

# Lægeforeningen



## Notat

27. november 2008  
Jr. 2006-154/204867  
JAS

---

**Emne:** Rekrutteringsproblemer i sundhedsvæsenet  
**Til:** Folketingets Sundhedsudvalg  
**Fra:** Lægeforeningen

---

### Baggrund

Folketingets Sundhedsudvalg har i åbent samråd den 22. oktober 2008 drøftet rekrutteringsproblemer i sundhedsvæsenet. Det er foreslået at bruge indiske operationsteam til at nedbringe ventetider på landets sygehuse. Sundhedsministeren har således nedsat en embedsmandsgruppe, som skal redegøre for mulighederne for aktivt at rekruttere lægehold fra udlandet. Udspillet ventes i starten af 2009.

Lægeforeningen er af den klare opfattelse, at udenlandske operationsteam ikke bør være første prioritet i en indsats for at nedbringe ventelisterne. Det vil være at gå over åen efter vand. Vi bør i stedet for fokusere på, at udnytte de eksisterende ressourcer bedre, ved at sikre et større og mere kvalificeret arbejdsudbud, og ved at påbegynde de langsigtede investeringer i it og nybyggeri, som vi gennem længere tid har brugt meget tid på at tale om.

Lægeforeningen har på dette grundlag udarbejdet et katalog over initiativer rettet mod at forøge arbejdsudbuddet og effektivisering af arbejdstilrettelæggelsen, herunder:

- » Måltrettet rekruttering i udlandet
- » Øget fokusering på kompetenceopnåelse i speciallægeuddannelsen
- » Opgaveglidning
- » Mer- og overarbejdsaftaler
- » Fastholdelse af seniorer
- » Investeringer i it og nybyggeri



## **Et større og mere kvalificeret arbejdsudbud**

### **Målrettet rekruttering i udlandet**

Lægeforeningen anerkender, at speciallægemanglen er et af de alvorligste problemer for sundhedssektoren, og at alle midler, der kan afhjælpe problemerne, skal tages i betragtning.

Erfaringer fra England viser, at der er signifikant større (2-15 gange højere, jf. DSHK's brev til Sundhedsudvalget af 16. oktober 2008) komplikationsfrekvens forbundet med at benytte operationsteams, som ikke forudgående eller efterfølgende har kontakt til patienten. Det svækker patientsikkerheden og strider grundlæggende med tanken om sammenhængende og fagligt forsvarlige patientforløb. Desuden rejses flere problemstillinger:

- Hvad er lægens rolle overfor patienten – skal man ikke møde sin patient og tale med ham/hende?
- Hvem har ansvaret, når lægen er væk umiddelbart efter operationen – er klageretten illusorisk?
- Hvordan kan man overhovedet sikre kvaliteten?

Vi er enige i, at rekruttering af udenlandske læger på kort sigt kan gavne arbejdsudbuddet. Men forudsætningen for, at udenlandske læger gavner det danske sundhedsvæsen er, at de umiddelbart kan afhjælpe speciallægemanglen. Vi har hverken behov for flere uddannelsessøgende læger eller læger med væsentlige omskolingsbehov.

Det er bydende nødvendigt, at rekrutteringen målrettes konkrete flaskehalse og vakante speciallægestillinger, og at de udenlandske læger umiddelbart kan indtræde i stillingerne. Både hvad angår faglige kvalifikationer, men også i arbejdsrelationerne til det øvrige personale og i forholdet mellem behandler og patient/pårørende. Det kræver en betydelig prækvalificerende indsats i form af sprogundervisning og introduktion til det danske arbejdsmarked.

Hvis sundhedsvæsenet skal rekruttere udenlandske læger, så vil Lægeforeningen anbefale, at rekrutteringen foretages blandt læger fra de nordiske og/eller EU-lande, hvor vi i forvejen har aftaler, der sidestiller lægens autorisation og speciallægeanerkendelse.

Det er imidlertid Lægeforeningens opfattelse, at de nødvendige omkostninger forbundet med at rekruttere udenlandske læger er meget høj i forhold til det forventede udbytte. Selvom vi målretter rekrutteringen viser erfaringerne fra Region Midtjylland, at de initiale engangsomkostninger løber op i omkring ½ mio. kr. pr. læge.



De penge kan anvendes mere effektivt inden for rammerne af det eksisterende arbejdsudbud.

### **Øget fokusering på kompetenceopnåelse i speciallægeuddannelsen**

Accelererede uddannelsesforløb (raketforløb) kan være et attraktivt rekrutteringsmiddel for sygehuse i udkantsområder eller et speciale med stor speciallægemangel.

I 2007 var der omkring 110 uddannelsesstillinger, der stod ubesatte hen bl.a. som følge af geografisk placering eller at forløbet dækker et mindre attraktivt lægeligt speciale.

Ved etablering af raketforløb begrænses hoveduddannelsesforløbet tidsmæssigt ved at øge den ugentlige arbejdstid. Fx kan et hoveduddannelsesforløb på fem år (normeret) tidsmæssigt forkortes ved at øge den ugentlige arbejdstid med 25 pct.

Det er en forudsætning, at indholdet af forløbet fuldt ud lever op til de samme krav, som gælder de normale forløb, så målbeskrivelserne, uddannelsesprogrammet og kvalitetssikringen forbliver uændret. Derimod kræver ordningen, at der indgås individuelle uddannelsesplaner, som skal sikre, at den frivilligt udvidede arbejdstid benyttes til at deltage i flere behandlingsforløb/operationer og dermed hurtigere opnår kompetencer, som står mål med målbeskrivelserne og uddannelsesprogrammet.

### **Opgaveglidning**

Øget arbejdsdeling er en af de metoder, som kan afhjælpe den alvorlige mangel på speciallæger. Jo mere læger og sygeplejersker kan passe de funktioner de er uddannet til, jo mere kapacitet kan vi udnytte.

Det er en nødvendig forudsætning for arbejdsdeling, at de eksisterende hænder bliver dygtigere, så faggrupper kan overtage opgaver, uanset om de overtages fra læger eller fra sygeplejersker. Vi har brug for en langt kraftigere efteruddannelses- og opkvalificeringsindsats af andre faggrupper uden, at det går ud over den lægelige efteruddannelse, og uden, at det går ud over kvaliteten i behandlingen.

Der er masser af eksempler på vellykket opgaveglidning rundt om på sygehusene. På Vejle Sygehus har radiografer overtaget arbejdet med beskrivelse af bestemte røntgenbilleder og visse nærmere definerede ultralydsundersøgelser. På Hvidovre Hospital gennemfører sygeplejersker selvstændige konsultationer med »kendte« patienter. På skadestuerne på Amager og Bispebjerg behandler sygeplejersker en række definerede skader på akutte patienter. På patologisk afdeling i Aalborg udfører bioanalytikerne opgaver, som tidligere blev udført af lægerne.



Det sker i alle sammenhænge under lægeligt ansvar, efter lægelige retningslinjer og under lægelig instruktion. Det er et ansvar, som er forankret i lægeautorisationen, og som skal sikre patienterne tryghed, sammenhæng i patientbehandlingen og garanti for kvaliteten af behandlingen

### **Mer- og overarbejdsaftaler**

Den nuværende store ventelistepukkel er helt ekstraordinært affødt af forårets konflikter på arbejdsmarkedet. Vi bør derfor også tage ekstraordinære redskaber i brug. Fx at vi intensiverer brugen af læger og andre sundhedsfaglige personalegrupper.

Lægeforeningen vil opfordre til at indgå mer- og overarbejdsaftaler af hensyn til at nedbringe ventelisterne.

### **Fastholdelse af seniorer**

De store efterkrigsårgange er på vej på pension og det medfører (selv ved en uændret tilbagetrækningsalder), at flere læger forlader arbejdsmarkedet. I perioden fra 2003 til 2007 er antallet af nytildgåede pensionister steget med tæt på 850 læger (fra 1.873 nytildgåede pensionister i 2003 til 2.720 nytildgåede pensionister i 2007), til trods for en uændret tilbagetrækningsalder.

Der kan gøres meget mere for at fastholde seniorer læger. Det er det største enkeltbidrag til at håndtere rekrutteringsproblemerne inde for alle flaskehalsområder.

Lægeforeningen har lanceret en seniorvikar portal, som tilbyder pensionerede medlemmer mulighed for at udføre specialopgaver. Primært i form af konsulentbistand i kortere eller længere tid. Lignende ordninger bør etableres inden for andre faggrupper, så vi sikrer et større og mere fleksibelt arbejdsudbud.

### **Investering i it og nybyggeri**

Regeringens ekspertpanel har netop offentliggjort en samlet plan for sygehussektoren i Danmark. Den bygger for første gang på faglige indstillinger og kvalitetsbetragtninger og hensynet til, hvordan vi bedst muligt bruger ressourcerne til gavn for patienterne.

Det er Lægeforeningens vurdering, at rapporten styrker de langsigtede forudsætninger for effektiv udnyttelse af arbejdsudbudet i sundhedssektoren, herunder de faglige forventninger til investering i moderne it og nybyggeri.

For at kunne anvende ressourcerne mere optimalt og udnytte specialiseringens muligheder, så må vi samle kræfterne på færre enheder. Det bør understøttes af inve-



steringer i it og moderne apparatur. Ved at fremme it-understøttelsen (fx i telemedicin, EPJ o. lign.), sikrer vi, at specialister vil kunne medvirke, i udredningen, ved behandling og operationen, med øget kvalitet og effektivitet til følge.