

**Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse**

Dato: 29. september 2008  
Kontor: Sundhedspolitisk kt.  
J.nr.: 2008-1213-136  
Sagsbeh.: lybh  
Fil-navn: Dokument 5

**TALEPAPIR**  
*Det talte ord gælder*

<b>Tilhørerkreds:</b>	<b>Folketingets Sundhedsudvalg</b>
<b>Anledning:</b>	<b>Samråd AG og AH-AI</b>
<b>Taletid:</b>	<b>20 min.</b>
<b>Tid og sted:</b>	<b>Onsdag den 10. september 2008 kl. 14:00</b> <b>Christiansborg lok. 2-080</b>

**[Indledning]**

Vi har i den seneste tid kunnet læse, se og høre i medierne, at hjertepatienter må vente i uger og måneder på at komme til forundersøgelse eller behandling i sundhedsvæsenet. Det er denne debat, der har givet anledning til samrådet her.

**[Resultater på hjerteområdet]**

Man skulle måske ikke tro det, hvis man har fulgt med i debatten, men hjerteområdet er faktisk en kæmpe succeshistorie: Sammenlignet med 2001, hvor regeringen tiltrådte, bliver langt flere behandlet for deres hjertesygdom i dag. F.eks. blev der sidste år lavet næsten 80 pct. flere ballonudvidelser end i 2001. Og dét med succes. For langt færre dør i dag af deres hjertesygdom end tidligere. I 2006 døde 3.000 færre danskere som følge af hjertesygdom end i 2001 [13.850 i 2001 og 10.557 i 2006]. Og det endda til trods for, at danskerne gennemsnitligt er blevet ældre og dermed har større risiko for at få en hjertesygdom.

**[International sammenligning]**

Når vi ser på vores resultater i forhold til andre lande, så har vi heller ikke noget at skamme os over. De nyeste tal fra OECD viser, at vores dødelighed som følge af blodprop i hjertet er markant lavere end gennemsnittet i OECD og også lavere end f.eks. i Sverige.

Men det er som sagt ikke de mange gode resultater, der er anledningen til dette samråd, men derimod hjertepatienter på venteliste og spørgsmålene herom fra Per Clausen og Jens Peter Verner sen.

**[Svar på smp. AH]**

Lad mig starte med det mest generelle: I spørgsmål AH ønsker Jens Peter Verner sen at vide, hvilke initiativer regeringen vil tage for at sikre, at hjertepatienter og andre med livstruende sygdomme ikke får udskudt deres behandling. Først vil jeg slå helt fast, at alle *akutte* patienter bliver behandlet *akut* – det vil sige uden ventetid.

For de *ikke-akutte* hjertepatienter gælder, at der prioriteres, så de mest syge behandles først. Denne prioritering af de alvorligt syge hjertepatienter betyder, at patienter, der enten *har* en hjertesygdom eller har *symptomer* på hjertesygdom, men som ud fra en lægefaglig vurdering kan *ståle* at vente, kan opleve en længere ventetid. Og med forsommerens strejke blandt sundhedspersonalet er ventetiderne

for disse patienter selvfølgelig ikke blevet kortere. Det er regeringen meget opmærksom på og vi arbejder fortsat målrettet for at forkorte ventetiden. Det vender jeg tilbage til.

#### **[Maksimale ventetider]**

For nu vi er ved prioriteringen af de mest syge patienter, vil jeg også understrege, at de maksimale ventetider for behandling af livstruende sygdomme stadig vil gælde – også under den kommende suspension af det udvidede frie sygehusvalg. På hjerteområdet betyder det, at der for visse tilstande ved såkaldt iskæmisk hjertesygdom – dvs. ved forkalkning i hjertets kranspulsårer – er fastsat frister for, hvor længe patienten må vente, fra hjertecentret har modtaget henvisningen, til indgrebet udføres. Afhængigt af tilstanden er den maksimale ventetid fastsat til mellem 2 og 5 uger. Kan fristen ikke overholdes, *skal* patienten tilbydes behandling på et andet offentligt eller privat hospital her i landet eller i udlandet.

Som bl.a. reglerne om maksimale ventetider vidner om, er prioriteringen af akutte og livstruende sygdomme en mærkesag for regeringen. Det fremgår også klart af de to seneste års økonomiaftaler med regionerne, hvor regeringen har afsat særlige midler til en styrkelse af indsatsen på kræft- og hjerteområdet.

At sygehusene rent faktisk også er gode til at prioritere de alvorligst syge hjertepatienter bekræftes af de gode resultater på hjerteområdet – navnlig den faldende dødelighed.

#### **[Ventetid]**

Før jeg vender tilbage til regeringens indsats for at forkorte ventetiden, vil jeg gerne slå fast, at en ventetid på 45 uger til forundersøgelse, sådan som det er blevet nævnt i pressen, ikke tegner det generelle billede af sygehusenes ventetid. Det er heller ikke et billede på den *gennemsnitlige* ventetid – og slet ikke på den *korteste*. Flere steder i landet er ventetiden til f.eks. hjertescanning og arbejdstest, som anvendes til at udrede patienter for en eventuel hjertesygdom, under 3 uger. Og på mindst ét sygehus i hver region er det muligt at få foretaget en af de to typer undersøgelser inden for 6 uger. Den enkelte patient kan således – på grund af retten til frit sygehusvalg - vælge en del af ventetiden fra ved at ”stille sig i den korteste kø”. Her taler jeg vel at mærke om de ikke-akutte patienter – idet de akutte patienter som sagt bliver behandlet uden ventetid.

#### **[Pakkeforløb på hjerteområdet]**

Som jeg nævnte, arbejder regeringen fortsat på at forkorte ventelisterne. Med inspiration fra kræftområdet bliver vi inden udgangen af i år klar med effektive pakkeforløb, der skal sikre, at alle patienter med livstruende hjertesygdom bliver undersøgt og behandlet uden unødigt ventetid. For at sygehusene kan være klar til implementering af hjertepakkeforløbene næste år, har regeringen afsat 100 mio. kr. i 2008 og endnu 50 mio. i 2009 til afvikling af ventelisterne på hjerteområdet.

Det er min klare forventning, at pakkeforløbene vil betyde mere hensigtsmæssige arbejdsgange og også større arbejdsglæde, bl.a. fordi personalet oplever at kunne hjælpe patienterne hurtigere og mere effektivt. Og det er ikke bare ønsketænkning fra regeringens side: Regionernes foreløbige erfaringer fra kræftområdet viser, at pakkeforløbene har givet en bedre ressourceudnyttelse, forbedrede arbejdsgange og mange steder også et forbedret samarbejde både internt på det enkelte sygehus og sygehusene imellem.

#### **[Udfordring – øget behandlingspres]**

I kampen mod ventelisterne på hjerteområdet er der især to store udfordringer, som gør sig gældende: Først og fremmest er der tale om et øget behandlingspres. Det skyldes dels, at der er flere ældre og flere, der får *symptomer* på hjertesygdom og derfor henvises til undersøgelse. Dels at det er blevet bedre at være hjertepatient i

Danmark forstået på den måde, at vi i dag kan behandle mere og bedre, så flere hjertepatienter overlever og generelt lever længere. Det er dette øgede behandlingspres, der har ført til visse kapacitetsproblemer – især på personalesiden – rundt om på landets hjerteafdelinger. Succesen på hjerteområdet er så at sige blevet sin egen akilleshæl – i form af ventetid.

#### **[Udfordring – personalemangel]**

Den anden store udfordring er til dels udledt af den første, nemlig personalemanglen. I den aktuelle debat er privathospitalerne blevet gjort til syndebukke, fordi de – siger man – med tilbud om højere løn og bedre arbejdstider lokker operations- og anæstesisygeplejersker væk fra det offentlige.

#### **[Svar på spm. AG]**

Det leder mig hen til besvarelsen af Per Clausens spørgsmål om, hvordan jeg vil forhindre, at ventetiden på hjerteoperationer vokser, fordi sygeplejerskerne forlader dette område til fordel for højere lønnet arbejde på privathospitalerne.

Hvis Per Clausen indirekte spørger til, om jeg vil tage initiativ til at afskaffe det udvidede frie sygehusvalg – så tror jeg godt, han kender svaret.

Manglen på sundhedspersonale – og på sygeplejersker især – er ikke et forhold, vi i regeringen tager let på. Tværtimod. Men problemet løses ikke af et ideologisk kors-tog mod de private.

#### **[Det privates andel – aktivitet og personale]**

Som jeg mange gange før har understreget, så udgør de private kun en meget lille del af det samlede offentligt finansierede sundhedsvæsen. Tilsvarende beskæftiger det private også kun en minimal andel af det samlede sundhedspersonale. Ifølge en igangværende undersøgelse foretaget af de privates brancheorganisation SPPD (Sammenslutningen af Privathospitaler og Privatklinikker i Danmark) beskæftiger de private sygehuse og klinikker i dag 294 fuldtidssygeplejersker og 90 deltidssygeplejersker. Det svarer til under 1 pct. – faktisk kun 0,6 pct. - af det samlede antal sygeplejersker i arbejdsstyrken. Hertil kommer knap 300 timelønnede, som har deres primære beskæftigelse andet sted - f.eks. i det offentlige. Jeg har derfor meget svært ved at få øje på den ”flugt”, som oppositionen ynder at tale om.

#### **[Konkurrence om de specialuddannede]**

Når det er sagt, så tyder den seneste debat på, at der kan være en særlig konkurrence mellem det offentlige og det private om især de specialuddannede sygeplejersker. Det vil selvfølgelig altid være en risiko, når der findes en privat sektor, hvilket der jo er en bred politisk enighed om, at der gerne må være. Tal fra Arbejds-markedsstyrelsen viser, at der i foråret 2008 manglede 43 anæstesi- og 26 operationssygeplejersker på landsplan i det offentlige, mens de private ikke meldte om rekrutteringsproblemer.

Der er således tale om relativt beskedne tal, når man tager i betragtning, at de offentlige sygehuse beskæftiger omkring 35.000 sygeplejersker.

Set i lyset af at det tager 2 år at uddanne en anæstesisygeplejerske og minimum et halvt år at uddanne en operationssygeplejerske, er jeg dog enig i, at det for den enkelte afdeling kan være et stort problem, hvis mange af de specialiserede personalekræfter vælger at forlade jobbet inden for en kort tidshorisont. Jeg underkender på ingen måde de problemer, man f.eks. på Rigshospitalets hjertecenter kan stå med, når adskillige medarbejdere samtidig vælger at søge andet arbejde. Men der er intet perspektiv i at pukke på de private sygehuse.

**[Attraktive arbejdspladser]**

Det, det gælder om, er, at vi uddanner tilstrækkeligt, og at vi i det offentlige sygehusvæsen skaber attraktive arbejdspladser, som kan tiltrække og fastholde personalet. For også et godt arbejdsmiljø med faglige udfordringer og gode muligheder for kompetenceudvikling er vigtige parametre, når sygeplejerskerne vælger job. Det viser erfaringerne fra hjerteafdelingen på Skejby Sygehus, hvor man efter et par år med fastholdelsesproblemer i forhold til de specialiserede sygeplejersker har fået vendt udviklingen og i dag kører med fuld kapacitet.

**[Svar på spm. A1]**

Lad mig her uddybe min udtalelse om, at personaleproblemerne på Rigshospitalet løses, såfremt der sker en faglig interessant udvikling af arbejdspladsen og derved svare på Jens Peter Vernersens spørgsmål A1.

Jeg vil gerne slå fast, at jeg ikke på nogen måde er i tvivl om, at Hjertecentret på Rigshospitalet er et fagligt interessant sted at arbejde. Snarere tværtimod. Jeg har bare gerne villet understrege, hvor de offentlige sygehuse har deres force. De faglige udfordringer, gode kompetenceudviklingsmuligheder og den varierende hverdag er det offentlige sygehusvæsens stærkeste kort. Og dem skal vi da spille! Det er jeg sikker på, at regionerne og Rigshospitalet er enige i.

Regeringens kvalitetsreform handler bl.a. netop om at skabe attraktive arbejdspladser med fokus på fysisk og psykisk arbejdsmiljø, kompetenceudvikling, seniorordninger, medarbejder-udviklingssamtaler, mv. Til kvalitetsreformens initiativer har regionerne fået ekstra 375 mio. kr. i 2009.

**[Task-force vedr. Fleksibel opgavevaretagelse]**

Vi skal også anvende de personaleressourcer, vi allerede har, noget bedre. Regeringen har derfor som led i Trepartsaftalen nedsat en task-force for fleksibel opgavevaretagelse, glidende faggrænser og mere hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse. Formålet med task-forcen er at udarbejde en strategi for en systematisk spredning af de mange gode eksempler på opgaveglidning og hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse.

**[Flere sygeplejersker]**

Regeringen har desuden iværksat konkrete tiltag, der sigter mod at øge antallet af uddannede sygeplejersker. Det drejer sig f.eks. om en revision af sygeplejerskeuddannelsen, der skal mindske det høje frafald og en rekrutteringskampagne, der skal sikre flere ansøgere til sygeplejerskestudiet. Derudover har regeringen nedsat en arbejdsgruppe, der skal identificere barrierer for og muligheder ved udenlandsk rekruttering til det offentlige sundhedsvæsen.

**[Afslutning]**

Regeringen har således et stærkt fokus på såvel hjerteområdet som personalemanglen. Det er min vurdering, at der ikke på nuværende tidspunkt er behov for yderligere initiativer ud over de mange, vi allerede har iværksat og de ressourcer, vi har afsat til hjertepakker, kvalitetsreform m.v.