



LÆGE- OG REPRÆSENTANTSKABSMØDE
DEN 24.-25. MAJ 2024

Den politiske tale (det talte ord gælder)

Ved Lægeforeningens formand, Camilla Rathcke

[Intro]

Kære indenrigs- og sundhedsminister, kære gæster, kære kolleger

Hjerteligt velkommen – tak, fordi I har lagt vejen forbi i dag!

Selvom I forhåbentlig har plantet jer solidt i sæderne, og jeg har gjort det samme her ved talerstolen...

... Så har jeg på fornemmelsen, at de fleste af os allerede – rent mentalt – er fløjet lidt længere ud i fremtiden.

For lige straks vil Sundhedsstrukturkommissionen fremlægge sine anbefalinger til strukturen i sundhedsvæsenet, og mange måneders spekulationer bliver afløst af visioner.

Når store ting er på vej, så fristes man let til at falde i klichéfælden og sige: ”Det bliver en rejse”.

Og så er det for så vidt ligegyldigt, om det handler om en X-factor-deltagelse, en håndboldslutrunde eller lanceringen af en ny offentlig IT-plattform.



Men hvis vi køber præmissen om, at store udviklinger virkelig er ”en rejse”, så tror jeg, at vores rejse har større slægtsfællesskab med Marco Polos store ekspedition fra Venedig til Kina end med en klassisk chartertur.

Men modsat Marco Polos lidt slidsomme færd, som for øvrigt varede 23 år og strakte sig over 38.000 km., så har vi i nutiden mulighed for noget hurtigere at nå frem til vores endestation. Fremtidens sundhedsvæsen.

Men:

Bliv nu ikke overrasket, når strabadser og motorproblemer sætter ind. Forbliv roligt i sæderne.

Vi har nemlig alle forudsætninger både for at undgå en egentlig nødlanding og for at nå i mål.

Det kræver dog, vi formår at:

- fastholde danskernes tillid til sundhedsvæsenet
- prioritere i opgaverne
- og at kalibrere behandlingsgarantier og andre patientretigheder bredt set med lægefaglighed

Og det mener jeg, vi evner. Dét og mere til vil jeg komme ind på i de næste 20 minutters rejse – lad os kalde det en overflyvning.

Så kære politikere, kære gæster, kære repræsentantskab: Spænd sikkerhedsbælterne – for vi letter lige om lidt.



[Kloge beslutninger]

Når forandringens vindstød sætter ind, er det et fælles ansvar mellem jer politikere og os læger at sikre, at patienternes tillid til sundhedsvæsenet ikke lider et knæk. Det kræver, at de beslutninger, I træffer politisk, giver mening:

- for den enkelte læge på hospitalsafdelingen – hvad enten i somatikken eller psykiatrien
- for den lokale almen praktiserende læge i den enkelte konsultation
- og for den praktiserende speciallæge i speciallægepraksis

Eller hvor man nu engang befinder sig.

For det er læger, der bliver ansigterne på jeres beslutninger. Det er os, patienterne ser på, hvis der opstår turbulens undervejs.

Og det vil vi gerne være. Det er vi vant til at være. Men derfor forventer vi også, at vi fortsat har en central plads, når det gælder indretningen af fremtidens sundhedsvæsen.

[Prioritering]

Prioritering er en uundgåelig præmis i vores arbejde.

Det har vi – alle her i salen – tilfælles.

Tidligere på året stod jeg, som formand for Sundhedssektorens Prioriteringsråd, i spidsen for en konference på Christiansborg. Her overleverede vi prioriteringsrådets anbefalinger til dig, kære Sophie.



Vi læger går jo aldrig af vejen for at deltage i en samtale om prioritering og kvalificering af opgaver i sundhedsvæsenet. Det ved du.

Men denne gang havde vi en række andre vigtige samfundsaktører med, nogle af dem er endda med her i salen. De var også ivrige efter at byde ind med gode ideer.

I rådet arbejdede vi i anerkendelse af:

- At mængden af opgaver og antallet af sundhedsprofessionelle slet ikke står mål med hinanden.
- Og at prioritering er en opgave, som vil fylde mere og mere i fremtiden.

Prioriteringsrådet har vist en farbar vej – vi har faktisk udstukket en rute for jer politikere. Nu er det jeres opgave at lægge asfalt på.

Og I skal gøre jer umage. For vi er mange, der er afhængige af, at det bliver en solid og jævn vej. Med færrest bump. Jeres opgave er at få kort og terræn til at passe sammen.

[Garantier og rettigheder]

Det samme gælder, når der er uoverensstemmelser mellem de rettigheder, I udsteder, og det der rent faktisk kan lade sig gøre ude hos os i sundhedsvæsenet. Vi har optimeret på virkeligheden meget længe – nu er vi altså nødt til at justere på rettighederne.

På Christiansborg kan I have nok så mange mærkesager og sympatier for enkelte patientgrupper.



Men se gerne overordnet på, hvad det er for tilbud, vi har samlet i væsenet, og om det er de rigtige opgaver, I sætter gang i. For uden kapacitet og kompetencer, så ender det som tomme løfter.

Det kunne ske med den nye ordning for organdonation. Det er vigtigt at hjælpe flere mennesker på venteliste med at få et nyt organ. Men har vi fx overhovedet operations- og intensivkapacitet til at sikre flere transplantationer?

Eller tag statsministerens nytårstale, hvor hun præsenterer hele befolkningen for udvidede muligheder for fertilitetsbehandling. Både lovning om mere end 3 forsøg og retten til hjælp til en lillebror eller lillesøster.

Det er alle familier forundt at få de børn, de ønsker sig. Også hvis det kræver hjælp at blive gravid.

Men et udbygget tilbud om gratis fertilitetsbehandling vil uagtet beslaglægge en betydelig kapacitet indenfor gynækologi og obstetrik. Et område, der allerede i dag er udfordret af ventetid og mangel på personale.

Og der gik da heller ikke længe fra forslaget fik luft under vingerne, til der var krav om, at forslaget skulle ledsages af en række ret-tigheder.

Hvem kan være imod at flere får et nyt organ, eller at folk får de børn de ønsker sig?

Ingen!



Mit håb er så bare, at sådanne beslutninger er truffet på et oplyst og gennemtænkt grundlag sammenholdt med alt det andet, vi gerne vil eller skal – fx sikre mere kapacitet til palliation. At I har taget højde for, hvad de nye tilbud har af afledte konsekvenser for personaleressourcerne mere bredt set.

Særligt nu, hvor vi står overfor omfattende forandringer, er vi er nødt til at bevæge os i samme retning. Mod det samme mål. Et stærkt sundhedsvæsen, der er der for alle patienter. Det er den rejse, vi er på sammen.

[Behandlingsgarantien]

Og det er også en rejse derhen, hvor de rettigheder og garantier patienterne tilbydes, er realistiske.

Lige nu er behandlingsgarantien på 60 dage. Det er en lettelse for os. Det giver os mulighed for at bruge vores faglighed i prioriteringen. Men ved årsskiftet udløber den forlængelse, og vi vender tilbage til de 30 dage – og hvad gør vi så?

Der er stadig ikke læger og sygeplejersker nok til at tage sig af de patienter, I lover behandling.

Og så er det lige meget, om I mener, det kan lade sig gøre at nå 33 eller 37 dage ved årets udgang.

Spørger I os læger, så skal patienterne have en udredningsret på 30 dage, så både de og vi får vished om, hvad de fejler.



Men derefter skal vi som læger nok lave den faglige vurdering af, om det er indenfor 3, 30, 60 eller 90 dage, at patienten skal behandles. Og garantere, at det selvfølgelig sker.

Sophie, jeg forstå godt, at I har brug for at kommunikere klart til patienterne. Her er de 30 dage jo til at forstå – men lægefagligt er det et helt arbitrært tal.

[Hyperparathyreoidisme]

Lad mig give dig et eksempel fra mit eget speciale – jeg er specialist i hormonsygdomme.

Og her findes en sygdom, som hedder primær hyperparathyreoidisme. Bare rolig, du bliver ikke hørt i navnet senere.

Sygdommen opstår, fordi biskjoldbrusk-kirtlerne producerer for store mængder af hormonet PTH – PTH styrer vores kalkbalance, og laver kirtlerne for meget PTH, så trækker det kalk ud af knoglerne og forårsager for meget kalk i blodet. Det kan give symptomer på sigt, fx knogleskørhed, men det er en sygdom, som er mange år om at udvikle sig. Nogle gange årtier!

Sygdommen bliver oftest opdaget ved et tilfælde. Typisk i forbindelse med, at patienten får taget blodprøver for noget helt andet.

Men – og her kommer pointen - så snart sygdommen er opdaget, og vi som læger mener, patienten skal behandles, så skal den kirtel, der skaber problemet huj hej vilde dyr opereres ud. Inden 30 dage! Selv om det – stadig – vil tage flere år, før der vil indtræffe forværringer for patienten.



Det vil sige, at den politisk fastsatte behandlingsgaranti dikterer, at en meget langsomt udviklende sygdom skal behandles inden for 30 dage.

Naturligvis skal patienten opereres. Men det behøver altså ikke ske i så stor hast.

Tidspunktet for at bryde med den form for kassetænkning er oplagt nu, hvor strukturerne i hele sundhedsvæsenet alligevel skal laves om.

[Husk modtagerperspektivet]

Og mens vi nu er ved ting, som skal give mening...

Så er det komplet umuligt for patienter, pårørende og ansatte at forstå, hvad der foregår, når I mundhugges om sundhedsvæsenets økonomi.

Lad mig bruge psykiatrien som eksempel. Meldingerne fra jer på Christiansborg de sidste par år har været, at der er fuld bevågenhed på psykiatrien, og at sektoren skal have et økonomisk løft, der både kan mærkes, og som man kan være bekendt.

Så langt, så godt!

Men ude i regionerne kan I ikke få økonomien til at slå til. Fordi I oplever øgede udgifter til blandt andet medicin. Så I er nødt til at udskyde investeringer i psykiatri, nedlægge stillinger og spare på kapaciteten.



Hele 38 procent af de læger vi har spurgt i psykiatrien siger, at de har oplevet besparelser på personale i deres afdeling de seneste to år.

Når den slags sager så kommer frem i pressen, så står I gudhjælpemig og skændes – I fra regeringen råber om bedre økonomistyring i regionerne, og I fra regionerne truer med yderligere besparelser.

Sundhedsvæsnet er jo et fælles anliggende. Om pengene stemmer, må I løse i internt.

For at blive i rejsemetaforen. Det svarer lidt til, at kontroltårn og pilot begynder at skændes under landing.

Det kan godt være, flyet når ned på jorden, men alle passagerer – og personalet – kunne høre uroen og de høje råb inde fra cockpittet.

Ikke særligt trygt eller tillidsvækkende.

[Investér i kompetencer]

Den rejse vi er ude på, er som nævnt ikke uden turbulens. Men som jeg også sagde, så har vi analyseret terrænet. Vi har derfor et godt overblik over, hvor rejsen kan være udfordrende.

Vi har for eksempel bemærket, at psykiatrien igen er blevet en del af KBU'en. OK. Men det løser ikke udfordringerne med mangel på sundhedsprofessionelle i psykiatrien.

Så tillad mig at udlægge, hvor vi mener rejseplanen skal revideres. Lyt nu til hvad vi har af løsninger. For vi har fingeren på pulsen. Sådan helt bogstaveligt talt!



En analyse fra Yngre Læger og Overlægeforeningen viser, at op mod hver anden psykiater i psykiatrien overvejer at bytte det offentlige sundhedsvæsen ud med det private.

I kan ikke stoppe flugten fra psykiatrien ved at tvinge flere ind i sektoren.

Men I kan forbedre vilkårene for at yde behandling af høj kvalitet og sikre gode forhold for læring, så flere har lyst til at blive psykiatere.

For løfterne kan de slet ikke mærke. Op mod 60 procent af læger ansat i psykiatrien har slet ikke oplevet forbedringer. Og de peger på, at de især mangler kollegaer. Det viser en ny undersøgelse vi i Lægeforeningen har lavet.

Helt grundlæggende er der brug for at uddanne flere speciallæger – både til psykiatrien, men også over hele linjen. Alle de læger vi uddanner fra universiteterne, skal blive speciallæger. Fordi specialiseret viden sikrer bedre behandling og de rette forudsætninger for kvalitet i behandlingen. Dét er også at få mest muligt ud af personaleressourcerne.

[Vi har fået et lærende patientklagesystem, nu gælder det tilsynet]

Og når vi nu er ved rette forudsætninger for kvalitet – så skal også nævnes, at vi om lidt tager et nyt patientklagesystem i anvendelse. Hvor vi i fællesskab har sikret fokus på læring og indsigt i forløb.



Det er den rigtige vej at gå – at vise os sundhedsprofessionelle til-
lid, og at behandle patientklager, så fokus er på hele forløb. Den for-
andring har vi i Lægeforeningen arbejdet aktivt for længe.

Tak til dig, Sophie, for det samarbejde, og for at anerkende, at fejl
først bliver katastrofale, hvis de ikke fører til læring.

Jeg håber på, at vi sammen kan have en lige så smidig og god pro-
ces omkring at få justeret tilsynssystemet i løbet af året. Se, det er
da den letteste genvej til, at du også bliver takket fra scenen på næ-
ste års Lægemøde, Sophie.

[Aktiv dødshjælp]

Men! – nu er jeg nødt til at tale med store ord, om noget som ligger
mig og mine medlemmer meget på sinde. Vi bekender os til vores
lægeetiske principper, som dikterer, at lægen aldrig må handle
med hensigt om at forårsage patientens død eller medvirke til pati-
entens selvmord.

For os er lægegerningen altså uforenelig med at tage livet af patien-
ter.

**VI VIL IKKE TAGE LIVET AF VORES MEDMENNESKER MED
OVERLÆG.**

Og vi er ærlig talt meget uforstående over for, at I her ikke lytter til
os.



Aktiv dødshjælp bliver af mange raske borgere set som løsningen på det, der tales om som et uværdigt liv. Og af uransagelige grunde har I politikere oversat det til en samtale om en mere værdig død.

I medierne vises enkeltsagshistorier om desperate mennesker, der rører noget i os alle sammen. Selvfølgelig gør de det!

Fornyetligt var det historien om, Ebbe Preisler, der tog livet af sin kone i desperation, hvorefter han selv fortrød sit forsøg på at tage sig af dage. Før ham var det smeden Preben Nielsen, som tog medierne med til Schweiz og fik en dødssprøjte. Men også i hans historie var der tvivl.

Jeg sad faktisk i Anders Lund Madsens køkken sammen med Leif Vestergaard fra Etisk Råd og førømtalte Preben og talte for rullende kamera, om hans ønske om at dø. Den samtale blev bare ikke en del af mediedækningen.

Så lad mig i stedet her gengive, hvilke overvejelser Preben delte med os lige dér i køkkenet. Preben reflekterede over vilkår for mennesker med handicap og mulighederne for at leve et værdigt selvstændigt liv.

Han var også bevidst om, at hans eget personlige ønske om at dø, kunne blive spændt for en politisk vogn. Og skabe en glidebane, hvor andre kunne ende med at føle sig som en belastning for samfundet.

Jeg vil opfordre jer politikere til at tænke grundigt over, om udvejen af den desperation virkelig kun kan være aktiv dødshjælp.



Har I helt oprigtigt prioriteret nok ressourcer til palliative tilbud og muligheder for at leve værdige liv til det sidste?

Så I ikke fodrer den frygt mange går med, om at ende livet i smerte og uden hjælp til øvrige symptomer. For vi kunne jo allerede i dag indenfor lovens rammer og med hensyn til lægeetiske principper, hjælpe alle med behov i langt videre omfang, hvis I afsatte ressourcerne til det.

Vi kan ikke fjerne de sygdomme, de ulykker, de sorger, som det enkelte menneske skal igennem i sit liv – men vi kan hjælpe folk i livet med det, der hænder. Og her er aktiv dødshjælp ikke en hjælp.

De fleste ønsker at dø stille og roligt omgivet af deres kære. I skal sikre, at der er mulighed for at mange flere kan dø i ro og mag i deres egen seng, i eget hjem, mens de holder deres kære i hånden.

Som Læger og sygeplejersker står vi hos patienterne; det er os, der ser patienterne og de pårørende i øjnene i de svære situationer. Og vi kan slet ikke se os selv i en virkelighed, hvor vi skal slå andre mennesker ihjel på bestilling.

[Afrunding]

Kære indenrigs- og sundhedsminister, kære gæster, kære kolleger – således opløftet.

Vi skal sammen på en strabadserende ekspedition mod fremtidens sundhedsvæsen.

Af ren bekvemmelighed kunne man spørge sig selv:



”Kunne vi ikke bare blive hjemme i stedet? Det er da meget nemmere.”

Men svaret er nej.

Vi er nødt til at bevæge os mod et sundhedsvæsen, der er stærkere end i dag.

Hvor der er bedre balance mellem opgaver og antallet af sundhedsprofessionelle.

Ellers mister vi det mest dyrebare, vi har: befolkningens tillid.

Marco Polo kom tilbage fra Kina og kunne berette om eksotiske samfundsfænomener som papirpenge og postvæsen.

Hvad kunne vi ikke skabe, hvis vi navigerede med sundhedsfagligheden som det vigtigste punkt i horisonten?

Kære gæster.

Jeg tror ikke, at I er tvivl om, at vi læger står klar til at træde ind i fremtidens sundhedsvæsen med al vores viden og erfaring.

Vi er det naturlige bindeled mellem jer politikere, patienter og pårørende.

Jeg har store forventninger til os alle.

Husk jeres bagage hver især, når I forlader flyveren – og fortsat god rejse!