



Den politiske tale (det talte ord gælder)

Ved Lægeforeningens formand, Camilla Rathcke

Kære minister, kære sundhedspolitiske kolleger, kære repræsentantskab – kære alle.

Sundhedsvæsenet er i bevægelse.

Retningen er sat.

Forandringen er i gang.

Af og til kan al den forandring, der sker i verden føles overvældende. Jeg ved ikke med jer, men personligt er det med en vis uro, jeg tjekker nyheder om morgenen. Hvad har Trump nu sagt?

- Pludselig diskuterer vi territoriell suverænitet igen.
- Pludselig kastes det amerikanske statsbudget op i luften og den internationale folkesundhed svækkes.
- Pludselig skal retningen for verdens største sundhedsvæsen udstikkes af en erklæret vaccinemodstander, som også hævder at have fundet årsagen til autisme.



Diskussioner, vi troede var lukket, åbnes igen.

Det føles som om bærende konstruktioner vakler.

Det stiller os alle i en vanskelig situation.

For sideløbende med oprustning og håndtering af geopolitiske spændinger skal vi også være optagede af det, der foregår herhjemme – og her er vi i gang med at reformere vores sundhedsvæsen.

En opgave vi ikke lige kan sætte på pause – en opgave vi ikke må sætte på pause.

For trods geopolitik er der også noget at gøre i Danmark – og sundhedsvæsenet skal være i stand til at håndtere det pres, vi mærker allerede nu – og som kun vil intensiveres i fremtiden.

Det ved vi alle. Os der er her i dag.

De beslutninger, valg og prioriteringer, vi tager nu, vil få konsekvenser de næste 5, 10 og 20 år.

Det kræver kloge valg, der ikke bare virker i teorien – men også helt ude i praksis – lægepraksis.

Vi læger forventer at være med. Ikke bare som dem, der skal føre andres beslutninger ud i livet – men som dem, der bidrager til at sætte retningen.

De bærende elementer i fremtidens sundhedsvæsen skal gå fra gulv til loft.



Tænk på de gamle græske templer, som har overlevet tusinder af år.

De har bevidnet demokratiets fødsel, død og genopstandelse – og søjlerne, de står der endnu.

På samme måde skal sundhedsvæsenet stå lang tid efter os.

I dag vil jeg tage jer med gennem fire centrale forudsætninger for, at vi lykkes med sundhedsreformen.

Den hviler på fire solide søjler: omstilling, dimensionering, prioritering – og tillid.

[Omstilling – når vi skifter retning]

Lad os stille os ved foden af den første søjle: omstilling.

De sidste mange år har vi fokuseret benhårdt på hospitaler og ikke mindst det specialiserede sygehusvæsen. Det har givet os ekspertise i verdensklasse. Og det har betydet flere og bedre leveår for rigtig mange patienter.

Se bare på, hvor godt det er gået på kræftområdet. 70 procent af alle patienter med kræft er i live fem år efter, de har fået en kræftdiagnose.

Men det store fokus på sygehusene og det høje niveau af specialisering har også generelt trukket mange patienter ind på sygehusenes gange og stuer. Patienter som nok slet ikke skulle trækkes derind, og som i hvert fald ikke havde behovet at blive dér.



Nu er blikket rettet mod det nære. Sundhedsreformen slår fast, at flere opgaver skal løses i det nære – og det er både nødvendigt og rigtigt.

Men den kvalitet, vi har vundet på at opbygge det specialiserede sygehusvæsen og den kvalitet, vi har vundet med specialeplanen – den skal vi også holde fast i.

Og lad os også være ærlige: Der er mange behandlinger, som kun giver mening på sygehus. Mange operationer, for eksempel. En del af dem kræver rammer, kun sygehuset kan levere.

Når det er sagt, så er det ikke kun hvor patienterne skal behandles, vi skal ændre i fremtidens sundhedsvæsen. Vi skal også tilrettelægge opgaven anderledes.

Det handler om skarpe prioriteringer. Det handler om at vælge med omtanke. Vi skal fx være opmærksomme på ikke at overbehandle og stoppe behandling i tide. Altså bruge kræfterne dér, hvor de gør mest gavn.

Og uanset hvor opgaverne løses – i praksis, på sygehuset eller hjemme hos patienten – skal kvaliteten være høj. Ellers har vi ikke flyttet noget som helst.

Derfor er det også vigtigt, at vi kan svare på helt grundlæggende spørgsmål om det sundhedsvæsen, vi alle kerer os om.

Hvilke opgaver skal varetages, og hvor? Hvilke kompetencer kræver det, og af hvem? Hvordan får vi prioriteret forebyggelse, så behovet for behandling bliver mindre?



Lige nu stiller I politikere jer nok også disse spørgsmål. Jeg vil gerne i dag komme med Lægeforeningens bud på svar.

[Vi har vores bud, nu mangler vi jeres]

Et sted at starte er at identificere forløb, der ikke partout behøver sygehusets rammer:

1. stabile patienter med kroniske sygdomme – i mange specialer.
2. ældre med simple infektioner eller dehydrering.
3. patienterne i ulvetimen tidlig morgen eller sen eftermiddag, hvor hospitalets dør er den eneste, der er åben.

Mange af disse bør kunne håndteres uden for sygehuset.

Det kan siges helt enkelt: Langt færre patienter skal gå ind ad døren på sygehuset. Langt flere patienter skal udredes, behandles og følges andre steder.

Sengene på sygehusene skal forbeholdes, dem der er så syge, at dét er det eneste rigtige sted for dem.

Alt andet er i virkeligheden at gøre for meget – spild af ressourcer, også af sundhedsprofessionelles tid.

Og mens vi er ved spild af tid, så er det også vigtigt, at denne opgaveflytning sker i tæt samarbejde mellem dem, der afgiver opgaver og dem, der skal tage imod.

Ja, det kan lyde enkelt.



Men lige nu ser vi, at sygehusene er i fuld gang med at udpege opgaver, som andre dele af sundhedsvæsenet skal overtage.

Problemet er bare, at det ofte sker uden sammenhæng med, hvad andre sygehuse gør – og alt for sjældent i dialog med dem, der faktisk skal løfte opgaverne videre.

Her har I, både på Christiansborg og i regionerne, et særligt ansvar. Hvis visionen om et nært sundhedsvæsen skal lykkes, må løsningerne være ens på tværs af landet.

Vi må tage et reelt opgør med ulighed i kvalitet, ulighed i kapacitet og ulighed i tilbud – og undgå, at uligheden vokser i en ukoordineret omstilling.

Hvordan kan det være, at man i én region finder det nødvendigt at sende en patient med grå stær på sygehuset, mens man i en anden region klarer det i speciallægepraksis? – hvorfor så ikke i udgangspunktet klare det alle steder i speciallægepraksis?

Kære politikere, I skal sikre, at den her omstilling ikke ender i et vildnis af tusind vilde blomster og for mange tidsler.

[Bunden opgave]

Derfor er det heller ikke ligegyldigt, hvad Sundhedsstyrelsen netop nu definerer som opgaver i almen praksis. Når kapaciteten vokser, og kompetencerne styrkes, ændrer opgavernes placering og omfang sig. Det kræver løbende overblik.



Vi skal grundlæggende udvide og styrke praksissektoren – med flere alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger. Men også med tværfagligt personale og støttefunktioner. Det frigør tid og sikrer bedre patientbehandling.

Speciallægepraksis er en vigtig del af det specialiserede sundhedsvæsen – og en central brik i hele samfundsregnestykket.

En anden kapacitet, vi skal tænke aktivt ind er digitaliseringsdagsordenen. Det her tog skal ikke bare på skinner. Det skal have strøm nok til at køre i høj fart – og i den rigtige retning.

Her skal vi lade teknologi understøtte arbejdet mellem læger og patienter til alles bedste – fx ved brug af hjemmemonitorering, telemedicin og bedre dataudveksling.

Som I nok kan høre, er vi læger klar til at byde ind med alle de gode svar, vi har fra vores kliniske hverdag sammen med patienterne.

Sundhedsreformen bliver først en succes, når forbedringerne mærkes der, hvor det betyder noget – i hverdagen, for dem det hele handler om – patienter såvel som personale.

[Dimensionering – lad os ikke bare fylde på]

Den anden bærende søjle i fremtidens sundhedsvæsen er dimensionering. Sundhedsvæsenets vigtigste ressource er mennesker. Mennesker, der vælger at bruge livet på at hjælpe andre. Men lige nu er der noget, der ikke hænger sammen.



Vi uddanner flere læger end nogensinde – og alligevel mangler vi 2.000 speciallæger. Det er et paradoks, vi ikke længere kan leve med.

Unge læger, der er færdige med deres KBU – den kliniske basisuddannelse – kan ikke komme videre. De har besvær med at få afklaret deres specialevalg, fordi konkurrencen om introstillinger er blevet hård.

De kan ikke komme videre fra introstillingen og blive speciallæger, fordi der er for få forløb. De bliver ikke praktiserende læger, ikke psykiatere, ikke geriater eller mange af de andre speciallæger, vi aktuelt mangler. De sidder fast.

Flaskehalse giver ingen mening. Ikke for patienterne. Ikke for lægerne og ikke for sundhedsvæsenet.

For så får vi ikke 5.000 almenmedicinere i 2035. Der vil være for få geriater til at behandle ældre medicinske patienter. Neurologerne kan ikke overkomme det voksende antal patienter med demens. Og psykiatrien vil fortsætte med at være nødlidende.

Vi har talt om lægemangel i årevis – men det handler ikke om antallet af lægestuderende. Det handler om speciallæger.

Og hvis I siger A og optager flere på medicinstudiet, fordi vi mangler speciallæger, så skal I også sige B – og sikre, at de kan blive det.

Og så er lægemanglen større nogle steder end andre – det er vi helt med på, og vi vil gerne hjælpe med at finde løsningerne.



Men løsningen er IKKE at øge optaget på medicinstudiet yderligere. Det giver ikke mening. Det er dyrt – det er faktisk også dumt.

Så lad mig uddybe, hvad vi i Lægeforeningen tænker. Vi har budt ind med 12 konkrete forslag, der kan sikre lægedækning – og hjælpe flere speciallæger ud i de områder, hvor behovet er størst.

Nogle forslag endda så banale, at det næsten er pinligt at have behov for at sætte dem på skrift – igen.

[Bedre lægedækning – vi ved, hvad der skal til]

Misforstå mig ikke. I Lægeforeningen tager vi lægedækning alvorligt.

For læger er kvaliteten vigtig. Læger vil uddannes og arbejde dér, hvor der er solid faglig sparring og gode uddannelsesmiljøer med tilstrækkelig supervision.

Og så må der også gerne være mulighed for at få arbejde og familieliv til at gå op i en højere enhed. Det sidste gælder nok de fleste og ikke kun for læger.

Nogle regioner har akut brug for at opbygge faglige muligheder og sikre nok uddannelseslæger til patienterne. Læger, der senere får lyst til at slå sig ned som speciallæger samme sted.

Og nu taler jeg til jer i Danske Regioner. Derfor er for letkøbt, at I peger på os og siger, at det skal være reglen og ikke undtagelsen, at flere læger skal uddannes uden for de større byer.



I har faktisk ansvaret for at det sker – og det har I vel at mærke haft i en del år efterhånden.

Vi ved, at mange læger gerne vil bosætte sig og blive uden for de større byer – hvis de faglige fællesskaber og muligheder er til stede.

Så her har I i regionerne altså ansvaret. Og løsningerne er faktisk ikke så nye, som man kunne forledes til at tro. De har modnet længe. Og frugterne er nu så lavthængende, at de nærmest er ved at dratte af træet.

Ja, det kræver investeringer i flere hoveduddannelsesforløb. Ja, det kræver samarbejde om rekruttering.

Men først og fremmest kræver det politisk vilje til at lytte og handle – også når løsningerne ikke er gratis, men nødvendige. Her må I i regionerne og jer på Christiansborg have fælles fokus og handlekraft.

[Prioritering – vi kan ikke løse alt]

Den tredje søjle handler om prioritering. Læger prioriterer hver dag. Det har vi det godt med. Vi vurderer, hvad der haster, hvad der kan vente – og hvor vi får mest sundhed for indsatsen.

Vi bliver bedt om at vælge klogt. Nu beder vi jer politikere om det samme.

Der bliver hele tiden lagt nye initiativer, rettigheder, forventninger og ambitioner ind i sundhedsvæsenet – men sjældent taget noget ud.



Det skaber et sundhedsvæsen i konstant overload.

Er vi ikke alle bedre tjent med at stoppe op og tage en offentlig samtale og diskussion af, hvilket rationale vi planlægger sundhedsvæsenet efter?

Kære politikere – I må også prioritere. Tydeligt. Og ærligt.

Når man giver mere ét sted, må man tage noget fra et andet. Ellers vælter læsset.

Når der afsættes penge til fertilitetsbehandling til barn nummer to – så er det en prioritering. Og de penge og det personale kan ikke samtidig gå til bedre palliativ behandling. Eller til svage patienter med psykisk sygdom. Det er dét, prioritering handler om: at vælge noget til – og noget fra.

Det jeg efterlyser, er en debat af, hvad vi bruger pengene – og personalet – til, når nu vi ikke har ubegrænsede midler. Har vi haft den samtale?

For apropos det store verdensbillede ved jeg godt, at sundhedsvæsenet ikke står alene i køen. Forsvaret. Klimaet. Der er også andre dagsordener med politisk schwung.

[Behandlingsgarantier – når I lover mere, end vi kan holde]

Så meget desto vigtigere bliver det at prioritere ressourcerne i sundhedsvæsenet. Derfor giver det heller ikke mening at bruge kostbare ressourcer på at efterleve en behandlingsgaranti på 30 dage. Som sundhedsvæsenet ikke har kapacitet til at løfte.



At vende tilbage til en 30 dages behandlingsgaranti i denne situation er ikke rettidig omhu.

Vi i Lægeforeningen får skudt i skoene, at vi spiller en falsk melodi, når vi rejser kritik af behandlingsgarantien. Når vi påpeger at en garanti på 30 dage gør det umuligt at sætte de sygeste patienter først. Så er jeg altså lige nødt til at adressere det humoristiske i, at I fra politisk side fejrer, at ventetiden nu er nede på 38 dage.

Det svarer til at man glæder sig over, kun at være kommet lidt for sent til færgen, når færgen allerede er lagt fra kaj.

Skal vi ikke sætte os sammen og drøfte behandlingsgarantien. Det vil vi rigtig gerne. Den skal ikke væk, men den skal justeres. Vi skal have en reel garanti, der også er proportionel med sværhedsgraden af det, man fejler.

[Klager, tilsyn og tillid – tid til at kulturforandring]

Den sidste søjle, der bærer fremtidens sundhedsvæsen, er tillid. Tillid til at syge får behandling, når de har brug for det. Tillid til at ressourcerne bruges, hvor de gør størst gavn. Og tillid til personalets faglighed.

Sundhedsvæsenet skal bygge på tillid. Det skal være et system, hvor fejl fører til læring – ikke frygt.

Nu har filmen 'Det andet offer' sat billeder på, hvordan det føles at stå i en situation, hvor man som læge laver et fejlskøn, som ender med en klage – og måske det, der er værre. Den film siger mere end tusind ord.



Jeg håber, at I politikere får set den. Udover at være en fremragende film, giver den en unik og meget præcis indsigt i, hvordan en typisk travl dag kan være, og hvor store personlige konsekvenser det kan have for læger at begå fejl.

Med filmen som bagtæppe, er det derfor også hævet over enhver tvivl, at vi i Lægeforeningen er meget tilfredse med, at vi nu har sikret et patientklagesystem, hvor man fokuserer på forløbsklager og ikke enkeltpersoner. Fordi det skaber læring, der kan føre til forbedring.

Og i onsdags fik vi så offentliggjort forbedringerne af tilsynet – forbedringer, der i den grad højner lægers retssikkerhed.

Et tilsynssystem, hvor målet ikke er straf – hvor man som læge ikke skal føle sig dømt på forhånd, og hvor det ikke længere er myndighedernes første indskydelse at forlange en urinprøve, selv når der ikke er mistanke om misbrug.

Jeg kan næsten ikke beskrive med ord, hvor nødvendig disse forandringer er. For jeg kan på mine medlemmers vegne sige, at ingen er blevet hverken klogere eller bedre læger af strammerpakken.

Der er otte år siden, jeg sad i et køkken her på Fyn og lagde ører til de dramatiske personlige konsekvenser, det havde haft for en kvindelig kollega at få en tilsynssag.



Jeg har med egne øjne set, hvor voldsomt det kan være, når en læge oplever, at systemet ikke har tillid til en. Når man mistænkes for at være til fare for sine patienter. Så efterlades man med tvivl, skam og skyld

Jeg tænker ikke sjældent på den kollega fra Svendborgsagen – og i denne uge har hun fyldt hos mig igen. Hun endte med at forlade sundhedsvæsenet og er ikke siden kommet tilbage. Min kamp for et nyt tilsynssystem er startet af hendes sag. Kære du, hvis navn jeg holder for mig selv, mine tanker går til dig i dag. Vi vandt dengang i din sag i Højesteret – i dag vinder du også for alle andre.

Men vi har ikke gjort det alene. Kære Sophie, jeg vil gerne takke dig for, at du har være forstående og lydhør. Jeg ser det som en fælles sejr, at vi har fået lavet både et patientklagesystem og et tilsynssystem, hvor fokus er på tillid, proportionalitet og anstændighed.

Men! – jeg vil også gerne lige komme med en opfordring til dig. Fjern nu offentliggørelsesordningen – eller som vi kalder den, ”gabestokken”. Fair at få kritik, hvis man har begået en fejl – men ingen bliver jo klogere eller bedre af også at blive hængt ud. Det lærer man ikke yderligere af, og det ved jeg, du er enig i. Så hvorfor blive ved at gøre det?

Sidst du og jeg mødtes til Lægemøde skrev du i et brev til mig, at undersøgelsen af gabestokken var i gang. Men det er som om den proces er gået helt i stå. Skal vi ikke genoptage den snak og få slebet den sidste rest af gammel fernis væk fra klagesystemet?



For netop gabestokken er den sidste rest af en forstokket kultur.

[Psykiatri]

Kære Sophie, du skal også have tak for at lande en solid og bredt forankret aftale for psykiatrien. Den er et vigtigt skridt for, at psykiatrien får de betingelser, både personale, patienter og pårørende er tjent med.

Jeg kunne tale meget og længe om den aftale – den er historisk på mange leder og kanter. Nu er grundstenene lagt. Det ved jeg, du er stolt over. Med god grund. Det er jeg også. Og den er beviset på, at vi er på vej væk fra lappeløsninger og her og nu-tiltag, og i retning af varige forbedringer. Nu skal vi i gang med det store praktiske arbejde.

[Afrunding – lægerne er med]

Verden er i bevægelse. Det samme er sundhedsvæsenet. Og vi læger er klar til at tage del i forandringen. Vi ved, hvad der er på spil – for os selv, for systemet og for patienterne.

De fire søjler, jeg har talt om i dag, er ikke til pynt. De er nødvendige:

- Omstilling med omtanke.
- Dimensionering med ret-tidighed.
- Prioritering med mod.
- Og tillid som bærende princip.



Vi læger er med. Vi forventer, at I er det samme. Ikke med hurtige løsninger – men med ægte vilje til langsigtet ansvar.

Tak.