



LÆGE OG REPRÆSENTANTSSKABSMØDE DEN 29.-30. MAJ 2026

Den politiske tale (det talte ord gælder)

Ved Lægeforeningens formand, Camilla Rathcke

[Intro]

I dag vil jeg tage jer med ind i den del af sundhedsvæsenet, som vi læger kender rigtig godt – men som ikke altid er lige synlig udefra.

For os læger er det her hverdag.

Mødet med patienterne.

Beslutningerne.

Presset.

Det er derinde, man for alvor kan se, hvordan tingene hænger sammen.

Og også hvor de ikke gør.

Vi læger prioriterer hver eneste dag.

I klinikken.

På afdelingerne.

I vagten.

Hvem skal ses først?

Hvad haster mest?

Hvilken indsats skal til? – hvor gør den størst forskel?

Det er en helt grundlæggende del af vores arbejde.

Og det betyder også, at vi står i dilemmaer. Hver eneste dag.



For når ressourcerne ikke rækker til det hele, så tvinges vi til at prioritere. Derfor er det så tydeligt for os, hvad der sker, når der ikke bliver prioriteret politisk.

Og det er præcis det, læger ser i de beslutninger, der bliver truffet politisk.

Det seneste år har I politikere lovet mere.

Mere fertilitetsbehandling.

Mere fokus på kvindesygdomme.

Og ja – endelig også hjælp til kvinder i menopausen.

Alt sammen vigtigt! Men også en udfordring.

For i et system, hvor efterspørgslen er næsten uendelig og udbuddet altid begrænsningen...

...Så er det vigtigt, at I politikere sikrer jer, at der er dækning på kontoen, når I lover patienter og vælgere nye rettigheder.

Det handler blandt andet om speciallæger - det er benhård valuta.

Vi læger taler ofte – og med stort engagement – om den store mangel på dem, så lad mig her komme med et konkret eksempel.

Alene inden for gynækologi og obstetrik mangler vi netop nu op mod 160 speciallæger.

Og det er vel at mærke uden at skele til alt det, I har lovet det sidste år.

Så kære politikere.

Hvad skal vi prioritere?

Skal vi prioritere fertilitetsbehandling?

Kvindesygdomme?

Fødsler?

Menopause?



Det er de samme speciallæger, der skal hjælpe kvinder, der ønsker fertilitetsbehandling.

Den samme speciallæge, der skal udrede en kvindesygdom.

Den samme speciallæge, der står ved fødslen.

Og den samme speciallæge, der skal hjælpe, når kroppen ændrer sig i menopausen.

Det er ikke nye hænder.

Det er de samme hænder.

Og det er dér, patienterne ender med at blive skuffede.

For løfterne er der. Men kapaciteten er ikke.

Hvad skal vi gøre mindre for at nå det hele?

Og det er blot eksempler fra ét speciale. Jeg kunne nævne mange flere.

For man kan ikke både udvide og undlade at vælge fra. Noget må bortfalde.

Hvis vi skal tage kvalitet, patientrettigheder og ordentlighed i behandling og forløb alvorligt, så skal I også tage prioritering alvorligt.

[Speciallægeløftet og speciallægemangel]

Og det er præcis problemet mellem at ville udvikle og undlade at vælge fra, vi ser her.

Manglen på speciallæger er en af de største udfordringer i det danske sundhedsvæsen. Det handler om at sikre nok praktiserende læger i hele landet.

Nok specialister på alle landets sygehuse.

Den udfordring kan ikke løses med mere spredning, bedre fordeling eller loft over ansættelser.

Man kan ikke få flere ressourcer ved at smøre dem tyndere ud.

Det svarer til at smøre den samme klat smør ud på flere og flere stykker brød.



Og vi ved jo godt, hvad der sker: Til sidst sidder man med en kniv og en skive brød - men intet smør.

Og ja, jeg ved godt smør er blevet dyrt, men hvis I virkelig vil løse det her, så er I nødt til at tage en ny pakke smør op af fryseren.

Speciallægeløfter løser ikke problemet – de flytter det bare. Det ændrer ikke på, at der samlet set er for få.

Og det er netop problemet. I undlader at prioritere.

For når ressourcerne er for små, så bliver konsekvensen ubalance: presset flytter sig, indsatserne halter, kvaliteten forringes – og de mest sårbare patienter taber mest.

Og det svækker sundhedsvæsenet.

Når der mangler speciallæger, bliver et loft over dem også et loft over kapaciteten.

Samtidig ser vi heller ikke, at lofterne i sig selv skaber flere stillinger eller bedre muligheder for fastholdelse dér, hvor behovet er størst.

Og her har Danske Regioner et helt centralt ansvar.

Derfor er der kun én reel vej frem. Der skal sikres flere speciallæger.

Det er den væsentligste forudsætning for, at sundhedsvæsenet kan fungere.

Det kræver flere introduktionsstillinger, det kræver flere hoveduddannelsesstillinger. Det kræver, at der bliver slået stillinger op dér, hvor manglen er.

Og det kræver, at dimensioneringen afspejler virkeligheden i sundhedsvæsenet – ikke en skrivebordsøvelse.

Hvis ikke det sker, så vil hverken sundhedsreformen eller patientrettighederne kunne indfries.

Løsningerne skal fungere i praksis.



[Optag på medicinstudiet]

Og det hænger sammen med det, der ligger bag: hvordan vi uddanner og planlægger.

For vi taler ofte om lægemangel. Men det er ikke læger generelt, der mangler. Det er speciallæger. Og det er en vigtig forskel.

Og samtidig med, at der mangler speciallæger, er Danmark i gang med at uddanne for mange læger.

Det er ikke en påstand. Det er det, fremskrivningerne viser. Og det er et problem, der vokser, hvis der ikke handles nu.

Så sundhedsvæsenet står i et paradoks: Der mangler speciallæger. Og samtidig uddanner vi flere og flere kandidater i medicin, som får sværere ved at få fod indenfor i sundhedsvæsenet.

Det hænger ikke sammen. Og det bliver ikke bedre af, at der i den politiske debat om fx lægedækning alt for ofte ikke skelnes mellem læger og speciallæger.

Og hvis man ikke forstår forskellen, så forstår man heller ikke betydningen for uligheden i sundhed og et dansk sundhedsvæsen i ubalance. Og så risikerer man at træffe de forkerte beslutninger.

Det tager som et minimum 12 år at gøre en ny-optaget studerende til speciallæge – minimum!

Det tager derimod 'kun' 6 år at gøre en læge til speciallæge – hvis der er introduktions- og hoveduddannelsesstillinger til dem.

Så problemet er ikke, at der bliver uddannet for få læger. Problemet er, vi ikke får gjort dem til speciallæger – der prioriteres forkert.

Derfor er der brug for, at optaget på medicinstudiet bliver reduceret.



Når optaget reduceres, så frigøres der også ressourcer. Ressourcer, som kan bruges dér, hvor behovet er størst.

Det kræver, at I prioriterer rigtigt fremad. Det er ikke kompliceret. Det er et spørgsmål om simpel planlægning efter behov.

[Forebyggelse og Folkesundhedslov]

Hvad nu hvis jeg fortalte jer, at der findes en pille, som kunne give danskerne fem flere gode leveår?

En pille, der reducerer sygdom.

En pille, der aflaster sundhedsvæsenet.

En pille, der forbedrer livskvaliteten markant.

Hvad siger I? Skal vi ikke få den gennem fase 3-studiet og ud til danskerne?

Jeg har en dårlig og en god nyhed:

Den dårlige nyhed – til jer, der nåede at blive begejstrede – er, at pillen ikke findes.

Den gode nyhed er, at vi ikke behøver at spise piller for at opnå resultatet.

For vi ved præcis, hvad der skal til.

Det kræver bare, at I prioriterer det.

For I kan faktisk sikre danskerne omkring fem flere gode leveår.

Og nu siger jeg noget, som jeg også har sagt før. Rigtig mange gange.

Forebyggelse, forebyggelse, forebyggelse.

Det er det afgørende, hvis vi vil reducere antallet af patienter. Vi ved, hvad der virker.

Problemet er ikke mangel på viden. Det er mangel på politisk vilje.

For hvis Folkesundhedsloven skrues rigtigt sammen, kan danskerne opnå op mod fem flere gode leveår.



Ikke fem år mere – men fem flere gode år.

Fem gode leveår er længere tid, end regeringer holder.

Det sætter alligevel tingene i perspektiv.

Og løsningerne er ikke komplicerede.

Det handler om at gøre de ting, der skaber sygdom, mindre tilgængelige.

At prisen på tobak og nikotin skal op. Så færre begynder – og flere stopper.

At de sunde valg bliver de letteste valg. Mere motion, mere grønt.

Det ved vi godt.

Så nu må der prioriteres. Og så må der handles.

For når vi ikke lykkes med forebyggelsen, er det heller ikke tilfældigt, hvem der bliver ramt.

[Ulighed i Sundhed]

Ulighed i sundhed er ikke en ny udfordring. Men det er en voksende udfordring.

Og det er også en konsekvens af manglende prioritering. For vi ved godt, at sygdom rammer socialt skævt.

Vi læger ved, hvem der bliver syge først. Og hvem der bliver syge mest. Og alligevel er det ikke dér, den politiske indsats for alvor bliver lagt.

Når I ikke prioriterer forebyggelse.

Når I ikke prioriterer tilgængelighed.

Når I ikke tidligere har prioriteret en stærk primærsektor. Så er det de svageste patienter, der bliver ramt hårdest.

Det er dem, der i forvejen har de sværeste livsvilkår. Det er dem, der først kommer til lægen, når tilstanden er rigtig slem.



Dem, der har sværere ved at navigere i sundhedsvæsenet. Og derfor dem som i højere grad falder mellem stolene.

Jeg kan give jer et billede fra hverdagen.

En patient med tiltagende åndenød gennem længere tid. Lad os kalde ham Preben.

Han har udskudt at gå til lægen. Ikke fordi viljen mangler – men fordi hverdagen er presset, og systemet er uoverskueligt på forhånd.

Når Preben endelig dukker op, er sygdommen mere fremskreden.

Lungefunktionen er allerede markant nedsat.

Forløbet bliver sværere. Behandlingen knap så effektiv.

For Preben betyder det flere sygdoms-år. Dårligere behandling. Og kortere liv.

Men sådan er det ikke for alle.

For den patient, der har overskud, netværk og overblik, kommer tidligere.

Bliver udredt hurtigere. Og får et lettere forløb.

Det er noget, vi læger ser hver dag. Og når vi så ivrigt insisterer på også at tale om ulighed i sundhed, så er det fordi vi så gerne vil have, at I ser det samme som os.

Så ville I nemlig se, at social ulighed i sundhed ikke bare er et sundhedsfagligt problem. Det er et samfundsmæssigt problem, der kræver politisk fokus.

[Psykiatri]

Psykiatrien er måske det tydeligste eksempel på, hvor social ulighed slår tydeligt igennem. Og på hvad der sket, når man mangler fokus. Og jeg siger det med stor alvor.



For selv om der nu er indgået en 10-årsplan, og selv om der er tilført midler, så står vi stadig med konsekvenserne af mange års svigt. Konsekvenser, der ikke kan rettes op fra den ene dag til den anden.

Og jeg må indrømme, at jeg ser med en særlig form for bekymring på de patienter, der har brug for hjælp i psykiatrien. Endda større end når det handler om somatikken.

Ikke fordi det ene er vigtigere end det andet. Men fordi vi ved, hvor meget der stadig mangler.

Jeg har og har haft det inde på livet.

Jeg har en mor, der har lidt af depression.

Jeg har en bror med angst.

Og jeg kender den magtesløshed, der kan følge med. Den følelse af at stå ved siden af et menneske, man elsker, og se dem være så fortvivlede. Og selv være bekymret for, om de får det godt igen.

Det er der rigtig mange, der kan genkende. Måske endda suppleret med bekymringen for, om der overhovedet er hjælp at hente. Det siger noget om, hvor vi er endt.

Det handler også om alle de børn og unge, der mistrives. Som ikke bare har det svært i en periode, men hvor det udvikler sig til egentlige psykiske lidelser.

Unge mennesker, der mister fodfæstet, før de for alvor har fået det. Jeg kan være oprigtigt bekymret for, om vi kan hjælpe dem alle – og hjælpe dem i tide.

Og så har jeg slet ikke nævnt de unge, der lider af spiseforstyrrelser. Jeg har selv tre børn, og det var min egen største frygt, at mine børn skulle blive ramt af en spiseforstyrrelse.

For vejen til hjælp er så ekstremt vanskelig – og jeg har taget mig selv i at tænke, at så måtte de næsten hellere få kræft.



Ikke fordi kræft er mindre alvorligt – men får man kræft, skal man nok blive grebet.

Dansk kræftbehandling er blevet et skoleeksempel på, hvad der kan lade sig gøre, når man som samfund vil, når man prioriterer og holder fast.

Hele den politiske håndtering af psykiatrien er et skræmmeeksempel.

Ikke på faglige specialer, der ikke virker.

Men på, hvad der sker, når man i årevis undlader at vælge psykiatrien til for alvor.

Og ja – der er håb. Det spirer og gror. Der er sat noget i gang. Og det er vigtigt.

Men de spor, som mange års fravalg har sat, er dybe. Og de tager lang tid at rette op.

Derfor er psykiatrien også vores fælles påmindelse om, hvad der sker, når prioritering bliver udskudt.

Og hvorfor det aldrig må ske igen.

[Afrunding]

Nu har jeg taget jer lidt med ind i en hverdag, som vi læger kender rigtig godt – men som ikke altid er lige synlig udefra.

En hverdag, hvor prioritering ikke er et valg, men et vilkår. Hvor vi hver eneste dag står med ansvaret for at få det til at hænge sammen.

Den virkelighed forsvinder ikke, når beslutningerne træffes politisk. Den bliver bare vores ansvar at få til at fungere.

Et sundhedsvæsen bliver ikke stærkere af flere løfter alene.

Det bliver stærkere, når der er sammenhæng mellem det, der bliver lovet – og det, vi som læger og sundhedsvæsen kan levere.



Der er meget, der er blevet bedre. Men det, der stadig mangler, er tydelig prioritering – og det er fortsat også et vigtigt element i Sundhedsreformen, hvis det hele skal hænge sammen.

For uden prioritering får vi ikke differentieret sundhedstilbuddene, vi får ikke taget livtag med opgaver, som ikke skal løses i morgen, hvor de løses i dag – og vi får ikke tages overordnet stilling til, hvad og hvor meget, sundhedsvæsenet skal – og hvor og af hvem.

Hvis der ikke sættes en høj national barre for prioritering, så flytter problemerne sig bare. Og så ender de hos os.

Jeg har haft mange af de samtaler. Blandt andet som formand for Sundhedssektorens Prioriteringsråd. Og jeg ved, at de samtaler gør en forskel. Derfor håber jeg også, at vi holder fast i dem.

For sundhedsvæsenet bliver ikke skabt én gang for alle. Det bliver skabt hver dag.

Gennem de valg, der bliver truffet.

Derfor betyder det også noget, hvem man træffer de beslutninger sammen med.

Og her bliver regionerne helt afgørende for, om ambitionerne i reformen faktisk kan mærkes ude i virkeligheden.

Mads, du er stadig ny i rollen som formand for Danske Regioner. Men du har allerede vist noget, som jeg faktisk synes tegner godt for fremtiden.

Nemlig viljen til faktisk at lytte til de faglige stemmer – og tage dem alvorligt. Blandt andet i spørgsmålet om optaget på medicinstudiet, hvor du tidligt har været tydelig om noget, som ikke nødvendigvis er politisk bekvemt, men som er vigtigt:



At der skal være sammenhæng mellem antallet af læger, vi uddanner, og de stillinger sundhedsvæsenet faktisk kan tilbyde bagefter.

Jeg sagde også til dig, da du tiltrådte, at du træder ind i et samarbejde, hvor vi er vant til at sige tingene ret direkte. Til gengæld lover vi også, at vi lytter.

Og nu står du så her foran hele Lægeforeningens repræsentantskab – med ganske kort varsel, fordi Sophie alligevel ikke kunne komme.

Så måske jeg lige skulle give dig et par staldtips med på vejen.

Salen bliver sandsynligvis svært begejstret, hvis du anerkender, at vi i dag mangler omkring 2.000 speciallæger.

Og hvis du fortæller, hvordan regionerne vil sikre flere hoveduddannelsesforløb og fastholde de speciallæger, vi allerede har.

Og hvis du ovenikøbet siger, at du vil afskaffe speciallægeløftet...

så tror jeg faktisk, du risikerer stående applaus.

Nu takker jeg jo af – ikke bare her fra talerstolen, men helt bogstaveligt talt.

Men du er i gode hænder.

For lægestanden er en fagligt stærk sparringspartner. Og du vil opdage, at vi ikke bare ser problemerne. Vi tager også ansvar for at løse dem.

Det er faktisk noget af det bedste ved at samarbejde med Lægeforeningen.

Tak for ordet.