

# Læger skal lave lægearbejde – men hvor er grænsen?



Journalist Bente Bundgaard, [bbu@dadl.dk](mailto:bbu@dadl.dk)

I den dæmpede belysning oppe hos »Prakash« – et smukt gammelt skelet, som tilfældigvis stammer fra Indien (deraf navnet) – sidder Susanne Barton og Lena Lassen og kigger billeder dagen lang. På jobbet.

Nej, de driver den ikke af – de kigger røntgenbilleder for at kunne beskrive, hvad de ser. Det er faktisk de to radiograferes job.

Det plejer radiografer ikke at gøre. De nøjes normalt med at tage billederne, mens det er læger – dvs. radiologer – som beskriver. Men på Vejle Sygehus er det anderledes.

Her er der foreløbig uddannet fire »beskrivende radiografer«, som jobfunktionen meget logisk er blevet kaldt.

Det sker i et samarbejde med universitetet i Birmingham i Storbritannien og var i første omgang på *postgraduate certificate niveau*, hvor man lærer at håndtere billeder af arme og ben. Men tre er gået videre til *postgraduate diploma niveau*, som kan dække resten af skelettet eller andre områder såsom mave og lunger. På Vejle har man valgt at koncentrere sig om skelettet.

Røntgenafdelingens souschef, overlæge Finn Mathiesen, forklarer, at det koster godt 90.000 kroner pr. niveau for et års uddannelse, og funktionen udløser også et løntillæg i form af en tretrinsraket. Den første tredjedel får de beskrivende radiografer så at sige for at udføre jobbet. Den anden tredjedel

## FOKUS | OPGAVEGLIDNING

At lade andre udføre arbejdsopgaver, der normalt er forbeholdt læger, er udset som redskab til at løse lægemangelen. Men hvad kan uddelegeres? Og til hvem? Danske læger er omgivet af langt færre andre sundhedsfaglige, end det er normen i resten af Europa og USA.



udløses, hvis man deltager i f.eks. kvalitetssikring, og endelig kommer den sidste tredjedel af tillægget til, når de pågældende har arbejdet med området i tre år. Det kan blive op til omkring 40.000 kroner om året pr. ansat.

Men ordningen er også en økonomisk bonus for sygehuset. Talknuserne på stedet har regnet ud, at man groft sagt kan få 2,2 beskrivende radiograf for en 1. reservelægge.

Men ideen var ikke lige populær alle steder.

»Vi blev vældigt angrebet af vore røntgenoverlægekolleger. De sagde, at det var et skråplan. Men det skal man ikke sige til os. Vi blev provokeret. Så vi ville naturligvis vise, at det kunne lade sig gøre«, siger Finn Mathiesen.

### Arbejdsdeling i fokus

De beskrivende radiografer er blot et eksempel på sundhedsfolk, som udfører funktioner, der tidligere var forbeholdt læger. Og den almindelige mangel på speciallæger, den øgede efterspørgsel og det øgede pres for hurtig behandling såsom ventetidsgarantien har sat mere og mere fokus på arbejdsfordelingen mellem læger og andre ansatte i sundhedsvæsenet.

Ligeledes på Vejle Sygehus udfører sygeplejersker f.eks. endoskopier, og der er flere andre tilfælde rundt omkring - i den rapport, som statsministerens personlige repræsentant på sundhedsområdet, Erik Juhl, er kommet med [1], er der ud over eksemplerne fra Vejle f.eks. nævnt en sygeplejerske-



## FOKUS | OPGAVERGLIDNING

bemandet skadeklinik på Sygehus Sønderjylland og pacemakerkontrollen på Rigshospitalet, som nu varetages af bioanalytikere.

Også i almen praksis overføres flere og flere opgaver til f.eks. sygeplejersker.

Sundhedsstyrelsen er i færd med en kortlægning af fænomenet med henblik på at vurdere, om der er behov for fælles begreber og muligvis nye specialuddannelser for sygeplejersker. Et oplæg ventes til april i år.

### Ikke altid populært

Regeringen venter sig tydeligvis en del af denne udvikling. Den har f.eks. foreslået – og inkluderet i sin kvalitetsreform [2] – at de lovpligtige ind- og udskolingsundersøgelser af børn ikke længere kun må foretages af læger. I stedet skal også sundhedsplejersker kunne stå for dem, mener regeringen.

Men hvor ændret arbejdsdeling nogle steder – som f.eks. Vejle-eksemplerne viser – finder sted ikke blot med de tilstedeværende lægers accept og billigelse, men ligefrem på deres initiativ, så er billedet ikke entydigt.

Planerne om at lade sundhedsplejersker udføre de føromtalt ind- og udskolingsundersøgelser af skolebørn er f.eks. blevet grundigt kritiseret af kommunallægerne, der ser sådan en udvikling som en kvalitetsforringelse.

Et andet eksempel var, da Sundhedsstyrelsen overvejede at tillade ikkelæger at udføre laserbehandlinger på eget ansvar – en ide, der blev kraftigt imødegået af landets hudlæger. Det endte med, at laserbehandling forbliver en lægeopgave. Hudlægerne frygtede, at flere patienter ellers ville få skader, og at væsentlige symptomer på sygdom ville blive overset.

»Meget handler om beskyttelse af egne områder. Men man bliver pinedød nødt til at tilrettelægge arbejdet anderledes. For man bliver færre«, siger sundhedsøkonom Jakob Kjellberg fra Dansk Sundhedsinstitut (DSI).

»Som udgangspunkt er det bedst, hvis man selv finder ud af det lokalt. Men der må også godt være et moderat pres fra ledelsesniveauets side«, siger han og vurderer, at »der findes et temmelig stort potentiale«.

Men han peger også på, at det skal tænkes igennem.

»Et af problemerne omkring opgaveglidning er, at man måske ikke sparer så meget, fordi den skal ske under supervision af læger«, siger han.

### For lidt personale?

Men hele tanken om at frigøre lægetid til lægearbejde ved at dele opgaver ud til andre forudsætter, at der er nogen at give opgaverne til. Hvad enten der er tale om radiografer, sygeplejersker, eller hvad det nu kan være.

Hvad så, hvis der også er mangel på dem?

FOTO: UGESKRIFT FOR LÆGER



På Vejle Sygehus beskriver radiografer røntgenbilleder.

Ifølge OECD tal fra 2004 er Danmark et af de lande i den industrialiserede verden, hvor der er færrest sundhedsansatte i befolkningen – nemlig 16,2 pr. 1.000 indbyggere [3]. I Norge er tallet f.eks. på 54,8 pr. 1.000 indbyggere. Samtidig har både Danmark og Norge en høj andel af læger – hhv 3,6 og 3,5 pr. 1.000 indbyggere, og det kræver således ikke den store matematiker-kunnen at konstatere, at danske læger er omgivet af betydeligt færre sygeplejersker og andre ikkelægelige faggrupper end deres kolleger i Norge. Gennemsnitligt set har en norsk læge 14-15 sundhedsmennesker til potentiel aflastning, mens en dansk læge har mellem tre og fire.

»... det er ikke fordi, der mangler læger ... Det er, fordi der mangler andre hænder til at løse opgaver i sundhedsvæsenet«, som Lægeforeningens formand, Jens Winther Jensen, har formuleret det [4].

I december kom Danske Regioner desuden med en opgørelse, der viser, at cirka 60 pct. af landets sygeplejersker ikke arbejder på fuld tid. Det gør ikke opgaveglidningen nemmere.

### Bruges de rigtigt?

Et andet spørgsmål er, om de forskellige eksempler på nyfordeling af arbejdet, der faktisk findes, nu også er de rigtige.

I det mindste er der en række betingelser, der skal være opfyldt, før det er økonomisk interessant.

Dansk Sundhedsinstitut (DSI – tidligere Institut for Sundhedsvæsen) har i 2006 lavet en medicinsk teknologivurdering af skadeklinikker i Sygehus Fyn, der skulle bemandes med sygeplejersker – og altså ikke læger [5].

Konklusionen? Det kan ikke betale sig.

»Vi skønner, at omkostningerne ved etablering og drift af sygeplejerskebemandede skadeklinikker på Fyn ikke vil stå mål med effekten«, som der står i rapporten.

Rapporten vurderer, at der skal ganske mange patienter i en sådan klinik til, før der er raison i den.



## FOKUS | OPGAVERGLIDNING

»Et niveau med mindst 3.500 årlige besøg må betragtes som et minimumsniveau, for en skadeklinik ud fra driftsøkonomiske kriterier bør overvejes som et relevant alternativ«, står der i rapporten. Det svarer til i gennemsnit lige under ti patienter om dagen.

Det mål nås dog andre steder end på Fyn – f.eks. i Skive, hvor der på en sådan klinik bemanded med sygeplejersker er 16 patienter i snit om dagen [6].

Ikke desto mindre er der blevet sat spørgsmålstegn ved at bruge ressourcerne sådan.

I en kommentar til akutplaner i Region Syddanmark, som netop omfatter etablering af flere sygeplejerskebemandede skadeklinikker, siger FAS formand Paul Jaszczak med henvisning til såvel klinikken i Skive samt ovennævnte DSI rapport, at »skadeklinikker er meget dyrere pr. behandlet patient end andre alternativer, og skadeklinikker tager de erfarne sygeplejersker fra de steder i organisationen, hvor de gør meget bedre nytte« [7].

### Autorisationsloven god nok

For de faggrupper, der overtager opgaver, som tidligere lå hos lægerne, indebærer en ny opgavefordeling ofte en opgradering – typisk i form af efter- eller videreuddannelse.

Spørgsmålet er, om der skal en mere formel opgradering til. Dansk Sygeplejeråd (DSR) har ytret ønske om at få ændret på autorisationsloven, så danske sygeplejersker i stil med f.eks. de britiske kan udskrive visse typer af medicin.

»Sygeplejerskerne skal have en stærkere profil, der afspejler patienternes behov for pleje. Det kunne eksempelvis være kliniske ekspertsygeplejersker med begrænset ordinationsret«, som næstformand i DSR, Dorte Steenberg, har sagt til Synergi [8].

Det er imidlertid spørgsmålet, om et sådant skridt ikke vil være et for langt for de danske læger.

I Lægeforeningen vurderes det, at ordinationsret til sygeplejersker vil få som konsekvens, at sygeplejersker også får adgang til at stille diagnoser og udføre lægelig behandling i et omfang, som hidtil ikke er set.

Det er Lægeforeningens holdning, at den nuværende autorisationslov og dens bestemmelser om delegering er tilstrækkelig til at sikre den fornødne opgavefordeling – og ændringer af samme.

»Man kan sagtens lave opgaveglidning til aflastning af travle læger uden nødvendigvis at skulle ændre på autorisationsloven«, siger Lægeforeningens formand, Jens Winther Jensen.

Men der er grænser.

»Det, man typisk gør, er at afgrænse f.eks. en patientgruppe med kendte lidelser, hvor man sætter nogle rammer op for, hvad andre personalegrupper kan gøre. Men vi vil gerne have hånd i hanke med det. Det hænger sammen med det, der er kerneopgaven for læger, og det er et ansvar, vi ikke vil løbe fra«, siger han.

»Lægen sidder jo med den kompetence, at vi er i stand til at kombinere alle de ting, der fremkommer fra de undersøgelser, man foretager og hele det indtryk af patienten, man får. Så giver vi en diagnose, og via vores indsigt foreskriver vi en behandling. Det mener vi, at der skal læger til«, siger han.

»Men jeg vil gerne sende det klare signal, at læger er gået forrest med opgaveglidning inden for de rammer. Vi som læger sidder med ansvaret for behandlingen og har forudsætningerne for at se på mulighederne for opgaveglidning. Det er vi ikke gode nok til i dag, og vi vil gerne sprede viden om eksempler ud og se, om der kan paralleliseres til andre områder«.

### Ingen magtkamp, tak

I sidste ende kan det blive op til regeringen at skære igennem.

»Jeg mener ikke, at det er tvungende nødvendigt at få autorisationsloven lavet om. Men det kan være naturligt at få det kigget igennem, nu hvor emnet er på dagsordenen«, siger sundhedsøkonom Kjeld Møller Pedersen fra Syddansk Universitet.

»Men eventuelle ændringer skal i givet fald ske som led i en generel revision af lovgivningen – ikke stykvis. Det er vigtigt, at det ikke ender i magtkamp mellem faggrupper, men at debatten bliver konstruktiv, selv om det også er vigtigt, at man udfordrer hinanden«, siger han.

»Meningen er, at udnytte de spidskapaciteter, som de forskellige faggrupper har, bedst muligt«.

Regeringen vil nedsætte en *task force* til at se på netop det spørgsmål. Den indgår p.t. i forhandlingerne om udmøntningen af kvalitetsreformen.

### Kildeliste

1. Rundrejse i det Danske Sygehusvæsen, Statsministerens Personlige Repræsentant Erik Juhl, juni 2007
2. Bedre Velfærd og Større Arbejdsglæde, Regeringens Strategi for Høj Kvalitet i Den Offentlige Service, august 2007
3. OECD Health data 2007, juli 2007
4. Jensen JW. Something Rotten in the State of Denmark. Ugeskr Læger, 2007;169(46):3925
5. Etablering af skadeklinikker i Sygehus Fyn, DSI, september 2006
6. Nielsen TN. Skadeklinikker en succes i Skive. Synergi, DSR, juni 2006
7. Jaszczak P. Regionerne har for mange penge. FAS. www.laeger.dk, november 2007
8. Eriksen HB. Hvad skal sygeplejersker lave i fremtiden? Synergi, DSR, december 2007







På Vejle Sygehus beskriver radiografer røntgenbilleder.