

**Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse**

Dato: 17. oktober 2008  
Kontor: Sundhedspolitisk kt.  
J.nr.: 2008-1213-147  
Sagsbeh.: lybh  
Fil-navn: Dokument 5

**TALEPAPIR**

*Det talte ord gælder*

**Tilhørerkreds:** Folketingets Sundhedsudvalg, presse mv.  
**Anledning:** Samråd G om mangel på sundhedspersonale  
**Taletid:** (Ca. 15 min.)  
**Tid og sted:** Pro D. i Provianthuset  
**Fil-navn:** Samrådstale

**1. spørgsmål: Hvad vil regeringen gøre for at få has på sundhedsvæsenets rekrutteringsproblemer både på kort og lang sigt, så man ikke står og mangler 15.000 ansatte om seks til syv år?**

**Svar:**

Jeg er altid glad for en lejlighed til at redegøre for de mange initiativer, regeringen har sat i værk for at skaffe flere hænder og hoveder i sundhedsvæsenet. Anledningen – nemlig udsigten til at mangle 15.000 ansatte på sygehusene i år 2015 – er naturligvis mindre glædelig.

**[De 15.000]**

Jeg vil dog gerne dvæle lidt ved tallet på de 15.000, som jeg godt kan have mine tvivl om rigtigheden af. Ikke fordi jeg skal tegne et glansbillede af personalesituationen, for personalemanglen vil være en af de væsentligste udfordringer for sundhedsvæsenet i tiden fremover. Når jeg alligevel tillader mig at stille spørgsmålstegn ved tallet, er det fordi sådanne fremskrivninger altid vil være behæftet med usikkerhed. Der er også det andet problem med en fremskrivning, at vi hermed forudsætter, at vi bliver ved med at gøre alt som vi hidtil har gjort.

**[Langsigtede initiativer]**

Det traditionelle løsningsforslag er ganske enkelt: Bare uddan noget mere personale! Men det tager gennemsnitligt omkring 10 år at uddanne en læge til speciallæge og knap 4 år i gennemsnit at uddanne en sygeplejerske, radiograf eller bioanalytiker. Med de gennemførelsestider siger det næsten sig selv, at det ikke er nogen let opgave at øge antallet af læger og sygeplejersker på kort sigt.

**[Reform af den lægelige videreuddannelse]**

Men regeringens reform af den lægelige videreuddannelse i efteråret 2007 har også netop til formål at forkorte den gennemsnitlige uddannelsestid. Reformen forventes at medføre, at der allerede fra 2016 og frem vil være 1.600 flere speciallæger på arbejdsmarkedet.

Samtidig er kandidatproduktionen siden årtusindeskiftet og frem til i dag mere end fordoblet. Og vi har øget dimensioneringen af hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen med knap 20 pct. i perioden 2008 til 2012.

**[Uddannelse af sygeplejersker mv.]**

Desværre er det ikke alle sundhedsuddannelser, hvor vi ”bare” ved at dreje på dimensioneringshåndtaget kan sikre et øget antal uddannede. Det nytter med andre ord ikke at øge dimensioneringen, hvis der ikke er tilstrækkeligt med ansøgere til uddannelserne. I år har vi f.eks. set en stor nedgang i antallet af ansøgere til sygeplejerskeuddannelsen.

Det faldende antal sygeplejerskestuderende i år øger behovet for at reducere frafaldet på uddannelsen, der har en af landets højeste frafaldsprocenter: Knap en tredjedel af de sygeplejerskestuderende vælger at afbryde deres uddannelse før tid. Derfor gennemførte regeringen i starten af året en revision af sygeplejerskeuddannelsen, der blandt andet skulle forbedre sammenhængen mellem teori og praktik samt sikre bedre vejledning i klinikken.

Samtidig har min ministerkollega i Undervisningsministeriet taget initiativ til en generel undersøgelse af ansøgertallet til de erhvervsrettede videregående uddannelser. Desuden er også iværksat en markedsføringskampagne, der sigter mod at øge antallet af ansøgere til henholdsvis sygeplejerske-, radiograf- og bioanalytikeruddannelserne.

**[Kortsigtede løsninger]**

Men regeringen har selvfølgelig ikke tænkt sig at sidde på hænderne og vente på, at effekterne af disse initiativer slår igennem. Vi arbejder derfor også målrettet for at afhjælpe personale manglen på den korte bane:

**[Fra deltid til fuldtid]**

Knap 60 pct. af sygeplejerskerne på de offentlige sygehuse arbejder i dag på deltid. Der er således et stort potentiale i at få de mange deltidsansatte til at arbejde flere timer. Den opfattelse deler regionerne. Og ved overenskomstforhandlingerne i år indgik Sundhedskartellet og regionerne aftale om, at bl.a. sygeplejersker, radiografer, fysio- og ergoterapeuter og jordemødre har ret til at arbejde flere timer eller gå på fuldtid. Hvis de vel at mærke finder det attraktivt.

**[Attraktive arbejdspladser]**

Og det er netop ét af de andre store indsatsområder: At skabe attraktive arbejdspladser i sundhedsvæsenet med bedre arbejdsforhold og større arbejdsglæde. Herudover er det også vigtigt at inddrage medarbejderne og give dem indflydelse på deres arbejde. Og endelig skal vi også tilbyde gode muligheder for kompetenceudvikling og faglig udfordring og sikre den bedste anvendelse af medarbejdernes kompetencer.

Men det kan vi ikke gøre fra Christiansborg. Det er en opgave for regionerne og lokalt på sygehusene og på de enkelte afdelinger. Jeg påstår ikke, at det er nogen let opgave – men den skal løses,

Med kvalitetsreformen har regeringen skabt rammerne for, at regionerne kan løfte opgaven. Til at gennemføre kvalitetsreformens initiativer på det regionale sundhedsområde har regionerne fået 375 mio. kr. for 2008 og 2009, samt 239 mio. kr. i 2010 og 215 mio. kr. i 2011.

**[Opgaveglidning – Task-force]**

Set i international sammenligning er Danmark det land i OECD, der har flest læger pr. indbygger. Det tyder – for mig at se – på, at vi kan anvende vores lægeressourcer noget bedre, end vi gør i dag.

Men det giver naturligvis ikke mening at se isoleret på anvendelsen af lægeressourcerne uden også at kigge på, hvordan vi anvender de øvrige personaleressourcer i sundhedsvæsenet.

Som led i trepartsaftalerne fra sidste sommer er derfor nedsat en task-force, der – på baggrund af analyser af eksisterende barrierer og muligheder – skal udarbejde en strategi for fleksibel opgavevaretagelse, glidende faggrænser og mere hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse på bl.a. sundhedsområdet. Strategien skal desuden indeholde et idékatalog med gode eksempler på, hvordan medarbejdernes kompetencer anvendes bedst muligt, samt hvordan det sikres, at opgaverne ikke varetages på et højere specialiseringsniveau end nødvendigt. Task-forcen vil fremlægge sin strategi i foråret 2009.

#### **[Afbureaukratisering]**

Når det handler om at anvende sundhedspersonalets kompetencer bedst muligt, er det selvfølgelig helt centralt, at mest mulig arbejdstid går til varettagelse af kerneopgaverne, nemlig behandling og pleje af patienterne. Regeringen har derfor taget initiativ til en afbureaukratiseringsreform på sundhedsområdet, der skal sikre optimale betingelser for en effektiv opgaveløsning.

#### **[Arbejdskraftbesparende teknologi]**

Derudover skal vi udnytte de muligheder for frigørelse af personaleressourcer, som teknologien tilbyder os. Som led i kvalitetsreformarbejdet har regeringen derfor afsat 3 mia. kr. på finansloven til arbejdskraftbesparende teknologi, som skal aflaste medarbejderne og mindske arbejdspresset i den offentlige sektor.

#### **[Rekruttering fra udlandet]**

Og så må vi jo heller ikke glemme, at vi lever i en global verden, hvor det ikke længere er givet, at man som arbejdstager ønsker at leve hele sit arbejdsliv i hjemlandet. Vi har i Danmark længe kendt til fænomenet med danske læger, der rejser 3 måneder til Norge for at tjene en mindre årsløn ved at behandle skiskader. Nu oplever vi i stigende grad, at f.eks. tyske, polske og ungarske læger og sygeplejersker ønsker at prøve lykken i det danske sundhedsvæsen.

Regeringen har derfor med strategien ”Danmark – et godt sted at arbejde” og jobplanen igangsat initiativer, der skal gøre det nemmere at rekruttere udenlandsk arbejdskraft til Danmark. Konkret er bl.a. nedsat en arbejdsgruppe, der skal afdække gode metoder til en aktiv og systematisk rekruttering af sundheds- og plejepersonale. Der er allerede rundt om i landet gjort en del erfaringer med udenlandsk rekruttering til sundhedssektoren. Den viden skal spredes, så regioner og kommuner kan lære af hinandens erfaringer.

Jeg vil dog gerne understrege, at det er regeringens ambition, at vi skal uddanne tilstrækkeligt med sundhedspersonale her i landet til at sikre borgerne let, lige og gratis adgang til sundhedsvæsenet. Men aktiv rekruttering af udenlandske læger og andet sundhedspersonale kan – i hvert fald i en periode – være med til at dække behovet for arbejdskraft.

#### **[2. spørgsmål: Hvad vil regeringen især gøre for at fastholde og skaffe mere personale på det medicinske og psykiatriske område, eftersom disse områder ikke i samme omfang er omfattet af regeringens ”garantier” og frit valgsmuligheder”?]**

Det var et oprids af regeringens tiltag for at afhjælpe rekrutteringsproblemerne i sundhedsvæsenet på både kort og langt sigt. Desuden ønsker Karl Bornhøft at vide, hvad regeringen især vil gøre for at fastholde og skaffe mere personale på det medicinske og psykiatriske område, eftersom disse områder ikke i samme omfang er omfattet af regeringens ”garantier” og ”fritvalgsmuligheder”.

Jeg har nu svært ved at se, hvad de to ting skulle have med hinanden at gøre. Men som jeg forstår det, er spørgsmålet udtryk for Karl Bornhøfts bekymring for, at

medicinske og psykiatriske patienter nedprioriteres i forhold til andre patientgrupper. Her kan jeg dog berolige ham og andre som måtte nære sådanne bekymringer: Regeringen har bestemt ikke nedprioriteret hverken det medicinske eller det psykiatriske område.

#### **[Fritvalgsordningerne]**

Det gælder som udgangspunkt de samme rettigheder til frit sygehusvalg for kirurgiske, medicinske og psykiatriske patienter. På det psykiatriske område kan det frie sygehusvalg dog begrænses, hvis særlige hensyn til patienten taler for det.

Også retten til *udvidet* frit sygehusvalg er den samme for både medicinske og kirurgiske patienter. Men det udvidede frie sygehusvalg vil ofte ikke være relevant for de medicinske patienter, hvor andelen af akutpatienter er betydeligt højere end på det kirurgiske område.

Disse patienter kommer i behandling med det samme, for det danske sundhedsvæsen prioriterer altså akutte patienter højere end planlagt patienter.

#### **[Udvidet frit valg på det psykiatriske område]**

Det udvidede frie sygehusvalg gælder rigtigt nok ikke på det psykiatriske område, men siden 1. august i år har psykiatriske patienter under 19 år haft en udvidet undersøgelsesret, som giver ret til at få foretaget undersøgelse på private sygehuse, hvis regionen ikke kan tilbyde undersøgelse inden for to måneder. Denne rettighed udvider vi pr. 1. januar 2009 med en behandlingsret, som jeg drøftede det med satspuljepartierne i formiddags.

Men vores ambition for det psykiatriske område stopper ikke her: Vi vil sikre *alle* psykiatriske patienter en hurtig behandling. Regeringen har derfor aftalt med satspuljepartierne, at også voksne patienter i psykiatrien fra 2010 skal have rettigheder, der svarer til dem, der gives til børn og unge.

#### **[Rekruttering til de medicinske og psykiatriske områder]**

Hvad angår bemanningen på sygehusafdelingerne, må vi konstatere, at de psykiatriske afdelinger står over for større udfordringer end de medicinske og kirurgiske. Knap 27 pct. af stillingerne på de psykiatriske afdelinger var i 2007 ubesatte. Derimod er andelen af ubesatte stillinger i gennemsnit lavere på de medicinske end på de kirurgiske afdelinger.

#### **[Målrettede uddannelsesforløb]**

Derfor har Sundhedsstyrelsen i dimensioneringsplanen for 2008-2012 indført differentierede introduktionsuddannelsesforløb, så det bliver lettere for interesserede ansøgere at få adgang til f.eks. det psykiatriske speciale.

I forhold til hoveduddannelsen oprettes der 20 hoveduddannelsesforløb i børne- og ungdomspsykiatri årligt fra 2008-2012 mod 15 i 2006, mens der for voksenpsykiatrien oprettes 8,7 pct. flere hoveduddannelsesforløb i forhold til 2006. Og Sundhedsstyrelsen vil øge antallet af hoveduddannelsesforløb i voksenpsykiatrien yderligere, hvis rekrutteringsgrundlaget forbedres. Desuden indgår de psykiatriske afdelinger også i den kliniske basisuddannelse, mens specialet slet ikke indgik i den hidtidige turnusuddannelse. Så også her er psykiatrien blevet styrket.

#### **[Andre faggrupper i opgaveløsningen]**

Som jeg nævnte indledningsvist, vil disse tiltag først have virkning på den lange bane. På den korte bane må vi i psykiatrien i højere grad inddrage andre faggrupper, som f.eks. psykologer med specialuddannelse, der vil kunne varetage en række opgaver og dermed supplere den lægelige arbejdskraft. Men også specialuddannede sygeplejersker, socialrådgivere og andet relevant personale kan bidrage til at styrke

indsatsen i psykiatrien. Det har regeringen og satspuljepartierne i øvrigt også opfordret regionerne til i psykiatriaftalen for 2007-2010.

**[Afslutning]**

Regeringen har siden sin tiltræden prioriteret rekruttering til sundhedsvæsenet meget højt, og regeringen har hverken ladet de medicinske eller psykiatriske patienter i stikken. Der findes ikke nogen enkel løsning til "at få has" på rekrutteringsproblemerne. Derimod kræves en flerstrengt indsats på mange forskellige fronter, og den indsats har regeringen allerede for længst iværksat med tiltag, der skal forbedre rekrutteringen både på kort og på langt sigt.