

Rapport

IS-0424



Helsedirektoratet

Etablering av en ny medisinsk spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin

Til Helse- og omsorgsdepartementet 13.juni 2014

Prosjekt:	Etablering av en ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin
Publikasjonsnummer:	IS-0424
Versjon:	1.0
Utgitt:	Mai 2014
Prosjektansvarlig:	Huus, Gitte – Avd psykisk helsevern og rus
Prosjektleder:	Welle-Strand, Gabrielle – Avd psykisk helsevern og rus
Prosjektmedarbeider:	Spilhaug, Guri – Avd psykisk helsevern og rus (høst 2013 og vår 2014)
Arbeidsgruppe: (intern)	Maartmann-Moe, Kjell – Avd Allmennhelsetjenester Slåtten, Anne Grete – Avd utdanning og personell Sørensen, Tore – Avd psykisk helse og rus Vigen, Terje – Avd sykehustjenester Wedervang-Resell, Andreas – Avd utdanning og personell Windspoll, Rolf J – Avd sykehustjenester
Arbeidsgruppe: (ekstern)	Bjørnstad, Ronny - ProLAR Ervik, Randi – Diakonhjemmets høyskolesenter Hansen, Minna Kuoppamäki - UNN Jøsendal, Ola – Helse Bergen Moan, Ragnar - RIO Spilhaug, Guri – Oslo Universitetssykehus (ikke høst 2013 og vår 2014) Strøm, Rune Tore - Legeforeningen Thorjussen, Yngvar - Borgestadklinikken Tømmervik, Kristin – Psykologforeningen Willersrud, Pernille – Norsk Forening for Allmenmedisin Wüsthoff, Linda Elise – Oslo kommune Aamo, Trond – St.Olavs hospital/Lade behandlingssenter

Innhold

1	Bakgrunn og oppdrag	6
1.1	Kort historikk	6
1.2	Oppdraget fra Helse og omsorgsdepartementet	6
1.2.1	Spesialitetsstruktur og innhold	7
1.3	Organisering av arbeidet med den nye spesialiteten	7
1.3.1	Ekstern arbeidsgruppe	7
1.3.2	Intern arbeidsgruppe	7
1.3.3	Besøksrunde til aktuelle utdanningsinstitusjoner	8
1.3.4	Styringsgruppe	8
1.3.5	Koordineringsgruppe i Helsedirektoratet	8
1.3.6	Referansegruppe	8
1.3.7	Andre møter	8
1.3.8	Ekstern høring	9
2	Målbeskrivelse for spesialiteten i rus og avhengighetsmedisin	10
2.1	Krav til kunnskap	10
2.1.1	Rusmidlenes farmakologi	10
2.1.2	Nevrobiologisk grunnlag	10
2.1.3	Betydning av tidlige belastninger, samvariasjon og følgetilstander	10
2.1.4	Psykososiale forhold	11
2.1.5	Forebygging	11
2.1.6	Rusmiddeltesting av biologisk materiale	11
2.1.7	Behandling og rehabilitering	11
2.1.8	Brukermedvirkning og empowerment	12
2.1.9	Rammeverket	12
2.1.10	Samhandling og samarbeid	13
2.1.11	Kvalitetsforbedring, evaluering og forskning	13
2.1.12	Kunnskap om generelle emner	13
2.2	Krav til ferdigheter	14
2.2.1	Diagnostikk og differensialdiagnostikk	14
2.2.2	Samvariasjon og følgetilstander	14
2.2.3	Brukermedvirkning	14
2.2.4	Psykososiale forhold	14
2.2.5	Forebygging	15
2.2.6	Avrusning, utredning, diagnostisering, behandling og rehabilitering	15
2.2.7	Samhandling og samarbeid	15
2.2.8	Rammebetingelser	16
2.2.9	Kvalitetsforbedring, evaluering og forskning	16
2.3	Krav til holdninger: Kommunikasjon, samarbeid og etisk refleksjon	16

3	Spesialistregler	17
3.1	Spesialistreglene	17
3.1.1	Krav til tjeneste	17
3.1.2	Kursutdanning	19
3.2	Mer om den kliniske tjenesten	20
3.2.1	Tjenesten i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	20
3.2.2	Vaktjeneste og -kompetanse	21
3.3	Veiledning/supervisjon	21
3.3.1	Klinisk veiledning	21
3.3.2	Spesifikk terapiveiledning	22
3.4	Undervisning	22
3.4.1	Internundervisning og fordypningstid	22
3.4.2	Kursutdanning	23
3.5	Progresjon i utdanningen, evaluering og utforming av attest	23
3.6	Godkjenning av spesialist	23
4	Overgangsregler	24
4.1	Overgangsregler	24
4.1.1	Krav til tjeneste	24
4.1.2	Krav til kunnskap	26
4.1.3	Søknad om godkjenning etter overgangsregler	27
4.2	Veiledning	27
5	Utdanningsinstitusjoner	28
5.1	Krav fra gjeldende regelverk	28
5.1.1	Minstekrav som stilles til en utdanningsinstitusjon	29
5.1.2	Godkjenning av utdanningsinstitusjoner	30
5.1.3	Oppfølging av utdanningsinstitusjoner	30
5.1.4	Særskilt om forskning/fagutvikling	30
5.2	Særskilt for rus- og avhengighetsmedisin	30
6	Andre tema	31
6.1	Forholdet til spesialiteten i voksenpsykiatri	31
6.1.1	Utdanning i rus- og avhengighetsmedisin for LIS i psykiatri	31
6.1.2	Overlapping mellom i psykiatri og rus og avhengighetsmedisin	32
6.1.3	Høringssvar	33
6.1.4	Oppsummering	33
6.2	Forholdet til kommunene og samhandlingsreformen	33
6.3	Hvor mange spesialister trengs?	34
6.4	Økonomi knyttet til spesialistutdanning i rus- og avhengighetsmedisin	34
6.4.1	Generelt om tverrfaglig spesialisert rusbehandling	34
6.4.2	Legebemanningen i TSB	35
6.4.3	Yngre leger uten spesialitet	35
6.4.4	Omkostninger knyttet til spesialistutdanning av leger	36
6.4.5	Beregning av medgåtte ressurser til veiledning	36
6.4.6	Ressurser knyttet til utdanningsutvalg	37
6.4.7	Ressurser knyttet til internundervisning	37
6.4.8	Ressurser knyttet til obligatoriske kurs	38

1 Bakgrunn og oppdrag

1.1 Kort historikk

Det har to ganger tidligere vært reist forslag om etablering av en egen spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. Første gang var i 1999 og forslaget ble den gang avslått av legeforeningen. Neste gang det ble søkt om en ny spesialitet i rusmedisin var i 2001 og forslaget ble avvist av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (NR). Det ble begge ganger hevdet at spesialister i allmennmedisin, psykiatri og indremedisin kunne dekke rusfeltet med legetjenester. Det ble i årene deretter i økende grad satset på å styrke legers kompetanse i rusmedisin. Til tross for denne innsatsen fortsatte rusfeltet å ha store problemer med å rekruttere leger og det var stor gjennomtrekk i eksisterende legestillinger.

Etter at Rusreformen trådte i kraft 1.1.2004 fikk spesialisthelsetjenesten ansvar for behandlingen av pasienter med rusmiddellidelser og et tredje spesialisthelsetjenesteområde: "Tverrfaglig spesialisert rusbehandling" (TSB) ble innført, likestilt med somatikk og psykiatri. Nå hadde man etablert et spesialistområde uten legespesialister.

Landsstyret i Legeforeningen fattet i juni 2009 følgende vedtak: Det anbefales overfor Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) at det opprettes en ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. Utgangspunktet var: "Utredning av ny spesialitet i Rus- og avhengighetsmedisin." Denne utredningen ble foretatt på oppdrag fra Legeforeningens sentralstyre av en arbeidsgruppe nedsatt av Norsk Forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM). Som ledd i forberedelse av saken hadde forslaget vært behandlet i alle organisasjonsledd i legeforeningen og Landsstyret støttet forslaget med stort flertall. Legeforeningen sendte etter landsstyremøtet et felles brev til Helsedirektoratet og HOD hvor man foreslo å opprette en ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin.

I løpet av 2010 foreslo først en samlet Helse- og sosialkomité på Stortinget overfor HOD at det ble opprettet en ny spesialitet. Like etter tilrådte Nasjonalt Råd at det skulle opprettes en egen spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin og deretter foreslo Helsedirektoratet det samme overfor HOD. Helsedirektoratet fikk samme år i oppdrag av HOD å utrede opprettelsen av en ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin ytterligere og en omfattende rapport ble oversendt departementet i juni 2011. I juni 2012 kom Stortingsmelding 30 «Om en helhetlig rusmiddelpolitikk» med vedtaket om å opprette en ny spesialitet i rus og avhengighetsmedisin.

1.2 Oppdraget fra Helse og omsorgsdepartementet

I et brev av 7.9.2012 ber HOD Helsedirektoratet om å bistå i departementets arbeid med å etablere den nye spesialiteten. Arbeidet skal ta hensyn til generelle

bestemmelser for spesialistutdanning for leger; spesialistregler med krav til tjeneste og teoretisk utdanning. Det skal tas hensyn til fremdriften i direktoratets samlede arbeid på spesialistområdet. Videre skal deler av utdanningen i psykiatri og rus- og avhengighetsmedisin være overlappende; tjeneste og/eller teori. I brevet står det at de nye spesialistene skal kunne brukes i både tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), men også i psykisk helsevern, akuttmedisin og indremedisin. Arbeidet med den nye spesialiteten skal imøtekomme behovet for brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid og skal understøtte kommunens nye rolle i lys av samhandlingsreformen. Det står også at nye stillinger skal etableres i tråd med utviklingen i feltet og at det ikke skal føre til økt press på legestillinger.

1.2.1 *Spesialitetsstruktur og innhold*

Helsedirektoratet har et større pågående arbeid med å vurdere hele spesialistutdanningen for leger. I et brev fra mai 2011 ga Helse- og omsorgsdepartementet Helsedirektoratet i oppdrag å foreta en gjennomgang av legers spesialitetsstruktur- og innhold med sikte på å vurdere behovet for eventuelle endringer. Det overordnede mål med endringene som foreslås er en høyere kvalitet i diagnostisering, behandling og oppfølging av og samhandling om pasientene. Det samlede arbeidet med spesialitetsstruktur og innhold er organisert i spesialistprogrammet i Helsedirektoratet. Helsedirektoratet oversendte i 2013 «IS-2079 Fremtidens legespesialister» til HOD.

1.3 Organisering av arbeidet med den nye spesialiteten

1.3.1 *Ekstern arbeidsgruppe*

Det ble etablert en ekstern arbeidsgruppe bestående av representanter fra RHF-ene, brukerne, kommune og profesjonsorganisasjonene. Arbeidsgruppen har hatt 6-7 arbeidsgruppemøter (deltakere; se foran).

I tillegg har de fleste av spesialitetskomiteens medlemmer deltatt på arbeidsgruppemøtene: Bjørg Hjerkin (Sørlandet sykehus), Reidar Høifødt (Universitetssykehuset i Nord-Norge), Sunniva Christensen/Philipp Lobmaier/Karina Pley (Yngre legers forening).

Guri Spilhaug har arbeidet på heltid som prosjektmedarbeider med spesialiteten for Helsedirektoratet fra 19.august 2013 til sommeren 2014.

1.3.2 *Intern arbeidsgruppe*

Arbeidet med spesialistutdanning for leger foregår i flere avdelinger i Helsedirektoratet. For å koordinere arbeidet rundt spesialiteten fra Helsedirektoratets side har den interne arbeidsgruppen hatt i alt 7 møter (deltakere; se foran).

1.3.3 Besøksrunde til aktuelle utdanningsinstitusjoner

Guri Spilhaug har høsten 2013 besøkt alle de aktuelle utdanningsinstitusjonene, både for å kartlegge situasjonen, informere om direktoratets arbeid og diskutere aktuelle problemstillinger knyttet til utdanning av leger i den nye spesialiteten.

1.3.4 Styringsgruppe

Styringsgruppen for «Program spesialistområdet» (spesialistprogrammet) ledes av divisjonsdirektør Cecilie Daae i spesialisthelsetjenestedivisjonen. De øvrige deltakere i styringsgruppen er aktuelle avdelingsdirektører og divisjonsdirektører som har prosjekter i sin avdeling/divisjon. Russspesialiteten har vært drøftet en rekke ganger i styringsgruppen.

1.3.5 Koordineringsgruppe i Helsedirektoratet

For å koordinere alle prosjektene i spesialitetsprogrammet i Helsedirektoratet, er det etablert en koordineringsgruppe som møtes ca hver 14 dag og diskuterer aktuelle problemstillinger. Spesialitetsprogrammet ledes av Hans Petter Aarseth og koordineringsgruppen av Irene Sørås. Prosjektleder og prosjektmedarbeider for rus- og avhengighetsmedisin i Helsedirektoratet møter fast i koordineringsgruppen.

1.3.6 Referansegruppe

I desember 2013 ble det avholdt et referansegruppemøte med et bredt utvalg av deltagere fra aktuelle institusjoner, kommuner, brukerorganisasjoner, profesjonsorganisasjoner, avdelinger i Helsedirektoratet, representanter fra HOD og andre. Hensikten var å orientere om hvordan prosjektet forløper og skissere fremdriften for den nye spesialiteten i rus og avhengighetsmedisin for leger, samt å diskutere aktuelle problemstillinger med deltakerne. I etterkant av møtet ble det åpnet for en innspillsrunde, hvor deltakerne på referansegruppemøte ble invitert til å komme med skriftlige synspunkter på det forløpige utkastet til rapport og vi mottok ca 15 skriftlige tilbakemeldinger.

1.3.7 Andre møter

Gjennomførte møter

Prosjektet har hatt regelmessige møter med Helse- og omsorgsdepartementet og arbeidet har også vært drøftet flere ganger på kontaktmøter mellom HOD og Helsedirektoratet. Prosjektmedarbeider har møtt fagdirektørene i RHFene ved to anledninger og har vært på et møte med fagdirektørene i Helse Sør-Øst. Prosjektet har også hatt et møte med Kommunenes sentralforbund. I tillegg har Helsedirektoratet innledet om arbeidet med den nye spesialiteten i rus og avhengighetsmedisin på forespørsel på en rekke seminarer og konferanser i løpet av det siste halvannet året.

4.mars 2014 ble det avholdt et heldagsmøte med de aktuelle utdanningsinstitusjonene og en rekke andre aktører. 17.mars 2014 ble det avholdt et heldagsmøte om kursaktiviteten knyttet til den nye spesialiteten.

1.3.8 Ekstern høring

Etter avtale med HOD ble utkastet til spesialistregler og overgangsregler for rus- og avhengighetsmedisin, samt denne rapporten, sendt på en rbed høringsrunde fra 7.mars til 25.april 2014. I alt 37 instanser avga høringssvar med bred representasjon fra RHF-ene, HF-ene, private aktører, bruker- og interesseorganisasjoner, universitet/KoRus og profesjonsorganisasjonene. Høringssvarene er innarbeidet i den foreliggende rapporten.

2 Målbeskrivelse for spesialiteten i rus og avhengighetsmedisin

2.1 Krav til kunnskap

Følgende områder vil danne et kunnskapsgrunnlag for klinisk praksis og videre læringsprosess:

2.1.1 *Rusmidlenes farmakologi*

- De enkelte rusmidlenes/legemidlenes virkemåte og effekt
 - Dempende rusmidler/legemidler
 - Stimulerende rusmidler/legemidler
 - Hallusinogene rusmidler
 - Nyere syntetiske rusmidler
 - Androgene anobole steroider
- Rusmidlenes/legemidlenes omsetning i kroppen (farmakokinetikk)
- Rusmidler og vanedannende medikamenters effekt på fosteret
- Toksikologi
- Teratologi
- Farmakodynamiske interaksjoner
- Farmakokinetiske interaksjoner
- Farmakologisk behandling av ruslidelser
- Farmakologisk behandling av lettere psykiske lidelser

2.1.2 *Nevrobiologisk grunnlag*

- Nevrobiologisk forståelse av rusmiddelbruk og avhengighetsutvikling
- Nevrobiologiske markører for bruk; typer og indikasjoner
- Genetiske forhold knyttet til avhengighet og rusmidler
- Sårbarhet, risiko- og beskyttende faktorer
- Forståelse av ikke kjemisk avhengighet, nettbruk, spillavhengighet etc

2.1.3 *Betydning av tidlige belastninger, samvariasjon og følgetilstander*

- Overgrep i barndommen og incest
- Rus og vold (offer, overgriper, voldsrisikovurderinger)
- Rus og kriminalitet
- Prostitusjon
- De vanligste psykiske lidelsene som forekommer sammen med rusmiddelbruk
- Samvariasjon mellom rusmiddelbruk og psykiske lidelser

- Kriser, traumer, PTSD og suicidologi
- Rusrelaterte barne- og ungdomspsykiatriske tilstander og de sentrale tjenestene
- De vanligste somatiske tilstandene som forekommer sammen med rusmiddelbruk (innen indremedisin, infeksjonsmedisin, nevrologiske sykdommer etc)
- Forgiftningstilstander/overdoser ved de ulike rusmidlene/vanedannende legemidler og blandinger av disse
- Samvariasjon mellom rusmiddelbruk og somatiske tilstander
- Bruk av rusmidler og vanedannende legemidler under svangerskapet
- Foreldreskap og nåværende eller tidligere rusmiddelbruk

2.1.4 Psykososiale forhold

- Tilknytning og samspill
- Oppvekstforholds betydning
- Generasjonsperspektivet
- Barn av foreldre med rusmiddelbruk
- Familier hvor en eller flere bruker rusmidler og/eller har psykisk sykdom
- Vold og traumer i nære relasjoner
- Rusmiddelbruk og utdanning
- Kulturell bakgrunn og rus
- Forståelse av den sosiale karrieren for pasienter med rus- og avhengighetstilstander
- Forekomst av rusmiddelbruk og følger i ulike deler av arbeidslivet
- Nettverkets betydning
- Ressurskartlegging og vekstfremmende metoder

2.1.5 Forebygging

- Forebyggende arbeid i et folkehelseperspektiv
- Effekter av folkeopplysningsarbeid, ulike typer kampanjer og tiltak
- Primær-, sekundær- og tertiærforebygging
- Helsestasjonen som forebyggende arena
- Skolehelsetjenesten som forebyggende arena
- Arbeidslivet som forebyggende arena
- Andre forebyggende arenaer

2.1.6 Rusmiddeltesting av biologisk materiale

- Prinsipper for rusmiddeltesting
- Ulike prøvematerialers fordeler og ulemper

2.1.7 Behandling og rehabilitering

- Lege-pasientforholdet i rusbehandling
- Bruk av ulike screeningmetoder og utredningsverktøy; indikasjoner og kontraindikasjoner

- Ulike målsettinger ved behandling (økt livskvalitet/skadereduksjon/rusfrihet)
- Tidlig intervensjon som metode
- Skadereuserende tiltak overfor rusavhengige
- Ulike behandlingmessige tilnærminger; kunnskapsgrunnlag, indikasjoner og effekt
- Minimal intervensjon («brief intervention»)
- Motiverende intervju
- Psykoterapi
- Løsningsfokusert tilnærming
- Ulike miljøterapeutiske tilnærminger
- Psykoedukasjon som metode
- Hvordan kombinere farmakologisk behandling med andre metoder
- Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)
- Behandling i forskjellige livsfaser
 - Ungdom og rus
 - Rusmiddel- og legemiddelbruk og graviditet
 - Tidligere eller nåværende rusmiddelbruk og spe- og småbarnsperiode
 - Eldre og rusmiddelbruk (inkludert endret farmakokinetikk)
- Kjønnsspesifikk behandling
- Samtidig behandling av rusmiddelbruk og psykiske lidelser (ROP)
- Behandling av rusmiddelrelaterte somatiske lidelser (inkludert HIV/AIDS og hepatitt A, B og C)
- Behandling av rusmiddelbrukere i fengsel; rusmestringsenheter, § 12 soning (straffegjennomføringsloven), overgang fengsel/behandling/framtidsplan
- Helsepersonell med ruslidelser
- 12-trinnsmodeller
- Terapeutiske samfunn, kollektiver, recoveryorientert praksis
- Nettbaserte behandlingstiltak

2.1.8 Brukermedvirkning og empowerment

- Kunnskap om brukermedvirkning (system- og individnivå) og brukerorganisasjoner
- Brukeren som hovedaktør i eget liv, fokus på ressurser og sterke sider hos den enkelte bruker
- Lærings- og mestringstiltak
- Brukererfaring og brukerkompetanse
- Selvhjelpsgrupper
- Empowerment (mestring) som metode
- Brukerinitierte og brukerstyrte tiltak
- Likemannsarbeid og fadderordninger
- Nettbaserte behandlingstiltak

2.1.9 Rammeverket

- Lovverk som regulerer TSB

- Bestemmelser om tilbakehold etter helse- og omsorgstjenesteloven, inkludert opplysningsplikt til NAV/sosialtjeneste
- Lov om psykisk helsevern inkludert bestemmelser om tvang
- Aktuelle forskrifter og rundskriv (inkludert førerkortforskrift)
- Organisering og struktur av TSB
- Aktuelle nasjonale faglige retningslinjer og veiledere
- Helsetilsynets rolle
- Pasientrettigheter

2.1.10 Samhandling og samarbeid

- TSB og det fler-profesjonelle aspektet ved fagfeltet; kunnskap om andre faggruppers kompetanse
- Individuell plan
- Ansvarsgruppearbeid
- Samarbeid med ulike instanser i kommunen (NAV/sosialtjeneste, helsetjeneste, barnehage/skole, PPT, barnevernstjeneste etc)
- Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommune
- Samarbeid med ulike instanser i spesialisthelsetjenesten
- Samarbeid med politi, kriminalomsorg og fengselshelsetjenesten
- Samarbeid med arbeidslivet, AKAN
- Samhandlingsreformen
- Liaisonvirksomhet

2.1.11 Kvalitetsforbedring, evaluering og forskning

- Kvalitetsindikatorer og kvalitetsforbedringsverktøy
- Kunnskap om metoder for evaluering av egen praksis/virksomhet
- Grunnleggende kunnskap om forskningsmetoder og statistikk

2.1.12 Kunnskap om generelle emner

- Ledelse
- Etikk
- Kunnskapshåndtering/forskning
- Kommunikasjon

(se også 3.4.1)

2.2 Krav til ferdigheter

En spesialist i rus og avhengighetsmedisin skal ha følgende ferdigheter:

2.2.1 *Diagnostikk og differensialdiagnostikk*

- Diagnostikk av rusmiddelbruk, legale, illegale, vanedannende legemidler; dopingmidler, syntetiske rusmidler; skadelig bruk og avhengighetstilstander
- Diagnostikk av avhengighetstilstander som ikke er utløst av rusmidler, som spilleavhengighet, internettavhengighet
- Differensialdiagnostikk ved alle typer ruslidelser
- Symptomer og tegn på bruk av rusmidler

2.2.2 *Samvariasjon og følgetilstander*

- Diagnostisering og grunnleggende behandling av de vanligste psykiske lidelser
- Samarbeid med psykisk helsevern om ROP-pasienter som trenger samtidig behandling av ruslidelse og alvorlig psykisk sykdom
- Diagnostisering og grunnleggende behandling av de vanligste somatiske lidelsene hos ruspasienter
- Samarbeid med kommunehelsetjeneste/fastlege om somatiske lidelser
- Samarbeid om behandling av somatiske lidelser med relevant spesialisthelsetjeneste (når dette er nødvendig)
- Behandling av rusmiddelbruk og vanedannende legemidler (inklusive LAR-medikamenter) under svangerskapet; samarbeid med relevant spesialisthelsetjeneste

2.2.3 *Brukermedvirkning*

- Kartlegging av pasientens ressurser
- Legge vekt på bruk av pasientens egne ønsker og ressurser i behandlingen
- Anbefale pasienter å benytte seg av selvhjelpsgrupper som AA/NA
- Nyttiggjøre seg brukerråd i egen virksomhet
- Brukerinvolvering
- Brukermedvirkning i forskning

2.2.4 *Psykososiale forhold*

- Kartlegging av nettverk og mestring av nettverksintervensjoner
- Samarbeid med skole, andre utdanningsinstitusjoner og arbeidsliv
- Identifisere tiltaksbehov i familienettverk
- Bruk av differensierte målsettinger, individuell plan og ansvarsgrupper som ledd i langsiktig behandling og rehabilitering

- Forståelse av samhandling og psykososiale metoder i de ulike faser av behandlingen (akutt/øyeblikkelig hjelp, avrusning, poliklinisk behandling, utredning og kortere/lengere døgnbehandling)
- Ha kunnskap om reaksjoner og tilstander hos personer som er nær tilknyttet rusmiddelbrukeren. Kunne iverksette behandling og hjelpetiltak for pårørende.

2.2.5 Forebygging

- Bruk av pedagogiske og metodiske verktøy i forhold til helseopplysning og holdningsskapende arbeid

2.2.6 Avrusning, utredning, diagnostisering, behandling og rehabilitering

- Lege-pasientforholdet
- Akuttbehandling av pasienter med rus og avhengighetstilstander
- Avrusning fra forskjellige rusmidler, vanedannende medikamenter, dopingmidler, syntetiske rusmidler
- Oppfølging etter overdosetilstander
- Behandling av pasienter med rus- og avhengighetstilstander med medikamentelle metoder, herunder legemiddelassistert rehabilitering, behandling av alkoholavhengighet og nedtrapping fra benzodiazepiner og andre avhengighetsskapende medikamenter
- Gruppebehandling
- Minimal intervensjon («brief intervention»)
- Aktuelle evidensbaserte behandlingsmetoder (eks motiverende intervju, kognitiv atferdsterapi)
- Behandling av følgetilstander til alkoholavhengighet
- Behandling av somatiske komorbide tilstander
- Smertebehandling og rusavhengige pasienter
- Behandling av samtidig rus- og psykisk lidelse der pasienten ikke skal behandles i psykisk helsevern
- Differensialdiagnostiske vurderinger av sammensatte lidelser
- Pasient- og pårørendeundervisning
- Pårørendebehandling

2.2.7 Samhandling og samarbeid

- Samarbeid innen TSB
- Konsultasjon- og liaisontjenester til andre deler av spesialisthelsetjenesten
- Samarbeid og veiledning av kommunehelsetjenesten
- Samarbeid med sosialtjeneste/NAV, barnevern
- Samarbeid med ACT-team og andre oppsøkende tjenester
- Samarbeid med brukerorganisasjonene
- Samarbeid med pårørende og pårørendeorganisasjoner
- Samarbeid med frivillige organisasjoner

2.2.8 *Rammebetingelser*

- Anvendelse av aktuelt lovverk
- Vurdering av trygdemedisinske forhold ved rusmiddelbruk

2.2.9 *Kvalitetsforbedring, evaluering og forskning*

- Kvalitetsforbedrende metoder
- Systematisk evaluering av individrettet behandling
- Vurdere kunnskapsgrunnlag for behandlingsmetoder og egen virksomhet og bruke kunnskapsbaser i kliniske problemstillinger

2.3 *Krav til holdninger: Kommunikasjon, samarbeid og etisk refleksjon*

- Spesialister i rus- og avhengighetsmedisin skal ha evne til åpen og respektfull kontakt og kommunikasjon med pasienter og pårørende
- Spesialisten må kunne vise innlevelse og empati og etablere gode relasjoner også når samhandlingen er utfordrende
- Legen skal gjennom spesialiseringen utvikle gode evner til tverrfaglig og tverretatlig samarbeid
- Legen utvikler gjennom spesialistutdanningen sin kompetanse til å integrere ulike faglige synsvinkler til en helhet
- Legen utvikler evne til etisk refleksjon rundt vanskelige problemstillinger i samarbeid med andre profesjoner i TSB

3 Spesialistregler

Spesialistreglene i rus- og avhengighetsmedisin er midlertidige og vil justeres i tråd med utviklingen av spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin. Regelverket vil også revideres når en ny ordning for utdanning av samtlige legespesialiteter er på plass.

Tjeneste fra før regelverket trådte i kraft kan etter særskilt vurdering godkjennes som tellende. Dette betyr at etter at overgangsperioden på to år er over, vil fortsatt tjeneste fra før regelverket trådte i kraft kunne godkjennes som tellende etter særskilt vurdering. Dette er i tråd med tidligere praksis ved opprettelse av nye legespesialiteter og i samsvar med generelle regler for spesialistutdanning av leger kap.1 og vil åpne for at leger med tjeneste i TSB som ikke rekker godkjenning i overgangsvinduet, ikke skal behøve å påbegynne et komplett spesialistutdanningsløp, men kan få godkjent allerede avtjent tjeneste.

3.1 Spesialistreglene

3.1.1 *Krav til tjeneste*

5 års tjeneste

- 3 ½ års tjeneste innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
- ½ års voksenpsykiatrisk tjeneste
- 1 års annen relevant tjeneste

Sammen med søknad om spesialistgodkjenning i rus- og avhengighetsmedisin sendes attestasjonsskjema.

Tjenesten skal dekke følgende punkter:

1. 3 ½ års tjeneste i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

- 1 år i avdeling/enhet for avrusning
 - Tjenesten må inneholde akuttvurderinger, diagnostisering og abstinensbehandling av pasienter
- ½ år i døgnenhet for tverrfaglig spesialisert rusbehandling
 - Tjenesten må inneholde utredning, behandling og rehabilitering av pasienter
- 1 år i poliklinikk
 - Tjenesten må tilby behandling til pasienter som bruker forskjellige typer rusmidler. Tjenesten må innebære utredning, diagnostisering og behandling og skal inkludere oppfølging av LAR-pasienter over minimum 3 måneder tilsvarende heltidsstilling.
- 1 år valgfri tjeneste
 - Tjeneste i valgfri avdeling eller poliklinikk innen TSB
 - Den valgfrie tjenesten i TSB kan erstattes helt eller delvis med tjeneste i kommunalt rustiltak (feltpleie, kommunal substitusjonsbehandling, akuttiltak døgn, fengselshelsetjeneste og

tilsvarende), med veiledning av spesialist i rus- og avhengighetsmedisin

- Nordisk medisinsk doktorgrad (PhD) teller med 1 år i stedet for valgfri tjeneste innen TSB. Annen forskningstjeneste kan telle med inntil ett år.

2. ½ års tjeneste i voksenpsykiatrien

- Tjenesten skal være på akuttavdeling, allmenpsykiatrisk avdeling, lokal sikkerhetsavdeling eller DPS med sengepost

3. 1 års annen relevant tjeneste – det skal velges to av de tre alternativene nedenfor:

- ½ års sykehustjeneste på somatisk eller farmakologisk avdeling
 - Generell indremedisinsk, infeksjonsmedisinsk, nevrologisk eller pediatrik avdeling
- ½ års sykehustjeneste i voksenpsykiatri eller i barne- og ungdomspsykiatri (døgn eller poliklinikk)
- ½ år som fastlege i åpen, uselektert allmennpraksis (minimum 80 % klinisk virksomhet)

Merknader til krav til tjeneste:

All tjeneste må foregå i utdanningsstilling ved godkjent utdanningsinstitusjon. Legen må beherske behandling av pasienter med alle typer rus- og avhengighetsproblematikk.

De generelle bestemmelsene krever full deltagelse i avdelingens vaktplan. Tjenestegjør man ved en avdeling/enhet med vaktordning, må man gjennom hele tjenesteperioden delta i vaktordningen for å få tjenesten godkjent som spesialistutdanning.

Det er krav til 1 times ukentlig klinisk veiledning i TSB. I tillegg er det krav til minst 30 timer spesialisert terapiveiledning av veileder med særskilt kompetanse innen valgfri, spesifikk terapiform under den kliniske tjenesten i TSB.

Merknad til forskningstjeneste

Målene med forskning i spesialistutdanningen er at legen får kompetanse til å:

- Kritisk kunne vurdere og ta i bruk resultatet fra vitenskapelige artikler i eget arbeid
- Kunne evaluere arbeidsstedets eller egne resultater i diagnostikk og behandling (kvalitetssikring) med vitenskapelig metodikk
- Kunne kritisk vurdere og utarbeide systematiske oversikter over vitenskapelige arbeider som har sett på diagnostikk, behandling og prognostisk vurdering av de sentrale sykdommer innen spesialiteten

- Kunne formidle forskningsresultater til pasienter, pårørende, helsepersonell, beslutningstakere og allmennheten på egnet måte

Med forskningstjeneste tellende for spesialistutdanningen menes tjeneste som lege i stipendiatstilling, i fordypningsstilling (forskningsdelen) eller tilsvarende, eller arbeid med kvalitetsforbedringsprosjekter under veiledning i minst 50 % stilling.

Forskningstjenesten vil gi tellende tjeneste i forhold til stillingsbrøk. Tjenesten må dokumenteres med attest som beskriver det vitenskapelige arbeidet og attesterer tilfredsstillende utført tjeneste, herunder at målsettingen for forskningstjenesten er oppfylt.

Det gjøres følgende presiseringer:

1. Nordisk medisinsk doktorgrad (PhD) eller tilsvarende teller med 1 år
2. Øvrig medisinsk forskning, medisinsk relevant forskning innenfor andre fakulteter eller etablerte forskningsmiljøer, herunder mastergrad eller lignende, og medisinsk doktorgrad fra land utenfor Norden, må vurderes individuelt. Denne type forskningsarbeid må dokumenteres med veiledererklæring og et vitenskapelig arbeid som enten må være publisert i tidsskrift med fagfelleevaluering (peer review) eller er vedlagt søknaden for vurdering.

Av veiledererklæringen må det fremgå tid brukt til aktiv forskning, at legen har nødvendig kjennskap til forskningsmetoder og fortolkning av forskningsresultater, og at legen kritisk kan vurdere å ta i bruk resultater i vitenskapelige artikler.

3. Medisinsk forskningstjeneste gjennomført før autorisasjon som lege, kan også telle for dette punkt i reglene, men må ha ført frem til en akademisk grad (doktorgrad, mastergrad eller lignende). Vedr. tellende tjeneste for doktorgrad gjelder punkt 1. For de øvrige grader gjelder reglene under punkt 2.

3.1.2 Kursutdanning

270 timer, herav

- Obligatoriske kurs i rus- og avhengighetsmedisin: 240 timer
- Valgfrie kurs godkjent for spesialistutdanningen i rus- og avhengighetsmedisin: 30 timer

Obligatoriske kurs vil være en blanding av grunnkurs og emnekurs. Obligatoriske kurs avsluttes med kursprøve der dette er besluttet.

Kursundervisningen inkluderer kurs i kommunikasjon, etikk, systemforståelse, kvalitetsarbeid, lover, forskningsforståelse og kunnskapshåndtering, administrasjon og ledelse.

I tillegg kreves obligatorisk kurs i administrasjon og ledelse og gjennomført obligatorisk nettkurs i sakkyndighetsarbeid. Legeforeningens kurs for tillitsvalgte kan erstatte obligatorisk emnekurs i administrasjon og ledelse (Fra tillitsvalgt til leder, modul 1-3).

3.2 Mer om den kliniske tjenesten

Utdanningen i rus- og avhengighetsmedisin er på 5 år. Den kliniske tjenesten med varierte problemstillinger under veiledning av en spesialist danner basis i spesialistutdanningen. Tjenesten skal være variert og dekke alle sentrale arbeidssituasjoner i diagnostisk, behandlingmessig og rehabiliterende sammenheng. Internundervisning og kursutdanningen, samt selvstudier skal bidra til å sikre kunnskapsbasen.

Utdanningen er basert på tjeneste ved godkjente utdanningsinstitusjoner. Hver godkjent utdanningsinstitusjon skal ha et utdanningsutvalg, som sikrer og tilrettelegger en optimal utdanningssituasjon og organiserer nødvendig rotasjon for den enkelte kandidat.

LIS skal ha en individuell utdanningsplan som sikrer at hun/han utvikler ferdigheter innen alle aktuelle områder. Ansvar for at planen følges ligger hos LIS selv, veilederen og arbeidsgiver.

3.2.1 Tjenesten i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Det er mulig for LIS å inneha fordypningsstillinger med for eksempel 50 % forskningstjeneste og 50 % klinisk tjeneste. Dette er omtalt i § 5 i de generelle bestemmelsene. Forskningstjeneste vil kunne være tellende med inntil ett år som valgfri tjeneste innen TSB.

Klinisk tjeneste må innebære erfaring med behandling av pasienter med alle typer rus/avhengighetsproblematikk, erfaring med rettighetsvurderinger, erfaringer med oppfølging av LAR-pasienter poliklinisk over tid og erfaring med tilbakeholdelse etter Helse og omsorgstjenesteloven.

Tjeneste i avrusningsavdeling med akuttmottak må innebære abstinensbehandling ved avrusning fra alle typer rusmidler og akuttvurderinger av pasienter som kategoriseres som øyeblikkelig hjelp.

Tjeneste i døgnenhet skal innebære tverrfaglig spesialisert behandling utover det som tilbys i en avrusningsenhet.

Det må dokumenteres erfaring med konsultasjon overfor: primærhelsetjeneste, NAV/sosialtjeneste og samarbeid/liasontjeneste overfor andre avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Likeledes informasjon om selvhjelpsgrupper og klinisk erfaring med brukermedvirkning og samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner.

Tjeneste ved godkjent utdanningsinstitusjon kan være både i sykehus, i rusinstitusjon eller som kombinasjonstjeneste avhengig av hvilke tjeneste som tilbys ved den enkelte institusjon.

3.2.2 Vakttjeneste og -kompetanse

For å oppnå vaktkompetanse i TSB kreves det at LIS har fått grunnleggende opplæring i akutte kliniske situasjoner som kan oppstå knyttet til rus- og avhengighetslidelser, utredning av aktuell(e) tilstand(er) og oppfølging av pasienter, slik det er beskrevet i nasjonale faglige retningslinjer og avdelingens kvalitetssikringsdokumenter. I tillegg kreves det at institusjonen hvor kandidaten har vakt har prosedyrebeskrivelser for ulike typer tilstander/situasjoner som oppstår.

Pasienter som er i behov av akutt vurdering i spesialisthelsetjenesten for et rusproblem må være sikret at dette gjøres av spesialist i rus- og avhengighetsmedisin eller lege i utdanning til denne spesialiteten. Likedan skal inneliggende pasient i en TSB-enhet som får en akutt forverring av sin tilstand bli undersøkt av spesialist i rus- og avhengighetsmedisin eller lege i utdanning til denne spesialiteten når det er behov for det, også utenfor ordinær arbeidstid.

Leger som er i spesialistutdanning i rus- og avhengighetsmedisin skal ha en tjeneste i utdanningsinstitusjonen som gjør dem skikket til selvstendig å kunne vurdere alle former for øyeblikkelig-hjelp-situasjoner og kunne iverksette behandling og andre nødvendige tiltak for å trygge både pasienten og omgivelsene.

Ansvar for å organisere en forsvarlig vaktordning ligger hos ledelsen ved helseforetaket/institusjonen. En godkjent døgnutdanningsinstitusjon må ha vaktordning/tilgang på lege som ivaretar TSB-pasienter i et akuttforløp og inneliggende pasienter i TSB som har behov for legetilsyn på kvelds- og nattestid.

3.3 Veiledning/supervisjon

Supervisjon innebærer at kandidaten har en spesialist i rus- og avhengighetsmedisin tilgjengelig i den kliniske hverdag som kan bistå i aktuelle kliniske situasjoner.

Veiledningen er todelt: Klinisk veiledning og veiledning innen en spesifikk terapimetode. Veiledningen er systematisk og foregår til avtalte tider. Det er krav til 1 times ukentlig klinisk veiledning av spesialist, og i tillegg minst 30 timer spesialisert terapiveiledning av veileder med særskilt kompetanse innen den valgte terapiformen under den kliniske tjenesten i TSB.

3.3.1 Klinisk veiledning

Den kliniske veiledningen kvalitetssikrer at kandidaten utvikler sine ferdigheter, holdninger og anvender sine kunnskaper på en faglig forsvarlig måte. Klinisk veiledning er i de generelle bestemmelser for spesialistutdanning formalisert til 1 time pr uke eller hver annen uke, og skal gis av en overlege i 100 % stilling som er spesialist i faget gjennom hele spesialistutdanningen.

Terapiveiledningen tar sikte på å utdype forståelsen av lege/pasientforholdet

gjennom systematisk terapeutisk arbeid med særlig vekt på forhold som er spesifikke for rus- og avhengighetslidelser. Det vesentlige innholdet er de generelle evidensbaserte psykoterapifaktorene som klinisk kommunikasjon, empati og relasjon mellom pasient og behandler.

I en overgangsperiode på 2 år fra regelverket trer i kraft, er kravene til klinisk veiledning i utdanningen av spesialister i rus- og avhengighetsmedisin tillempet, da mange utdanningsinstitusjoner ikke har spesialister ansatt i 100 % stilling i alle seksjoner/enheter. Dette er i tråd med tidligere praksis for nye legespesialiteter og der fagmiljøene er små:

- Dersom spesialist i rus- og avhengighetsmedisin ikke er ansatt i 100 prosent stilling eller andre forhold taler for det, kan unntaksvis andre ordninger som sikrer regelmessig faglig veiledning av kandidaten i gjennomsnittlig 1 time pr uke godkjennes
- Dersom overlegen på den aktuelle seksjonen ikke har fått endelig godkjenning som spesialist i rus- og avhengighetsmedisin, kan vedkommende likevel i overgangsperioden godkjennes som veileder for LIS i denne seksjonen
- Gruppebasert veiledning, som for eksempel slik det drives i Helse Nord for leger i tjeneste på DPS som ledd i spesialisering i psykiatri, kan være et godt supplement til individuell veiledning

3.3.2 Spesifikk terapiveiledning

Legen skal ha spesifikk terapiveiledning i en terapimetode i løpet av tjenesten i TSB. Her vil det være den spesifikke terapimetoden som står i fokus og terapiveiledningen skal sikre at legen får et psykoterapeutisk verktøy som hjelp til den ikke-medikamentelle behandlingen av pasienten. Veilederen må ha veiledningskompetanse i den aktuelle terapiformen som det veiledes i.

Aktuelle former for spesialisert terapiveiledning kan være:

- Kognitiv adferdsterapi
- Motiverende intervju (MI)
- Gruppeterapi
- Psykodynamisk terapi

3.4 Undervisning

3.4.1 Internundervisning og fordypningstid

Internundervisningen skal utdype basiskunnskapene som gis i de obligatoriske nasjonale kursene. Det må legges vekt på klinisk relevant kunnskapsbygging. Utdanningsutvalget lager og organiserer internundervisningen. Undervisningen skal være på minst 2 timer pr uke og skal sammen med de obligatoriske kursene dekke alle relevante tema i henhold til krav om kunnskap og kompetanse. I tillegg kommer andre faglige møter ved avdelingen/institusjonen og HF-et. Legene i spesialisering og veilederne har ansvaret for å følge opp undervisningen slik at LIS i løpet av utdanningstiden får de nødvendige, oppdaterte teorikunnskapene.

LIS skal i tillegg ha 4 timers fordypningstid per uke hvor de kan følge opp relevante problemstillinger ved egne studier.

3.4.2 Kursutdanning

Kursutdanningen omfatter totalt 270 timer med undervisning, inkludert undervisning som ikke er spesifikk for rus- og avhengighetsmedisin. Den obligatoriske kursutdanningen består av en blanding av grunnkurs og emnekurs. I tillegg kommer valgfrie kurs som godkjennes for spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin.

Kursene i TSB skal dekke alle de sentrale kunnskapskravene for TSB under 2.1 og skal sikre en felles plattform for alle utdanningskandidater i rus- og avhengighetsmedisin. Rammen rundt grunnkurset skal gjøre det mulig å ivareta prosesslæring som øker forståelsen for egenutvikling, relasjoner og rolletilpasning. Det er viktig at det årlig vurderes hvilke områder som er viktige å prioritere når det gjelder de obligatoriske kursene.

Kursene må også dekke de delene av den teoretiske undervisningen som omhandler psykiatri, somatikk, barne- og ungdomspsykiatri og behandling av ruspasienter i kommunehelsetjenesten.

3.5 Progresjon i utdanningen, evaluering og utforming av attest

Det må fortløpende foretas evaluering av LIS' kliniske arbeid, hennes/hans evne til å nyttiggjøre seg veiledning og om kandidaten har den forventede progresjon i utdanningen. Det skal minimum hvert halvår være en evaluering mellom LIS, klinisk veileder, leder på tjenestestedet og eventuell terapiveileder. Utdanningsutvalgets representant for LIS kan også være til stede. Det skal føres skriftlig referat fra møtet som sendes til det lokale utdanningsutvalget.

Det vil utarbeides attestasjonsskjemaer som også kan brukes når LIS, leder, veileder og eventuelt andre evaluerer kandidatens progresjon i utdanningen.

3.6 Godkjenning av spesialist

Søknad om spesialistgodkjenning skal vedlegges attestasjonsskjema for spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin.

4 Overgangsregler

Overgangsreglene tar utgangspunkt i det nyetablerte regelverket for spesialiteten i rus og avhengighetsmedisin. Det er krav til minst 50 % stilling for at tjenesten skal kunne godkjennes i spesialistutdanningen.

Leger som allerede har gjennomført tilstrekkelig tjeneste i TSB kan søke om spesialistgodkjenning etter særskilte overgangsregler i to år fra overgangsreglene trer i kraft.

Tjeneste fra før regelverket trådte i kraft kan etter særskilt vurdering godkjennes som tellende. Dette betyr at etter at overgangsperioden på to år er over, vil fortsatt tjeneste fra før regelverket trådte i kraft kunne godkjennes som tellende etter særskilt vurdering. Dette vil åpne for at leger med tjeneste i TSB som ikke rekker godkjenning i overgangsvinduet, ikke skal behøve å påbegynne et komplett spesialistutdanningsløp, men kan få godkjent allerede avtjent tjeneste.

4.1 Overgangsregler

4.1.1 *Krav til tjeneste*

5 års tjeneste

- 3 års tjeneste innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
- ½ års tjeneste i spesialisthelsetjenesten (somatikk eller psykiatri) eller som allmennlege
- 1 ½ års valgfri tjeneste

Sammen med søknad om spesialistgodkjenning etter overgangsregler i rus- og avhengighetsmedisin sendes attestasjonsskjema.

Merknader til krav til tjenesten:

1. **3 års tjeneste** i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

- ½ års tjeneste i avdeling for avrusning
- ½ års tjeneste i poliklinikk for rus- og avhengighetslidelser
- 2 års tjeneste i valgfri(e) TSB-enhet(er)

Tjenesten må være variert og dekke sentrale arbeidssituasjoner innen rus- og avhengighetsmedisin i diagnostisk og behandlingsmessig sammenheng. Tjeneste ved en avdeling med vaktordning krever full deltagelse i vaktordningen gjennom hele tjenesteperioden for å få tjenesten godkjent i henhold til overgangsregler.

Tjenesten må være utført i faglig samarbeid med andre leger, i samme klinikk/institusjon eller i samarbeidende enheter.

Det må dokumenteres erfaring med behandling av pasienter med forskjellige typer rus- og avhengighetsproblematikk, herunder oppfølging av pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

2. **½ års tjeneste** i spesialisthelsetjenesten ved somatisk avdeling eller psykiatrisk avdeling eller som allmennlege i åpen, uselektert praksis

- ½ års sykehustjeneste på somatisk eller farmakologisk avdeling
- ½ års sykehustjeneste ved avdeling i voksenpsykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri (døgn eller poliklinikk)
- ½ år som allmennlege i åpen, uselektert praksis (minimum 80 % klinisk virksomhet)

Tjeneste ved annen type relevant avdeling kan godkjennes etter individuell vurdering. Tjenestens innhold og relevans inn mot spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin er avgjørende for om annen tjeneste kan godkjennes.

3. 1 ½ år valgfri tjeneste

Av tjeneste utover minstekravene til tjeneste innen TSB kan følgende tjeneste godkjennes:

- Tjeneste i TSB
- Somatisk, psykiatrisk eller farmakologisk tjeneste
- Arbeid som allmennlege i åpen, uselektert praksis
- Tjeneste i kommunalt rustiltak (feltpleie, kommunal substitusjonsbehandling, akutttiltak døgn, fengselshelsetjeneste og tilsvarende)
- Nordisk medisinsk doktorgrad (PhD) teller med 1 år i stedet for valgfri tjeneste. Annen forskningstjeneste kan telle med inntil ett år.

Merknader til forskningstjeneste

Målene med forskning i spesialistutdanningen er at legen får kompetanse til å:

- Kritisk kunne vurdere og ta i bruk resultatet fra vitenskapelige artikler i eget arbeid
- Kunne evaluere arbeidsstedets eller egne resultater i diagnostikk og behandling (kvalitetssikring) med vitenskapelig metodikk
- Kunne kritisk vurdere og utarbeide systematiske oversikter over vitenskapelige arbeider som har sett på diagnostikk, behandling og prognostisk vurdering av de sentrale sykdommer innen spesialiteten
- Kunne formidle forskningsresultater til pasienter, pårørende, helsepersonell, beslutningstakere og allmennheten på egnet måte

Med forskningstjeneste tellende for spesialistutdanningen menes tjeneste som lege i stipendiatstilling, i fordypningsstilling (forskningsdelen) eller tilsvarende, eller arbeid med kvalitetsforbedringsprosjekter under veiledning i minst 50 % stilling.

Forskingstjenesten vil gi tellende tjeneste i forhold til stillingsbrøk. Tjenesten må dokumenteres med attest som beskriver det vitenskapelige arbeidet og attesterer tilfredsstillende utført tjeneste, herunder at målsettingen for forskningstjenesten er oppfylt.

Det gjøres følgende presiseringer:

1. Nordisk medisinsk doktorgrad (PhD) eller tilsvarende teller med 1 år
2. Øvrig medisinsk forskning, medisinsk relevant forskning innenfor andre fakulteter eller etablerte forskningsmiljøer, herunder mastergrad eller lignende, og medisinsk doktorgrad fra land utenfor Norden, må vurderes individuelt. Denne type forskningsarbeid må dokumenteres med veiledererklæring og et vitenskapelig arbeid som enten må være publisert i tidsskrift med fagfelleevaluering (peer review) eller er vedlagt søknaden for vurdering.

Av veiledererklæringen må det fremgå tid brukt til aktiv forskning, at legen har nødvendig kjennskap til forskningsmetoder og fortolkning av forskningsresultater, og at legen kritisk kan vurdere å ta i bruk resultater i vitenskapelige artikler.

3. Medisinsk forskningstjeneste gjennomført før autorisasjon som lege, kan også telle for dette punkt i reglene, men må ha ført frem til en akademisk grad (doktorgrad, mastergrad eller lignende). Vedr. tellende tjeneste for doktorgrad gjelder punkt 1. For de øvrige grader gjelder reglene under punkt 2.

4.1.2 Krav til kunnskap

Minst 100 timers kurs, hvorav 30 timer obligatorisk.

Kurs vil kunne dokumentere tilstrekkelig kunnskap og kompetanse.

I tillegg kreves obligatorisk kurs i administrasjon og ledelse og gjennomført obligatorisk nettkurs i sakkyndighetsarbeid. Legeforeningens kurs for tillitsvalgte kan erstatte obligatorisk kurs i administrasjon og ledelse (Fra tillitsvalgt til leder, modul 1-3).

Merknader til kursutdanningen og krav til kunnskap

Kurskravet inkluderer et eget obligatorisk kurs på 30 timer for spesialister som godkjennes etter overgangsregler, som må tas før godkjenning etter overgangsregler kan gis.

Legen må kunne dokumentere tilstrekkelig kunnskap om de ulike rusmidlene, skadelig bruk og avhengighetsutvikling. Videre må søker dokumentere kunnskap om farmakologisk og psykososial behandling av pasienter med forskjellige typer rus/avhengighetsproblematikk, herunder LAR. Søker må kunne dokumentere erfaring med behandling av pasienter i et langtidsperspektiv. Søker må kunne dokumentere kunnskap om rettighetsvurdering og tilbakehold etter Helse- og omsorgstjenesteloven.

Som alternativ til tellende kurstimer kan legen dokumentere kunnskap og kompetanse ved:

- Undervisning i rus- og avhengighetsmedisin for kollegaer på godkjente kurs/konferanser (inntil 20 timer)
- Deltakelse i arbeidsgrupper knyttet til utvikling av nasjonale, faglige retningslinjer og veiledere i TSB (inntil 20 timer)
- Forfatter av et eller flere kapitler i lærebøker (inntil 20 timer)

4.1.3 Søknad om godkjenning etter overgangsregler

Søknad om spesialistgodkjenning skal vedlegges attestasjonsskjema som dokumentasjon for tjeneste og kunnskap.

4.2 Veiledning

Søker bør ha vært i en klinisk veiledningssituasjon over tid og nyttiggjort seg denne, eventuelt deltatt i en kollegabasert veiledningsgruppe. Alternativt kan søker selv ha gitt veiledning til underordnede leger innenfor TSB.

5 Utdanningsinstitusjoner

5.1 Krav fra gjeldende regelverk

Det er de offentlige helseforetakene som har ansvar for og oppdrag om å utdanne spesialister. Helseforetaket er rettslig ansvarlig for at leger i spesialisering samlet sett får tilstrekkelig opplæring av god kvalitet. Godkjenning gis vanligvis til en enkelt sykehusavdeling, og kan inkludere tjeneste ved flere tjenestesteder. Hvert tjenestested må være formelt godkjent for spesialistutdanning.

Hvert helseforetak/privat avtalepartner/kommunalt tiltak må være formelt godkjent for spesialistutdanning, og rotasjon må være i overensstemmelse med vedtatte retningslinjer for samarbeid mellom sykehus, eventuelt mellom sykehus og private samarbeidspartnere.

Utdanningsinstitusjoner godkjennes iht. følgende regelverk:

1. Generelle bestemmelser for spesialistutdanning for leger¹
2. Spesialistreglene for rus- og avhengighetsmedisin (den enkelte spesialitet)
3. Krav til utdanningsinstitusjoner i spesialistutdanningen av leger²

Når det gjelder søknad om godkjenning som utdanningsinstitusjon henvises det til generelle retningslinjer og søknadsskjema.

Leger under spesialisering skal tilbys et godt utdanningsløp med mulighet for individuelle ordninger. Det er av overordnet betydning at spesialistutdanningen er på nasjonalt nivå, og at kvaliteten på spesialistene blir enhetlig uavhengig av hvor i landet og ved hvilke institusjoner utdanningen er gjennomført.

For å oppnå en tilfredsstillende kvalitet på spesialistutdanningen og for å sikre at den holder et jevnt godt nasjonalt og internasjonalt nivå, er det nødvendig å definere krav til utdanningsinstitusjoner generelt.

Kravene til utdanningsinstitusjonene er spesifisert punktvis nedenfor. Med utgangspunkt i målbeskrivelse og nasjonale krav, må utdanningsinstitusjonene vurderes med henblikk på tellende tjeneste ut fra den kliniske tjeneste og det pasientgrunnlag de kan tilby.

¹ <http://helsedirektoratet.no/helsepersonell/spesialistgodkjenning/lege/generelle-bestemmelser/Sider/default.aspx>

² [http://legeforeningen.no/PageFiles/31122/Krav%20til%20utdanningsinstitusjoner%20i%20spesialistutdanningen%20av%20leger%20\(pdf\).pdf](http://legeforeningen.no/PageFiles/31122/Krav%20til%20utdanningsinstitusjoner%20i%20spesialistutdanningen%20av%20leger%20(pdf).pdf)

5.1.1 Minstekrav som stilles til en utdanningsinstitusjon

Utdanningsinstitusjonens struktur

Faglig nivå:

Det må kunne tilbys opplæring i adekvat diagnostikk og behandling innenfor det området av spesialistutdanningen som vedkommende avdeling forutsettes å dekke.

Stabsstruktur

Det må minimum være en fast ansatt overlege med spesialistgodkjenning i vedkommende fag i fulltids stilling ved utdanningsinstitusjonen. Det skal maksimalt være to leger under spesialisering per overlege med spesialistgodkjenning i aktuelle fag.

Supervisjon

Lege under spesialisering skal ha fortløpende supervisjon av overlege som er spesialist i faget. Overlegen skal både gi faglig supervisjon på pasientbehandling og fungere som rollemodell for etiske holdninger, kommunikasjon, informasjon og samhandling med andre yrkesgrupper rundt pasienten. Ved utdanningsinstitusjoner som bare har en tilsatt overlege, har institusjonen ansvar for å legge til rette for en tilfredsstillende spesialistutdanning også ved fravær av overlegen.

Pasientgrunnlag

Pasientgrunnlaget må være av en slik størrelse og sammensetning at lege under spesialisering sikres tilfredsstillende erfaring innenfor normert tid på det området av spesialistutdanningen som vedkommende avdeling/institusjon forutsettes å dekke.

Andre forhold vedrørende utdanningen

- Utdanningsinstitusjonen skal ha en oppdatert utdanningsplan hvor det bl.a. fremgår hva denne kan tilby av tjeneste og erfaringsområde
- Utdanningsinstitusjonen skal ha et fungerende utdanningsutvalg. Der utdanningen foregår på flere sykehus eller seksjoner innen helseforetaket eller ved både private og offentlige institusjoner, må det som hovedregel etableres lokale utdanningsutvalg.
- Alle leger under spesialisering skal ha oppnevnt veileder som er spesialist i faget. Veiledning skal gjennomføres regelmessig og skal inkludere evaluering av legen under spesialisering. Det forutsettes et planlagt veiledningsmøte minimum en time pr.uke.
- Utdanningsinstitusjonen skal ha et løpende teoretisk undervisningsprogram på minimum 2 undervisningstimer pr uke (for små enheter kan deler organiseres som fjernundervisning)
- En individuell utdanningsplan skal være utarbeidet for alle leger under spesialisering og er gjensidig forpliktende i forholdet mellom legen og utdannelsesinstitusjonen
- Tjenesten til en lege under spesialisering skal omfatte vaktjeneste i vedkommende spesialitet

5.1.2 Godkjenning av utdanningsinstitusjoner

Søknad om godkjenning av en utdanningsinstitusjon/søknad om endring av tellende tjeneste ved en utdanningsinstitusjon, sendes fra sykehusets ledelse via regionalt helseforetak til Helsedirektoratet.

5.1.3 Oppfølging av utdanningsinstitusjoner

Det skal foretas løpende vurdering av utdanningsinstitusjonen.

Utdanningsinstitusjonen må dokumentere pasientgrunnlag, erfaringsområder og den aktivitet som den kan tilby. Ut fra fagets målbeskrivelse utarbeides det en innstilling fra spesialitetskomiteen i det aktuelle fagområdet hvor det fremgår:

- Utdanningsinstitusjonens dokumentasjon av de definerte erfaringsområder som institusjonen kan tilby ut fra det aktuelle pasientgrunnlag og aktiviteten ved utdanningsinstitusjonen
- Det maksimale antall leger under spesialisering som utdanningsinstitusjonen kan ha, samt maksimalt tellende tjenestetid

5.1.4 Særskilt om forskning/fagutvikling

Det anbefales videre at:

- Det bør etableres fordypningsstilling(er) der minst 50 % av tiden skal benyttes til klinisk relevant forskning/fagutvikling. Leger som ansettes i slike stillinger skal ha/få hjelp til å utforme et forsknings/fagutviklingsprosjekt.
- Forskning/evaluering bør være en integrert del av virksomheten ved utdanningsinstitusjoner
- Det skal legges til rette for at leger under spesialisering deltar i forskningsprosjekter og aktivt stimuleres til vitenskapelig virksomhet

5.2 Særskilt for rus- og avhengighetsmedisin

Innenfor fagfeltet TSB er det mange private avtalepartnere og disse kan også i tilby tellende tjeneste for spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin, hvis de oppfyller kravet til utdanningsinstitusjoner. Offentlige helseforetak kan samarbeide med private avtalepartnere om spesialistutdanning.

Det forutsettes at samarbeid i hovedsak bare kan inngås mellom utdanningsinstitusjoner som ligger innenfor geografisk akseptable avstander, slik at leger i spesialistutdanning skal kunne tjenestegjøre på forskjellige enheter.

6 Andre tema

6.1 Forholdet til spesialiteten i voksenpsykiatri

I oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet står det:

- Spesialiteten skal knyttes tett opp mot spesialiteten i psykiatri og innrettes slik at den imøtekommer målene i samhandlingsreformen og rusavhengiges sammensatte sykdomsbilde
- Vi ber direktoratet legge til grunn at deler av utdanningen i psykiatri og i rus- og avhengighetsmedisin skal være overlappende. Dette kan gjøres ved å definere at deler av tjenesten og teorien blir sammenfallende
- Spesialiteten skal innrettes slik at spesialistene kan ansettes innenfor alle deler av TSB, men også innenfor fagfeltene i psykisk helsevern, akuttmedisin og indremedisin

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er et selvstendig fagfelt på lik linje med psykiatri og somatikk med grenseflater til disse, men også med en viss overlapping. Spesialistreglene for den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin er beskrevet med det utgangspunkt at spesialistutdanningen i voksen-psykiatri ikke er under revisjon for øyeblikket. Når hovedprosjektet «Ny spesialiststruktur for leger» er avsluttet vil all spesialistutdanning av leger revideres.

Når det gjelder utredning og behandling av psykiske lidelser skal en spesialist i rus- og avhengighetsmedisin kunne utføre dette når det gjelder de vanlige psykiske lidelsene. Imidlertid skal pasienter med alvorligere psykiske lidelser utredes og behandles innenfor psykisk helsevern, også de som har et rusproblem. Dette er tydelig beskrevet i nasjonal faglig retningslinje for samtidig psykisk lidelse og ruslidelse som ble utgitt av Helsedirektoratet i 2011 (ROP-retningslinjen).

6.1.1 *Utdanning i rus- og avhengighetsmedisin for LIS i psykiatri*

I målbeskrivelsen for spesialistutdanningen i psykiatri står det: «Det er mange faktorer som er av betydning for at psykiske lidelser oppstår og utvikler seg. Faktorene knytter seg til andre medisinske spesialiteter, psykologi og samfunnsvitenskapelige fag. Det psykiatriske arbeidsfeltet krever derfor kunnskaper fra mange fagområder, og arbeidsmetodene vil dermed preges av tverrfaglig samarbeid og tverrvitenskapelig tenkning.»

Gjeldende regler for spesialistutdanningen i psykiatri beskriver ikke at kunnskap om og kompetanse i rus- og avhengighetsproblemer er obligatorisk, med unntak av teoretisk undervisning i ett av 8 semestre. Dette gjelder også i de nye spesialistreglene for voksenpsykiatri, selv om det er lagt inn mulighet for 9 måneder med valgfri tjeneste i en TSB-avdeling godkjent for slik tjeneste.

6.1.2 **Overlapping mellom i psykiatri og rus og avhengighetsmedisin**

Følgende krav til kunnskap og kompetanse er overlappende i de to spesialistutdanningene:

De to fagfeltene arbeider begge med følgende diagnostiske hovedgrupper:

- Psykiske lidelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer
- Stemningslidelser
- Angstlidelser
- Stressrelaterte lidelser

Psykiatrien og rusmedisinens felles vitenskapelige fundament:

- Generell medisin med tilhørende basalfag, med særlige kunnskaper om:
- Nevrobiologi
- Kognitiv nevrovitenskap
- Medisinske adferdsfag

Psykiateren og rusmedisineren må forventes å ha felles kunnskaper på en rekke områder innen forebygging, blant andre:

- Sammenhengen mellom fysiske, psykologiske og sosiale miljøfaktorer og psykisk helse
- Miljørettede forebyggende tiltak
- Lover og avtaler som gjelder arbeidsmiljøet
- Nødvendigheten av tverrfaglig samarbeid
- Ulike brukergrupper og brukerorganisasjoner
- Helseopplysningsarbeidets pedagogikk og organisasjon
- Genetiske risikofaktorer
- Nettverksarbeid innen familie, skole, arbeidsplass og lokalsamfunn
- Samarbeid med helse- og sosialtjenesten i kommunene og frivillige organisasjoner
- Individuell primær- og sekundærprofylakse

Psykiateren og rusmedisineren må forventes å ha felles kunnskaper om diagnostikk, evaluering og behandling, blant andre

- Relevant lovverk
- Utviklingspsykologi og risikofaktorer under oppveksten
- Relasjonen mellom psykiske lidelser og rusmisbruk, kriminalitet
- Betydningen av tidlig diagnostikk og intervensjon innen primær- og spesialisthelsetjenesten
- Gruppe-, miljø- og familieterapi
- Nettverksarbeid

Psykiateren og rusmedisineren må kunne planlegge, samordne og utføre somatiske, psykologiske, og sosiale behandlingstiltak, i tillegg til å vurdere suicidalfare og voldsrisiko. De må begge kunne delta i rehabiliteringsarbeid og vurdering av

omsorgsbehov. Han/hun må kunne yte bistand til kommunale helse- og sosialtjenester.

6.1.3 Høringssvar

Temaet knyttet til obligatorisk tjeneste i psykiatri var et av temaene som var gjenstand for flest kommentarer i høringssvarene.

6.1.4 Oppsummering

De ovenfor nevnte områdene knytter de to fagfeltene sammen. Når den nye hovedstrukturen for spesialistutdanning er på plass for alle spesialiteter bør man kunne utnytte dette og planlegge felles undervisning, gjerne felles moduler.

Spesialistreglene for rus- og avhengighetsmedisin foreslår 6 måneders obligatorisk tjeneste i voksenpsykiatriske avdelinger og i tillegg mulighet til valgfri tjeneste i psykiatriske- og/eller barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger i ytterligere 6 måneder. De nye spesialistreglene for voksenpsykiatri åpner for valgfri tjeneste 9 måneder i TSB.

Hvorvidt en spesialist i rus- og avhengighetsmedisin skal ansettes i annen spesialisthelsetjeneste avhenger av helseforetakets struktur og organisering av fagfeltene, men man kunne tenke seg at en rusmedisiner kan ha en viktig rolle i en felles mottaksavdeling.

6.2 Forholdet til kommunene og samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen vektlegger forebygging og tidlig intervensjon. Ulike ledd i helsetjenesten skal jobbe bedre sammen og tjenestene skal ytes nærmere der folk bor. Kommunene får flere oppgaver, blant annet ansvaret for utskrivningsklare pasienter på sykehus fra første dag og plikt til å etablere tilbud med øyeblikkelig hjelp; døgntilbud for pasienter som har behov for akutt hjelp eller observasjon. Pasientene skal merke at tilbudet i kommunene blir bredere og at det blir lettere å få helsehjelp lokalt. Oppfølging av personer med kroniske lidelser skal bli bedre.

Livstidsprevalensen for rus- og/eller avhengighetsproblemer er betydelig i den voksne befolkningen. Pasienter der tiltak i primærhelsetjenesten ikke fører frem kan henvises til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Særsilt for TSB er at også sosialtjenesten kan henviser pasienten. Det er viktig med god dialog mellom henviser og vurderingsinstans.

Mange pasienter med rus- og/eller avhengighetsproblemer vil trenge behandling og oppfølging på ulike nivåer i helsetjenesten over lang tid. Slik samhandlingsreformen beskriver, er det av stor betydning at legespesialisten er tilgjengelig for den kommunale helse- og velferdstjenesten over tid. Legespesialisten i rus- og avhengighetsmedisin gir råd og veiledning til helsetjenesten i kommunene og yter også liaisontjenester til leger i andre spesialiteter. Innenfor TSB er det lang erfaring med ansvarsgrupper og samarbeid mellom sykehusleger og fastleger. Andre former for samarbeid bør videreutvikles, for eksempel ambulante tjenester innenfor TSB.

Spesialisten har kunnskap om forebyggende virksomhet som for eksempel sammenhengen mellom fysiske, psykologiske og sosiale miljøfaktorer og utvikling av rus- og avhengighetslidelser. Dette gjelder også betydningen av individuell livsførsel, nettverksarbeid, tverrfaglig samarbeid, ulike brukergrupper og brukerorganisasjoner og helseopplysningsarbeidets pedagogikk og organisasjon, samarbeid med helse- og sosialtjenesten i kommunene og frivillige organisasjoner og individuell primær- og sekundærprofylakse.

Kunnskap om utvikling av rus- og avhengighetstilstander bør inngå som nødvendig kompetanse i samfunnsplanlegging. Skole- og arbeidsliv er viktige arenaer for forebygging og informasjon. Legespesialistene i rus- og avhengighetsmedisin må aktivt delta i beslutninger om økonomiske rammer og prioriteringer for behandling av pasientgruppen. Pasientforeninger og organisasjoner som springer ut av de pårørendes behov for ivaretagelse og informasjon er viktige samarbeidspartnere.

Spesialistutdanningen inneholder i tillegg en rekke kunnskapskrav som omhandler det kommunale tiltaksapparatet. Samhandling gir også muligheter for kandidaten til å tjenestegjøre innenfor kommunal virksomhet. 6 måneder av den valgfrie tjenesten i TSB-avdelinger kan erstattes med veiledet tjeneste i kommunalt rustiltak (feltpleie, kommunal substitusjonsbehandling, akutttiltak døgn, fengselshelsetjeneste og tilsvarende) og 6 måneder i den supplerende tjenesten innenfor annet fagfelt kan være i allmennlegepraksis.

6.3 Hvor mange spesialister trengs?

Helsedirektoratet beskrev legesituasjonen i TSB i rapport til HOD juni 2011: «De regionale helseforetakene har gitt tilbakemelding på behovet for legestillinger innen TSB fram til 2020. I følge deres anslag er det behov for 182 nye legestillinger, 97 overleger og 85 LiS, for å møte framtidens behov for tjenester.» Det reelle behovet er nok noe større. Det påpekes fra flertallet av de spurte at behovet for stillinger vil være til stede uavhengig av om det opprettes en spesialitet eller ikke. Stillingene må opprettes for å sikre den medisinskfaglige forsvarligheten i TSB, både i forhold til rettighets- og prioritetsvurderinger, akuttbehandling, avrusning, utredning, diagnostisering og behandling.

I følge NFRAMs anslag er det behov for 200-250 spesialister og tilsvarende antall leger i spesialisering for å sikre at legebemanningen følger Legeforeningens norm fra rapporten "På Helsa Løs".

6.4 Økonomi knyttet til spesialistutdanning i rus- og avhengighetsmedisin

6.4.1 Generelt om tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er del av spesialisthelsetjenesten.

Helseforetakene er ansvarlig for det helhetlige tilbudet til pasientgruppen, forskning, spesialistutdanning, veiledning til kommunene og opplæring av pasienter og pårørende.

TSB er organisert i helseforetakene på ulike måter:

- Enheter i TSB er organisert sammen i en TSB-avdeling/klinikk
- Enheter i TSB er organisert innenfor psykisk helsevern voksen (PHV)
- En blanding av de to der oftest døgnavdelinger i TSB er organisert i egen avdeling/klinikk, mens ruspoliklinikk i samme helseforetak er organisert i DPS og PHV

Det kan være vanskelig å ha full oversikt over den økonomiske fordeling mellom enheter organisert i TSB og PHV.

En stor andel av pasienttilbudet for døgnbehandling leveres av private tjenesteytere med avtaler med RHF-ene, andelen varierer mellom helseregionene. Private ideelle institusjoner har mange steder stor bredde og kompetanse, og vil være aktuelle som utdanningsinstitusjoner. Private tjenesteytere har ikke samme oppdrag som HF-ene når det gjelder spesialistutdanning, forskning/fagutvikling, veiledning av kommunene og opplæring av pasienter og pårørende.

Regjeringen går inn for at kompetansen i TSB skal heves og at ressursene til TSB og psykiatri skal øke mer enn til somatikk.

6.4.2 Legebemanningen i TSB

Legebemanningen i TSB-avdelinger/enheter/institusjoner i landet er gjennomgående lav, både i de fleste HF-ene og hos de private tjenesteyterne. Det er behov for å styrke legebemanningen uansett om disse blir godkjente utdanningsinstitusjoner for spesialistutdanning av leger eller ikke.

6.4.3 Yngre leger uten spesialitet

1. Leger som ikke er spesialister og som i sitt kliniske arbeid i TSB ikke får godkjent tjenesten som tellende til en eller annen spesialitet, har HF-et ikke særskilte «utdanningsutgifter» til. Disse vil erfaringsmessig søke seg til en aktuell avdeling som gir tellende tjeneste i annen spesialitet etter kort tid. Det er i seg selv en kostnad for arbeidsgiver med slik omfattende utskiftning. Det medfører ledige stillinger, vikarer, vakanser og mange nye, uerfarne leger med stort behov for faglig oppfølging.
2. Leger som ikke er spesialister og som arbeider i TSB-avdelinger/enheter i HF-ene i dag er oftest i et utdanningsløp for spesialitet i psykiatri eller allmennmedisin. Helseforetaket dekker alle vanlige omkostninger som er sammenlignbare med omkostninger knyttet til spesialistutdanning i rus- og avhengighetsmedisin.
3. Leger som arbeider i avdeling/enhet drevet av privat tjenesteyter som ikke er godkjent som utdanningsinstitusjon, kan ha tilbud om veiledning, deltagelse på

kurs osv. men arbeidsgiver har likevel ikke omkostninger på nivå med spesialistutdanning og dette er heller ikke nedfelt i avtalen med RHF-et.

6.4.4 Omkostninger knyttet til spesialistutdanning av leger

Spesialistutdanning av leger er sykehusenes ansvar, men det finnes private tjenesteytere i andre fagfelt som er godkjente for deler av spesialistutdanning og kan tilby tellende tjeneste til leger i spesialisering (f.eks Feiring-klinikken).

For at et HF eller en privat tjenesteyter skal kunne godkjennes som utdanningsinstitusjon må de kunne tilby den tjenesten spesialistutdanningen beskriver og det må være overleger med spesialitet i de aktuelle avdelinger/enheter som kan veilede.

Det er vanlig å anslå at en LIS i sykehustjeneste er i klinisk arbeid ca 60 % av arbeidstiden og at de resterende 40 % brukes til spesialistutdanningen. Dette begrunnes i tid til veiledning, undervisning, kurs, fordypning. LIS-legen arbeider under supervisjon av spesialist. Overlegen som gir veiledning og/eller holder undervisning og foreleser på kurs bruker også ressurser/tid på opplæringen av LIS.

6.4.5 Beregning av medgåtte ressurser til veiledning

I henhold til gjeldende regler kan en overlege med spesialitet ansatt i 100 prosent stilling veilede inntil to LIS i 100 prosent stilling. Økonomi knyttet til generell veiledning av LIS er stort sett den samme for all spesialistutdanning for leger. Den kliniske terapiveiledningen kommer i tillegg, men andre spesialiteter krever andre former for ferdighetstrening.

Omkostningene knytter seg til:

- Tid som brukes av LIS og veileder, 1 time ukentlig også i veileders fravær
- Tid til veiledning innen spesifikke terapimetoder og betaling til veileder (forslag om spesifikk terapiveiledning minimum 30 timer i løpet av de 42 månedene legen arbeider i TSB-enhet)
- Gruppemøter for de kliniske veilederne minimum 4 ganger årlig arrangert av arbeidsgiver
- Aktuelle kurs i klinisk veiledning for de kliniske veilederne. Det er i dag ikke krav om årlige kurs, men et tilbud formidlet via legeföreningen som mange HF benytter seg av

Utgangspunkt for beregning av ressurser er:

- 38 timers arbeidsuke
- 5 års utdanningsstilling i enhet i TSB + annen avdeling i spesialisthelsetjenesten eller i allmenntidisin
- 1 ukentlig veiledningstime + 30 timers terapiveiledning

Supervisjon kommer i tillegg og er vanskelig å tidfeste. Dette dreier seg om den fortløpende kontakten det er mellom LIS og en erfaren spesialist i samme enhet.

Med en definisjon av et årsverk (Statistisk Sentralbyrå) på 1750 timer (eksklusiv ferie) og 38 timers arbeidsuke for LIS består perioden med veiledet tjeneste av 46 arbeidsuker og 5,5 ukers ferie. 46 timer veiledning årlig i 5 år + 30 timer terapiveiledning gir samlet 260 timer/5 år som er ca. 52 timer årlig.

Medgått tidsbruk for overlegen som gir ukentlig veiledning og terapiveiledning kan estimeres til å være ca. 3.5 prosent av et årsverk i gjennomsnitt over 5 år, for hver LIS som mottar veiledning. Dette omfatter også tid til forberedelse, kurs og utdanning av veilederen selv.

Forslag til regler for spesialistutdanning i rus- og avhengighetsmedisin innebærer også forslag om andre og supplerende former for veiledning, for eksempel gruppeveiledning. Dette er ikke kostnadsberegnet men vil i utgangspunktet være kostnadsbesparende.

6.4.6 Ressurser knyttet til utdanningsutvalg

Økonomi knyttet til etablering og drift av utdanningsutvalg er som for annen spesialistutdanning for leger. Utdanningsinstitusjonen skal ha et utdanningsutvalg som kvalitetssikrer internundervisningen, rotasjonen og veiledning. Utdanningsutvalget har en leder og er sammensatt av overleger fra de aktuelle tjenestestedene, Yngre Legers Forening (YLF) er representert. Utvalget skal ha regelmessige møter. Det er ikke fastsatt regler for hvor mange pr år. Det er ikke uvanlig at leder av utdanningsutvalget i en spesialitet har avsatt ca. 20 prosent stilling til dette, men omfanget av dette arbeidet avhenger av hvor mange LIS som er i spesialisering.

6.4.7 Ressurser knyttet til internundervisning

LIS skal følge et teoretisk undervisningsprogram på minimum 2 undervisningstimer pr uke. Internundervisningen vil medføre at LIS er borte fra klinisk arbeid 2 timer ukentlig, som er en av årsakene til at LIS arbeider 60 prosent klinisk. Undervisningen krever ressurser fra foreleser som kan være lokal overlege eller annen person. 2 timers overlegeressurs ukentlig i 44 uker er 5,3 prosent av et årsverk. Siden dette er en ny kursrekke vil det medføre noe mer forberedelse enn for andre etablerte spesialiteter, kanskje ca. 1 time per undervisningsbolke av 2 timer, og da utgjør ressursen til sammen 8 prosent av et årsverk.

Økonomi knyttet til internundervisning av LIS er i prinsippet den samme for all spesialistutdanning for leger. For de store HF-ene som utdanner et større antall spesialister arrangeres ofte internundervisningen i regi av HF-et alene. Alternativet er et samarbeid mellom flere HF.

For den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin er det aktuelt å arrangere deler av internundervisningen som fjernundervisning med teleoverføring. Dette er det god erfaring med fra andre spesialiteter, særlig der det er få LIS og sårbare fagmiljøer. Dette medfører at utgifter knyttet til forelesere ikke vil være så høye som hvis det enkelte HFet alene skulle arrangere hele internundervisningen komplett.

6.4.8 Ressurser knyttet til obligatoriske kurs

Økonomi knyttet til obligatoriske kurs er i prinsippet den samme for all spesialistutdanning for leger. Helseforetaket/institusjon betaler utgifter til kurs, oftest ca. kr 1500 – 2000 pr dag. Deler av overnatting (950 kroner), samt reise dekkes av Legeforeningens fond III. Dersom hotellutgifter / reiseutgifter er høyere, dekkes mellomlegget av arbeidsgiver. Arbeidsgiver dekker vikar for legen som er på kurs.

6.4.9 Oppsummering

Helsedirektoratet har gjort en vurdering av mulige utdanningsinstitusjoner for spesialistutdanning i rus- og avhengighetsmedisin og ca 10 HF-er alene eller sammen private tjenestetilbydere vurderer at de har de aktuelle tjenestesteder og ressurser som kreves for å bli godkjente i løpet av 2014. Disse vil kunne iverksette spesialistutdanning i en moderat skala i starten og innenfor dagens rammer uten store endringer i organisering og bemanning.

Mange av de øvrige helseforetak/private tjenesteytere må forsterkes før de vil kunne godkjennes som utdanningsinstitusjoner. Omfanget av dette vil bli tydelig når de får kartlagt den kliniske situasjonen i sine avdelinger/enheter og hvilke ressurser de må ha for å tilfredsstille kravene til utdanningsinstitusjon. Viktige momenter her er:

- Tjenestestedenes tilbud og kvalitet (relevante avdelinger/enheter)
- Antall ansatte spesialister
- Antall LIS stillinger
- Vaktordninger

Legebemanningen i TSB-avdelinger/enheter/institusjoner i landet, både i HF og hos private tjenesteytere er gjennomgående lav og det er behov for å styrke denne uansett om disse er godkjente utdanningsinstitusjoner for spesialistutdanning av leger eller ikke.

De fleste LIS som i dag arbeider i TSB får denne tjenesten godkjent som ledd i spesialisering, oftest i spesialiteten i psykiatri, men også allmennmedisin. Dette vil også kunne øke da flere TSB-enheter ventelig vil bli godkjent med tellende tjeneste i fordypning i TSB (for spesialistutdanningen i psykiatri) enn de som i dag er godkjent med tellende tjeneste generelt. Arbeidsgiver har dermed allerede omkostninger knyttet til spesialistutdanning av LIS.

Spesialistutdanning er en kvalitetsgaranti for behandlingen som tilbys pasientene og forventningen knyttet til den nye spesialiteten i rus og avhengighetsmedisin er at behandlingen vil bli bedre og mer effektiv. Dette vil komme spesialisthelsetjenesten generelt til gode i form av bedre helhetlig behandling av ruspasienter også innenfor andre spesialiteter. 20 % av alle pasienter i indremedisinske senger er innlagt med sykdom som har relasjon til bruk av alkohol.

Spesialistkunnskap og ekspertise innenfor TSB vil ha samfunnsøkonomiske konsekvenser som også må være med i ressurs-regnestykket. Muligheten for rask og kunnskapsbasert behandling innenfor TSB vil kunne bedre deltakelse i arbeidslivet for personer med skadelig forbruk av rusmidler eller

rusmiddelavhengighet. Bedre behandlingstilbud vil også kunne forhindre somatiske og psykiske komplikasjoner av rusmiddelbruk.

[0. Innholdside brødtekst]

[Figur 1.1 Høyreklikk + Bildetekst for å sette inn bildeoverskrift. Hold SHIFT inne og bruk markøren i et hjørne av bildet for å resize til størrelse innenfor malens bredde.]



Kolonne 1	Kolonne 2	Kolonne 3	Kolonne 4	Kolonne 5
Tekst	Tekst	Tekst	Tekst	Tekst

[Bruk følgende fremgangsmåte for å formattere en tabell som den over. Formatteringen støtter enkle tabeller. Dersom man ønsker å generere mer spesielle tabeller, med sammenslåtte celler - er et tips å begynne med en tre (eller flere) raders tabell]

[Sett inn tabell på vanlig måte med Tabell - Sett inn Tabell...]

[Marker hele tabellen (når markøren er over tabellen vises en liten firkant oppe til høyre - klikk på firkanten for å velge tabellen)]

[Trykk knappen Formatter valgt tabell]

[Marker de delene av tabellen som skal utheves, f.eks. overskriftsraden og velg [F] - fet skrift]

[Skriv inn innhold i tabellen]

[0. Innholdside brødtekst]



Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

