Mundtlig beretning afholdt af Wendy Sophie Schou, forperson for Yngre Læger, på repræsentantskabsmødet den 17.-18. november 2026 i Kolding.

Kære repræsentanter

For et stykke tid siden vendte jeg tilbage til klinikken efter at have været fuldtidsfrikøbt til at forhandle de nye overenskomster.

Og jeg skal være helt ærlig: Jeg havde næsten glemt, hvor intenst det er at være læge.

Jeg tænkte ikke over det, mens jeg var på arbejde. Men efter et par uger begyndte jeg at undre mig over, hvorfor jeg var SÅ træt, når jeg kom hjem.

En aften sad jeg i sofaen ved halv ni-tiden og kunne næsten ikke holde øjnene åbne.

Og pludselig gik det op for mig:

For første gang siden jeg stod op, var der ikke et andet menneske, der havde brug for mig.

Hele dagen havde jeg gået fra den ene til den anden.

Først børnene derhjemme.

Så patienter og kolleger på hospitalet.

Og familien igen, da jeg kom hjem.

Det slog mig, hvor meget man egentlig er på som læge.

Hvor ofte man bare tager den næste patient, det næste spørgsmål – og først bagefter opdager, at man knap nok har nået at spise. Eller tisse.

Der er konstant nogen, der har brug for ens opmærksomhed.

En patient, der er bange.

En familie, der venter på at få at vide, hvad der skal ske med deres alvorligt syge mor.

En yngre kollega, der har brug for supervision.

Og når man går ind til den næste patient, skal man være 100 procent på.

For selvom det måske er ens 10. samtale den dag, kan det være årets vigtigste for patienten.

Man mærker ikke nødvendigvis, hvor meget det kræver, mens man står i det.

Man passer jo bare sit arbejde.

Måske er det netop det, vi skal stoppe op ved: Hvor hurtigt vi vænner os til at være så meget på. Og have så stort et ansvar.

Det slider.

Men det er også et arbejde, som de færreste af os ville være foruden.

Det betyder noget for andre mennesker. Nogle gange gør det helt konkret forskellen på liv og død.

Det er et privilegium.

Og det er en stor del af grunden til, at jeg efter 10 år som læge stadig synes, det er verdens bedste job.

[A, B, C]

Men netop fordi vores arbejde kræver så meget af os, er det svært at acceptere, når politiske beslutninger og arbejdsgivernes prioriteringer spænder ben.

For her er paradokset:

Vi løber stærkt, fordi der mangler hænder på afdelingerne.

Alligevel må afdelingerne ikke ansætte de speciallæger, de har brug for.

Og unge læger står i kø for at få en uddannelsesstilling.

Det hænger ikke sammen.

Og der er ikke én enkel løsning. Så lad os tage det i den rækkefølge, vi alle sammen kender:

A, B, C.

[A: Optaget på medicin skal sættes ned]

A, airway, stands ulykken og sørg for frie luftveje.

Patienten her er det lægelige arbejdsmarked, som kræver akut behandling.

Derfor står A også for akut nedsættelse af optaget på medicinstudiet.

I 2026 blev der oprettet 1.876 pladser på medicin. Det er ny rekord – og 25 procent flere end for 10 år siden.

Samtidig peger Finansministeriets fremskrivning på, at der i 2035 kan være omkring 8.000 flere læger, end der er brug for.

Kort sagt: Vi uddanner for mange læger.

Derfor kræver vi sammen med Lægeforeningen, at optaget bliver sat ned med mindst 250 pladser fra sommeren 2027.

Nogen vil måske tænke: "Det har I da sagt før."

Og ja. Det er ikke et nyt krav.

Det nye er, at vi ikke længere står alene.

Siden sidste år har adskillige toneangivende parter peget på det samme problem.

Politikere fra flere partier støtter os.

Danske Regioner er enige i, at optaget er for højt. Og vi har opbakning fra sundhedsøkonomer som Kjeld Møller Pedersen og Jakob Kjellberg.

Indtil for nylig var Christina Egelund – vores forsknings-, uddannelses- og digitaliseringsminister – totalt afvisende.

Derfor blev jeg glad, da hun i august sagde, at hun er klar til at se på, om optaget ligger på det rigtige niveau.

Det er den åbning, vi har ventet på.

Og det er nu lykkedes os at få Børne-, Undervisnings- og Forskningsudvalget til at kalde Ida Auken og Christina Egelund i samråd til januar. Her skal de forholde sig til advarsler fra Yngre Læger og Lægeforeningen om, at der bliver uddannet væsentlig flere læger, end der er uddannelsesstillinger til.

Jeg kan love, at vi bliver ved med at presse på. Over for ministrene, over for sundhedsordførerne, over for dekanerne og i medierne.

Den kamp SKAL vi vinde.

Ellers vokser overproduktionen af læger år for år. Og det er ikke bare et problem i et regneark.

Det handler om den nyuddannede læge, der begynder at tænke: Har jeg valgt forkert?

Nogle af vores yngre kolleger fortæller om frygten for at stå med to dårlige muligheder:

Enten får jeg ikke et klinisk arbejde.

Eller også får jeg et arbejde med nogle rammer, som betyder, at jeg ikke kan få resten af mit liv til at hænge sammen.

Den ulykke skal vi have stoppet, og derfor skal optaget ned hurtigst muligt.

[B: En vej for dem, der er læger]

Stik imod ABC-princippet går jeg nu videre til B, selvom vi ikke helt har sikret frie luftveje. Så akutmedicinerne her i salen må bære over med mig.

B for ban vej gennem videreuddannelsen.

For konkurrencen om introstillingerne er blevet hårdere.

Det giver ikke mening, at man har skruet op for optaget på medicinstudiet uden at sikre uddannelsesstillinger nok til, at alle kan blive speciallæge.

Regionerne skal oprette nok intro- og HU-stillinger. Og de stillinger må ikke være det første, der ryger, når økonomien strammer.

Men vi skal også vide, hvordan situationen reelt ser ud.

Hvor mange introstillinger er der? Hvor mange bliver besat?

Lægeforeningen har gjort et godt stykke arbejde for at finde ud af, hvor mange introstillinger der bliver slået op.

Men det giver ikke et fuldt overblik. For nogle gange bliver der ansat én person på baggrund af et opslag. Andre gange er det 5.

Vi har igen og igen efterlyst bedre data om introstillinger over for Sundhedsministeriet. For uden de data famler vi i blinde.

Sidste år kom der endelig hul igennem. I forårsaftalen blev regionerne forpligtede til at skabe et samlet overblik.

Og nu har vi fået tilsagn om, at de første data kommer meget snart.

Det ser jeg frem til.

For jo bedre vi kan se flaskehalsene, desto bedre kan vi holde regionerne fast på, hvor der mangler stillinger.

[C: Der skal være job til speciallæger]

Patienten trækker nu vejret – omend med besvær. Så vi må videre til C.

C for cirkulation. Vi skal have gang i kredsløbet.

For lige nu har vi et lægeligt arbejdsmarked, der ikke fungerer, som det skal.

Der bliver uddannet speciallæger, men i nogle specialer er det svært at finde job.

Samtidig er der afdelinger, der har brug for flere speciallæger, men ikke får lov til at ansætte dem.

Det lyder selvmodsigende. Og det er det også.

Regeringen og Danske Regioner har indført et speciallægeloft på en del hospitaler. Det er klassisk regnearkstænkning.

Loftet tager udgangspunkt i, hvor mange speciallæger der tilfældigvis var ansat på et bestemt tidspunkt – og ikke i, hvor mange der er brug for på afdelingen nu og i fremtiden.

Det betyder, at en afdeling, der mangler en speciallæge og har en kvalificeret kandidat, alligevel ikke må ansætte vedkommende.

Loftet rammer ekstra hårdt i de små specialer og i de højtspecialiserede specialer, der især findes på universitetshospitalerne.

Oven i det opgøres det forskelligt – nogle steder pr. afdeling, andre steder pr. hospital.

Men det mest tåbelige er, at man tæller i hoveder og ikke i årsværk.

Den læge, der arbejder 15 timer om ugen, tæller lige så meget som den, der arbejder 37 timer.

Det rammer de læger, der har brug for at arbejde på deltid – på grund af sygdom, familieforhold, eller fordi de forsker ved siden af det kliniske arbejde.

[Forskning]

I det hele taget lider forskningen på grund af speciallægeloftet.

Jeg har hørt om flere projekter, hvor man undlader at søge om forskningsmidler, fordi projekterne skal drives af speciallæger.

Det er dybt bekymrende, at man opgiver på forhånd, fordi alle speciallægetimer skal gå til klinikken.

Forskning er helt afgørende for, at vi kan udvikle nye og bedre behandlinger til vores patienter. Og life science-sektoren bidrager enormt til væksten i Danmark.

Her spiller læger en vigtig rolle. Det er os, der bygger bro mellem forskningen og den kliniske virkelighed.

Men det kræver, at der bliver prioriteret tid og penge til forskning – og at læger får mulighed for at bidrage.

Hvis der er et fagligt behov for en speciallæge – både til forskning og til patienterne – må et administrativt loft ikke stå i vejen.

Så ABC'en på det lægelige arbejdsmarked er:

Færre ind på medicinstudiet.

En reel vej igennem videreuddannelsessystemet.

Og nok speciallægestillinger i den anden ende.

[Et arbejdsliv, der hænger sammen]

Denne ABC handler om at få et job. Men et godt lægeliv handler også om at kunne holde til det.

Og om at have mulighed for at forfølge sine faglige ambitioner, samtidig med at arbejdet kan gå hånd i hånd med privatlivet.

Her har vi fået nogle vigtige forbedringer med OK26.

Børnefamilierne har fået bedre vilkår: Mere betalt barsel, mulighed for fri på barnets 3. sygedag, og den dag, man bliver ringet hjem, tæller ikke længere som barnets 1. sygedag.

Vi får en ny fritvalgsordning, som giver den enkelte bedre mulighed for at vælge mellem løn og frihed.

Vi har også aftalt en ny arbejdstidsmodel for speciallægerne, som fra april næste år kan give mere fleksibilitet i hverdagen.

Lægearbejde kan selvfølgelig ikke tilrettelægges som et kontorjob. Patienterne skal behandles, vagterne skal dækkes, og meget af arbejdet skal foregå på bestemte tidspunkter på hospitalet.

Men der ER opgaver, hvor det giver mening, at man får mere indflydelse på, hvornår og hvordan de bliver løst.

Vores ambition er et lægeliv med plads til alt det andet, vi også skal nå i vores liv.

Og ikke kun i de år, hvor børnene er små – men gennem hele arbejdslivet.

[Ny TR-struktur]

Med den fælles overenskomst for speciallæger og overlæger følger også en ny TR- og FTR-struktur.

Speciallæger og overlæger får fremover deres egen fælles TR – ved siden af uddannelseslægernes TR. Det betyder langt flere tillidsvalgte. Op til dobbelt så mange.

Jeg ved, at nogle uddannelseslæger tænker: Risikerer vi så at stå svagere?

Jeg ser det omvendt.

På min egen afdeling har det hidtil været en uddannelseslæge, der var TR for både uddannelseslæger og speciallæger. Og uddannelseslæger skifter jo afdeling undervejs.

Fremover vil der også sidde en speciallæge eller overlæge som TR – en kollega, der typisk har en længere tilknytning til afdelingen.

Det giver en kontinuitet, som uddannelseslægernes TR skal kunne trække på.

Det kræver, at TR'erne bruger hinanden. At de deler viden, koordinerer og går sammen til ledelsen, når lægegrupperne har fælles interesser.

Det bliver ikke mindst vigtigt, når det gælder løn.

For arbejdsgiverne vil have mere lokal løndannelse.

Det er ikke noget, vi har bedt om. Men når mere løn skal forhandles lokalt, skal vi op i gear og blive bedre til at forhandle de lokale lønmidler hjem til lægerne.

Og dér står vi stærkere, når TR'erne går koordineret ind til forhandlingerne.

[Tid og opbakning til de tillidsvalgte]

Jeg kan forestille mig, at nogle af jer tænker:

Det lyder fint med mere koordinering og samarbejde. Men hvor skal tiden komme fra?

Det er et fair spørgsmål.

I, der er TR eller FTR, lægger allerede mange timer i arbejdet. Mere samarbejde må ikke bare betyde flere møder i kalenderen.

Derfor lover jeg jer to ting.

For det første vil vi så vidt muligt bruge de fora, I allerede er en del af – ikke lægge nye møder oveni.

Og for det andet: Når I gør os opmærksomme på noget, der ikke fungerer, skal I kunne mærke, at der bliver fulgt op.

Jeg husker det selv fra min tid som FTR på Bornholm. Nogle gange føltes der langt til bestyrelsen og sekretariatet i København.

Den afstand vil jeg gerne gøre kortere.

Hvis I for eksempel oplever, at ledelsen ikke respekterer det, vi har aftalt i overenskomsten, vil vi gerne vide det.

Yngre Læger er løbende i dialog med Danske Regioner, og her tager vi netop den slags problemer op.

Senest har jeg hørt fra nogle af jer, at ledelsen afviser at tale om ISDA – altså de ikke-skemalagte timer, som speciallæger med den nye overenskomst selv skal kunne disponere over.

Men det går ikke!

Når vi har forhandlet en aftale med Danske Regioner, så SKAL det slå igennem på afdelingerne. Også selv om den enkelte chef synes, det er en dårlig idé.

Derfor er det vigtigt, at vi hører fra jer.

I kan altid tage fat i mig. Eller i en af de andre fra bestyrelsen.

[Yngre Lægers struktur]

ISDA er bare ét eksempel på alt det, vi skal have til at fungere i praksis, når den nye overenskomst træder i kraft.

Også den nye TR- og FTR-struktur skal finde sin form. Og på nogle områder er vi nået langt.

Der er valgt over 200 TR'er for speciallæger og overlæger, og vi er i fuld gang med at uddanne dem.

Men vi er langt fra i mål.

Der er stadig vigtige spørgsmål, vi ikke har svar på.

Især med FTR-strukturen.

Hvordan skal det regionale niveau se ud? Skal der være en regional FTR? Og hvem skal have mandat til hvad?

Jeg ved godt, det kan være frustrerende at få noget nyt til at fungere, når der er ubesvarede spørgsmål.

Det hænger sammen med den diskussion, vi skal have om Yngre Lægers struktur.

Bestyrelsen kommer ikke med en færdig model.

Det giver ikke mening at invitere jer til en åben diskussion, hvis vi allerede havde besluttet, hvordan det skulle ende.

Repræsentantskabet er Yngre Lægers øverste myndighed. Derfor skal diskussionen i eftermiddag have reel betydning.

Mit udgangspunkt er: Opgaven først. Strukturen bagefter.

Hvad skal fungere bedre for medlemmerne? Hvor skaber vi mest værdi og hvordan?

Når vi har svar på det, kan vi se på, hvordan TR- og FTR-strukturen, vores møder, udvalg og politiske fora bedst skal hænge sammen.

Indtil da vil jeg bede om jeres tillid til, at vi finder pragmatiske løsninger i hverdagen.

Og når vi sammen har fundet svarene, skriver vi de rammer og vedtægter, der passer til det nye.

...

Det har været et år med usædvanlig mange forandringer.

Sundhedsreformen ændrer rammerne i hele sundhedsvæsenet.

Den nye Region Østdanmark berører omkring halvdelen af vores medlemmer.

Vi har fået en helt ny overenskomst. Og vi er i gang med at bygge en ny TR- og FTR-struktur.

Og senest her i efteråret har vi fået en ny aftale for kliniske assistenter.

Fra januar bliver det muligt at blive fastansat som klinisk assistent. Og vi har forhandlet en højere løn hjem til dem, der har en ph.d. og mindst fire års anciennitet.

Det er jeg rigtig glad for. For det skal være muligt at gøre forskning til en reel karrierevej som læge.

Nogle af de store ændringer kommer udefra. Andre har vi selv været med til at sætte i gang.

Det næste stykke tid handler derfor om at få alt det nye til at fungere.

Samtidig står vi med mere presset lægeligt arbejdsmarked. Nogle af vores medlemmer oplever en jobusikkerhed, vi ikke har kendt i mange år.

Det stiller krav til os som fagforening.

Vi skal kæmpe for et optag på medicinstudiet, der passer til behovet. For en vej gennem videreuddannelsen. Og for job til speciallæger.

Men vores arbejde stopper ikke dér.

Jeg startede med at fortælle om den aften i sofaen. Om at der hele dagen havde været nogen, der havde brug for mig.

Sådan er det at være læge.

Men når tilværelsen slår revner, er det lægen, der har brug for nogen.

Når man bliver syg, og arbejdsgiveren presser på for en afklaring af, hvornår man kommer tilbage.

Når ens barn mistrives og ikke kan komme i skole, og man selv har et arbejde uden nogen form for fleksibilitet. Hvad gør man så?

Eller når et uddannelsesforløb går i hårdknude.

Så skal vi være der som fagforening.

Vi skal kunne præge de politiske beslutninger om lægers vilkår.

Og vi skal kunne stå ved siden af det enkelte medlem, når arbejdslivet bliver svært.

Begge dele er vores opgave, og begge dele tager Yngre Læger og jeg alvorligt.

Tak for ordet.