

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.