

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

Tilhørerkreds:	Folketingets Uddannelsesudvalg, pressen og evt. Sundhedsudvalget og videnskabsudvalget
Anledning:	Samråd – 5 spm.
Taletid:	
Tid og sted:	Den 23. maj 2007 kl. 14
Fil-navn:	Talepapir AF, AH-AJ personale i sundhedsvæsenet

Spørgsmål AF: Der er i dag stort set mangel på alle personalegrupper inden for sundheds- og plejeområdet, og set i

lyset af den demografiske udvikling er problemet forstærket, hvis der ikke straks sættes ind med en målrettet indsats. Vil ministrene redegøre for, hvilke initiativer regeringen vil iværksætte for at ændre denne udvikling inden for alle personalegrupper inden for sundheds- og plejeområdet - både på kort og på lang sigt, herunder de økonomiske konsekvenser?

Svar:

Som vi netop har hørt det fra mine kolleger undervisningsministeren og videnskabsministeren, så er det korrekt, at vi i Danmark med den måde, vi har indrettet og driver sundhedsvæsenet på, har en udfordring med at skaffe det nødvendige personale.

Som mine ministerkolleger også har fremhævet, så har regeringen stærkt fokus på denne situation og har taget en lang række initiativer.

Jeg vil gerne starte med at understrege, at sådan et balanceproblem kan man angribe på begge sider af ulighedstegnet. Man kan gøre en stor indsats for at uddanne og på anden vis skaffe mere personale til sundhed, men man kan også se mere intenst på, hvordan vi bruger personalet, og om vi kan løse opgaverne mere effektivt ved at indrette os mere hensigtsmæssigt.

Der er en tendens til, at debatten – også her i dag - koncentrerer sig om det første. Jeg synes, det er vigtigt ikke at glemme det andet. Det vil jeg komme tilbage til.

Mit ansvar på *uddannelsessiden* vedrører personalets videreuddannelse efter, at de er blevet færdige på universiteter og sygeplejeskoler m.v., navnlig lægernes videreuddannelse til fuldt uddannede speciallæger.

For denne gruppe viser Sundhedsstyrelsens prognose for udbuddet af læger i perioden 2004-2025 et fald i antallet af speciallæger fra 2004-2015, hvorefter antallet vil stige. Det er klart, at vi har en udfordring her.

Disse fremtidsudsigter skyldes, som videnskabsministeren også var inde på, en tidligere underdimensionering af lægeuddannelsen.

Regeringen har siden den kom til haft stærkt fokus på manglen på speciallæger, og har derfor også igangsat målrettede initiativer.

[Reduktion af varigheden af speciallægeuddannelsen]

Lad mig starte med regeringens seneste initiativ i forhold til at skaffe flere speciallæger, nemlig en omlægning af lægernes videreuddannelse, der betyder, at varigheden af speciallægeuddannelsesperioden reduceres. Det vil sige den tid, der går fra lægerne er færdige på universitetet og starter i turnusuddannelsen, til lægerne efter afsluttet introduktionsuddannelse og hoveduddannelse er speciallæger.

For at opfylde samfundets behov skal vi have lægerne hurtigere igennem speciallægeuddannelsen.

Regeringen har netop i forståelse med Danske Regioner og Lægeforeningen fremlagt sine initiativer, hvoraf de vigtigste er,

- at turnusuddannelsen forkortes fra 18 mdr. til 12 mdr., og
- at der indføres en 4-årsfrist mellem start på turnusuddannelsen til start på hoveduddannelsen.

Samtidig sættes der yderligere fokus på kvaliteten i uddannelsen.

De nye initiativer skal træde i kraft pr. 1. februar 2008. Regeringen forventer, at omlægningen af uddannelsen vil reducere den gennemsnitlige gennemførelsestid fra ca. 12 til ca. 10 år - og måske endda endnu mere.

Det betyder, at lægerne hurtigere vil blive speciallæger, og at kompetencestigningen mod et højere kompetenceniveau vil blive stejlere end i dag.

[Ny speciallægeuddannelse i 2004 har haft effekt]

Jeg vil også gerne i den forbindelse nævne, at regeringens udmøntning af Speciallægekommissionens anbefalinger i en ny speciallægeuddannelse pr. 1. januar 2004 allerede har haft en effekt, idet varigheden af uddannelsesstiden allerede fra 2004 til 2006 er reduceret med godt 1 år. At uddannelsesstiden er reduceret med et år betyder jo helt konkret, at der er en hel årgang fuldt færdiguddannede læger mere til rådighed for sundhedsvæsenet.

[Lettere adgang for udenlandske læger]

På kort sigt har regeringen sikret lettere adgang for udenlandske læger til at arbejde i Danmark. Regeringen har effektiviseret ordningen for godkendelse af udenlandske lægers uddannelse og kvalifikationer, så ordningen nu er hurtigere og mere fleksibel.

Det er gjort uden, at der er gået på kompromis med kvaliteten. Sundhedsstyrelsen undersøger forud for tildeling af dansk autorisation som læge, om den udenlandske læges uddannelse i al væsentlighed svarer til den danske uddannelse.

[Dimensionering og aftale om specialeplanlægning]

Desuden kan jeg nævne, at antallet af læger følges tæt i Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen justerer derfor også løbende antallet af uddannelsesstillinger, efterhånden som antallet af kandidater fra universiteterne stiger.

[Efterspørgselssiden]

Men som nævnt synes jeg, det er helt afgørende også at se på, om vi bruger personalet, inkl. speciallægerne, mest hensigtsmæssigt. Og det er ikke hensigtsmæssigt at bruge flere speciallægetimer end højst nødvendigt på ørkesløse natte- og weekendvagter, hvor der alligevel kun kommer meget få akutte patienter. Derfor er det helt afgørende, at samle sygehusvæsenets akutte modtagefunktioner på langt færre steder end i

dag. Navnlig hvis vi også vil have kvalitet i form af akut speciallægebetjening, når der er behov for det. Derfor er det så afgørende vigtigt – også i forhold til dagens tema, at vi holder fast i den aftale om specialeplanlægning, som er indgået sidste forår med alle de partier, der stod bag sundhedsloven.

Spørgsmål AH: Hvad vil regeringen gøre for at fastholde og tiltrække uddannet sundhedspersonale i sundhedssektoren?

Svar:

Regeringens mange tiltag for at uddanne flere social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og læger m.fl. vil i sagens natur ikke få den ønskede effekt, hvis dem, vi uddanner, ikke vil arbejde i sundhedssektoren.

Derfor prioriterer regeringen tiltrækning og fastholdelse af kvalificeret arbejdskraft højt. Det handler om at sikre, at de offentlige arbejdspladser er velfungerende og attraktive.

[Kvalitetsreformen]

Den udfordring indgår som et væsentligt led i Kvalitetsreformen. Regeringen har holdt fem temamøder i forbindelse med Kvalitetsreformen. Det ene handlede under overskriften "ledelse, medarbejderinddragelse og motivation" om det offentlige som arbejdsplads. I regeringen mener vi, det handler om at sikre

- bedre fysisk og psykisk arbejdsmiljø

- kompetenceudvikling
- bedre anerkendelse af medarbejderne
- bedre ledere med rum til at lede

Men attraktive arbejdspladser skabes ikke ved lovgivning. Det kan kun ske ved en fælles indsats, hvor arbejdsgivere og arbejdstagere indgår i et forpligtende samarbejde. Derfor har regeringen valgt at indlede trepartsdrøftelser med arbejdsgiverne – Danske Regioner og KL – og de tre hovedorganisationer, LO, FTF og AC. Målet er et fælles, forpligtende slutdokument, der sikrer effektive tiltag på området.

Det er vel også rimeligt i denne sammenhæng at nævne de helt generelle tiltag, regeringen allerede har taget for at tilskynde til en senere tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Det indgår som bekendt i Velfærdsaftalen fra 2006, og vil også have effekt på sundhedsområdet.

Endelig er det utroligt vigtigt, at vi forstår at bruge personalets kompetencer fuldt ud. Der er vel ikke noget mere befordrende på arbejdsglæden, end at man får lov at beskæftige sig med opgaver, der trækker på ens fulde evner. Det har at gøre med arbejdsdelingen mellem personalegrupperne. Vi skal ikke bruge læger til opgaver, som lige så godt kan varetages af sygeplejersker eller radiografer. Og vi skal ikke bruge sygeplejersker til opgaver, som kunne varetages af social- og sundhedsassistenter. Det er en utroligt vigtig ledelsesopgave i

sundhedsvæsenet. Og det er vel at mærke hverken lovgivning eller overenskomster, der hindrer det. Det viste den såkaldte 100-dages rapport fra 2002 helt klart. En ændret arbejdsdeling er en faktor, som desværre ofte glemmes – f.eks. når Dansk Sygeplejeråd taler om, at der mangler 1500 sygeplejersker. Jeg vil komme tilbage til det i besvarelsen af udvalgets sidste spørgsmål.

Spørgsmål A1: Hvilke økonomiske konsekvenser vil det have, hvis der ikke er personale nok til en ordentlig service i fremtiden?

Svar:

Et hurtigt regnestykke siger mig, at det ville spare nogle lønudgifter! Og det er jo som bekendt den tungeste udgiftspost i sundhedsvæsenet.

Men mere alvorligt – og der er ingen tvivl om, at denne regering tager sundhedsvæsenet og dets kvalitet særdeles alvorligt – så er en opgørelse af de økonomiske konsekvenser af for lidt personale i sundhedsvæsenet, som udvalget efterspørger, ikke et regnestykke, der giver mening.

Jeg foretrækker at løse den udfordring, det er at skabe et sundhedsvæsen af høj kvalitet - herunder personale-udfordringen. Fremfor at regne på konsekvenserne af *ikke* at løse dem.

Spørgsmål AJ: Hvilken betydning har problemerne med personalemangel for kvaliteten af den borgernære service, og hvilken betydning har det for de ansattes fysiske og psykiske arbejdsmiljø, når de i den grad skal løbe stærkere?

Svar:

Som jeg har sagt flere gange før er jeg enig i, at vi har en udfordring i at skaffe tilstrækkeligt personale til sundhedssektoren – ikke mindst i fremtiden. Alene den demografiske udvikling tilsiger dette.

Men når det er sagt, så synes jeg, at spørgsmålet, som det er formuleret, tegner et urimeligt dystert billede af en stresset og plaget slavehær i sundhedsvæsenet. Lad os lige få nogle proportioner på plads. En dansk sygeplejerske arbejder i gennemsnit 33,5 timer om ugen. I international sammenligning ligger det bestemt ikke i den høje ende.

Og nu vi er ved internationale sammenligninger, så ligger Danmark bestemt ikke lavt i personaletal i forhold til andre lande. Der er desværre varierende tal efter, om man spørger WHO eller OECD, men Danmark

ligger enten i midten eller i den høje ende både hvad angår læger og sygeplejersker i forhold til befolkningstallet.

Så hvis vi har nogle problemer, har vi bestemt også nogle forudsætninger for at løse dem. Jeg vil nævne nogle af ud over det, vi har været inde på på uddannelsessiden.

Og det handler hverken om at reducere kvaliteten eller at piske de ansatte til at løbe hurtigere. Ingen af delene vil der komme noget godt ud af. I stedet handler det om at tænke et skridt videre.

[Sammenlægning af specialer og akutmodtagelser]

Som jeg har været inde på, opnåede vi i foråret 2006 landspolitisk enighed om nogle principper for specialeplanlægning. Målet er at sikre høj kvalitet i behandlingen uanset tid og sted. Det indebærer en sammenlægning af både akutmodtagelser og specialer. Ud over at sammenlægningerne vil sikre en sundhedsfaglig bedre behandling, vil de have den særdeles positive sidegevinst at frigøre personaleressourcer, ikke mindst på lægeområdet. Det understreger, at der ikke behøver være nogen modsætning mellem at sikre en bedre behandling og faktisk anvende færre personaleressourcer, hvis bare organiseringen er rigtig.

[Mere hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse]

En interessant undersøgelse fra sygehusvæsenet viser, at to ud af tre læger finder, at der på nogle områder er en uhensigtsmæssig arbejdsdeling mellem faggrupperne på deres afdeling. Og i en anden undersøgelse tilkendegiver hver tredje social- og sundhedsassistent, at han eller hun kan udføre opgaver, han eller hun ikke varetager i dag, hvis de enten får lov eller modtager oplæring.

Disse undersøgelser peger på noget helt centralt: Nemlig at der på mange områder er mulighed for en langt bedre tilrettelæggelse af arbejdet. Det kan bidrage til at frigøre de afgørende ressourcer, der

sikrer god kvalitet til borgerne og samtidig et godt arbejdsmiljø for de ansatte.

[Eksempel: Arbejdsgange på strålecentrene]

Allerede nu arbejdes der på mere effektive arbejdsgange flere steder i sundhedsvæsenet. Blandt andet på kræftområdet. Her har Det Kommunale og Regionale Evalueringsinstitut (KREVI) på Indenrigs- og Sundhedsministeriets bestilling iværksat en analyse af arbejdsgange m.v. på strålecentrene for at sprede de bedste løsninger. Undersøgelsen er lige på trappen.

[Reduktion af sygefravær]

Arbejdsmiljø handler også om sygefravær. Undersøgelser peger på, at medarbejdere, der trives med deres arbejde, har markant færre sygedage end medarbejdere, der mistrives på deres arbejdsplads.

Det skaber en ond cirkel, hvor flere sygemeldinger fører til mere stress og dårligere arbejdsforhold, der igen fører til flere sygemeldinger, der igen ...

Flere steder har man haft succes med på forskellige måder at skabe mere velfungerende arbejdspladser, der har nedbragt sygefraværet markant. Dermed skabes en positiv cirkel, hvor der faktisk bliver frigjort flere ressourcer, uden at der er blevet ansat flere. Vi har brug for flere af den slags nyskabende tiltag.

[Arbejdsgivernes og arbejdstagerorganisationernes ansvar]

Jeg tror på, at regionerne og kommunerne som ansvarlige for sundhedsvæsenet og som arbejdsgivere for sundhedspersonalet tager denne opgave alvorligt. Og at arbejdstagerorganisationerne også er villige til at se fordomsfrit på faggrænser og stive fagkulturer. Sammen vil vi kunne løse udfordringen og skabe både bedre kvalitet og bedre arbejdsmiljø i en tid, hvor der generelt bliver skarp konkurrence om arbejdskraften i samfundet.

Og det er jo et grundvilkår, vi ikke kan komme udenom. Faren ved kun at uddanne sig ud af problemerne det er jo, at de mennesker, vi uddanner til sundhedsvæsenet, ikke vil være til rådighed for andre vigtige opgaver i

samfundet og i samfundsøkonomien. Det er derfor, jeg lægger så afgørende vægt også på den anden side af balancen.

Supplement, side 23

I den forbindelse kan jeg nævne, at Dansk Sygeplejeråds opgørelse af de 1.500 ubesatte stillinger også inkluderer stillinger, der er besat med andre faggrupper. Men hvem siger, det er et problem? Det kan være, det er en rigtig god idé.