



## Formandens politiske tale til Lægemødet 2021

Kære gæster, kære kolleger.

Lad os indlede med et besøg på et hospital.

Vi skal først omkring kræftafdelingen.

Her er patienter, der får kemoterapi og strålebehandling. De er hundesyge. Nogle er i gang med deres første serie behandlinger, nogle har mere håb end andre. De har alle brug for behandling – enten ambulantly eller under indlæggelse - inden de kan komme hjem igen.

Forestil jer, at I er en af de læger, der arbejder her på afdelingen.

Ville I afbryde et strålebehandlingsforløb eller den nødvendige serie kemoterapi, fordi der var en ny kræftpatient på vej ind på afdelingen, der var lidt dårligere? - og sende vedkommende hjem, selvom hun uomtvisteligt havde et behov for sin behandling?

Nej, det ville I nok ikke.

Nu vi er på hospitalet, så runder vi også lige mave-tarm kirurgisk afdeling.

Kan I se for jer, at I som læger hér ville være nødt til at sende patienter hjem med stærke mavesmerter med besked om at observere sig selv, fordi der var kommet for mange patienter?

Eller at Iovre på ortopædkirurgisk afdeling skulle vælge mellem at operere den ene eller den anden patient med benbrud ud fra, hvilket brud der var 'værst' at gå rundt med? – fordi der kun var operationstilbud til den ene og krykker til den anden?

Nej, det ville I selvfølgelig ikke. Det lyder jo ret absurd og er også let karikeret – det medgår jeg. Men dvæl lige ved det en stund. Der ville jo lyde et ramaskrig.

Ikke desto mindre er det situationer, som lægerne på psykiatriske afdeling befinder sig i.

Et stort flertal af læger, der arbejder i psykiatrien, oplever, at de hver uge eller endda dagligt må udskrive patienter med psykiske lidelser, før de er færdigbehandlet.

Eller afvise den ene patient, fordi en anden patient har det endnu værre.

Konsekvensen er, at mange patienter meget hurtigt bliver indlagt igen.



Enten lige så syge, som de var, da de blev udskrevet, eller også har de fået det værre, fordi de aldrig fik den hjælp, som de havde brug for i første omgang.

De ender som svingdørspatienter, der ryger ind og ud af hospitalet.

Det er uacceptabelt for mennesker med psykiske lidelser. Det er uacceptabelt for deres pårørende.

Og det er uacceptabelt overfor for læger, sosu-assistenten, sygeplejersker og andet sundhedspersonale, som hver dag gør deres absolut bedste for at prøve at hjælpe svært syge patienter.

Der skal gøres noget - nu.

Derfor har Lægeforeningen i dag lanceret et ambitiøst psykiatriudspil, som det vil være oplagt, at Sundhedsstyrelsen og politikerne bruger i deres 10-årsplan for psykiatrien.

Et udspil med en række konkrete forslag til, hvordan mennesker med psykisk sygdom kan få en behandling, som vi kan være bekendt.

Vi værdsætter, at Folketinget sidste år afsatte ekstra midler til psykiatrien.

Det ser vi som en erkendelse af, at der er et problem.

Men der er brug for endnu flere penge og i længere tid. Sådan tilsiger de faktiske forhold.

Lægeforeningen foreslår derfor også i forlængelse af udspillet, at Folketinget enes om en 10-årig investeringsplan med et årligt løft af psykiatrien på 5 procent.

Det svarer til en realvækst på 450 millioner kroner årligt i den regionale psykiatri. Hertil kommer behov for investeringer i socialpsykiatrien og i misbrugsbehandlingen.

Alle disse penge skal over en årrække gå til at få opbygget den nødvendige kapacitet, sikre de rette kompetencer, og til at understøtte høj kvalitet i behandlingen af alle borgere med psykiske lidelser.

Men psykiatriens problemer er komplekse. Jeg ved godt, at alt ikke kan løses fra Christiansborg.

10-årsplanen bør derfor ikke bare handle om ressourcer.



Den bør også være startskuddet til et forpligtende samarbejde.

Kommuner, regioner, myndigheder, praksisområdet og faglige miljøer - herunder selvfølgelig læger - skal arbejde tæt sammen.

Og så mener vi også, at det er nødvendigt, at myndigheder og fagfolk i fællesskab følger op på, om de tiltag, der bliver sat i gang, rent faktisk også virker for patienterne.

Vi skal turde sætte konkrete mål for indsatsen. Ellers kommer vi ingen vegne.

Konkret skal vi fx lægge os fast på, at den overdødelighed, der er blandt svært syge voksne med en psykisk lidelse, skal bringes ned. Og vi skal sikre, at det rent faktisk også sker.

Vi skal sikre os, at familiefaren med den svære depression ikke falder ud af arbejdsmarkedet.

Og at den 15-årige pige med ADHD kan gå ud af folkeskolen med en afgangsprøve – og – ikke mindst – forventninger til fremtiden.

Ikke engang halvdelen af børn og unge med en psykiatrisk diagnose gennemfører folkeskolens afgangsprøve. Synk lige det – og gør det, mens I tænker på jeres børn derhjemme og de håb I selv har for deres fremtid.

Vi har et alvorligt problem – og derfor skal det også være tårnhøje ambitioner, der afspejles i den 10-årsplan.

Den skal være ligeså ambitiøs som de kræftplaner, vi har set løfte kvaliteten i behandlingen af patienter med kræft.

Lægeforeningen er parat til at tage et stort medansvar for en stærk psykiatri.

Men - kære politikere - vi forventer, at I løfter jeres ansvar for at skabe de forudsætninger, der skal til for, at vi hurtigst muligt kan få psykiatrien op på et niveau, som patienterne kan være tjent med.

Som de pårørende også kan være trygge ved.

Som vi som læger kan stå inde for.

Og som samfundet kan være bekendt.

Hverdagen i vores sundhedsvæsen er tætpakket og travl.

Den kan være stressfyldt, og der vil ske fejlskøn.



Derfor har vi et tilsyns- og klagesystem, hvis fornemmeste opgave er at forbedre patientsikkerheden.

Et system, som skal samle viden om fejl – hvis det var fejl – udbrede den viden, og dermed sikre, at vi bliver klogere i sundhedsvæsenet. Så de samme fejl ikke sker igen.

Desværre har vi i dag et system, som ikke lever op til sit formål. Hvor jagten på 'de brodne kar' bliver en mistænkeliggørelse af alle.

Frygten for at fejle og dermed risikere at blive involveret i en klage eller tilsynssag er skræmmende stor hos os læger.

Faktisk er hver anden læge nervøs for at blive involveret i en tilsynssag. Og det på trods af, at det faktisk kun ganske få læger i deres arbejdsliv oplever at få en tilsynssag, som kan være meget indgribende.

Mange af os får til gengæld på et eller andet tidspunkt i vores lægeliv en klagesag. Men selv om det kan synes som en del af det at være læge, så går knap hver anden læge også rundt og er urolig for, at en patient skal klage over hende eller ham.

Dertil kommer, at næsten 6 ud af 10 læger ikke stoler på, at tilsyn fra Styrelsen for Patient-sikkerhed kun fører til sanktioner, hvis det er nødvendigt for patientsikkerheden.

Den frygt og mistro er et resultat af systemets tilgang og fører til mistillid.

Og det er helt urimeligt, at så mange af os skal gå rundt og have ondt i maven over at passe vores arbejde.

Langt de fleste sager – både i klage- og tilsynssystemet – ender uden kritik eller påtale.

Sådan oplever vi det bare ikke. Tilgangen fra myndighederne er, at der nok er noget 'at komme efter'. At der dybt i os alle findes det brodne kar.

Læg dertil, at både patienter og læger ofte skal gennem meget lange forløb med frustrerende ventetid på, at sagen bliver afgjort.

Den måde, tilsyns- og klagesystemet håndteres nu, fører til defensiv medicin og et sundhedsvæsen, der lukker sig om sig selv.

Dét er IKKE at sikre læring.

Vi skal have genoprettet tilliden mellem os læger og myndighederne.

Det kræver noget af myndighederne. Det kræver noget af lovgiverne. Det kræver noget af os læger.



Jeg har derfor et meget vigtigt budskab her i dag til sundhedsministeren, de øvrige politikere og myndighederne:

Skab nu et system, hvor fejl bruges aktivt til at gøre sundhedsvæsenet bedre og mere sikkert.

Hvor vi har tillid til myndighederne, når vi 'får en sag'.

Hvor vi får fyldestgørende og grundig information, og hvor vi ikke skal vente i årevis på afgørelser.

Konkret bør I sætte gang i den evaluering af tilsynssystemet, som I længe har lovet, og som der er lovgrundlag for at gennemføre.

I samme ombæring kunne I godt lige give klagesystemet samme kritiske blik. Her er også meget at komme efter.

Patienterne vil have et mere sikkert sundhedsvæsen – det vil vi også - og vi skal have en bedre retssikkerhed.

Min morfar døde ret pludseligt i 1986. Det var en blodprop i lungen.

Han var typen, der gik til læge hvert halve år og fik det hele checket. Alligevel blev han kun 71 år.

Havde det været i dag, var han muligvis overlevet.

For hele vores præhospitale indsats og vores muligheder for hurtig diagnostik har markant flyttet sig.

Min mormor døde som 73-årig i 1991. Hun fik tyktarmskræft. Det var hun sikkert ikke død af i dag.

I dag screener vi for blod i tarmen og har efterhånden gode resultater med at behandle tyktarmskræft.

Min mormor og morfar er gode eksempler på, at de sygdomme, man døde af for bare 20-30 år siden - dem overlever mange i dag.

Hurtig diagnostik og nye men også dyrere behandlinger gør det muligt, at mennesker både overlever og lever længere med deres kroniske sygdom – ofte mere end én. Kræft, KOL, diabetes, hjertesygdom – der er nok at tage af.

Det er faktisk en succeshistorie.



Men det har også nogle konsekvenser at vi kan så meget mere, og det er allerede godt i gang med fundamentalt at ændre vilkårene for sundhedsvæsenet.

Det betyder nemlig, at patienterne vil flokkes på sygehusene, i almen praksis, i speciallægepraksis og i de kommunale tilbud.

Det gør de allerede. Og det bliver endnu voldsommere i de kommende år.

Og de kræver alle behandling i længere tid.

Vi må spørge os selv: Kan VI levere på det? – kan sundhedsvæsenet levere på det?

De seneste 10 år er antallet af danskere over 65 år vokset med en kvart million. Det svarer til Aalborg og Omegn.

Antallet af danskere over 80 år bliver tæt på fordoblet - fra 270.000 nu til knap 500.000 i 2040. Det er flere end der bor i Aarhus.

Udfordringer spidser altså til!

Derfor har vi længe kæmpet for politisk forståelse for, at der er brug for flere ressourcer både til flere patienter og til nye behandlinger og metoder – og for nye måder at organisere vores samlede indsats på.

Den forståelse kiggede jeg langt efter i onsdags, da økonomaftalen for sundhedsvæsenet landede.

Det er en dybt skuffende aftale – både økonomisk og visionært.

Der er brug for mindst 2 mia. kr. ekstra om året, men aftalen indeholdt kun knap 1,2 mia. kroner ekstra.

Det dækker nærmest kun den demografiske udvikling, så det vil være besparelser og 'effektiveringer', der kommer til at betale de kommende nye og ofte dyre behandlinger.

Regeringen har varslet, at der er en ny sundhedsaftale på vej. Måske kommer visionerne så hér.

Jeg håber, at den kommer til at afspejle en helt anden forståelse for alvoren i situationen. For de nødvendige ressourcer og for en gennemgribende og visionær plan for, hvordan vi bygger fundamentalt om i vores sundhedsvæsen.



Og her tænker jeg selvfølgelig ikke på konkrete bygninger. Fremtidens sygehuse er jo allerede godt i gang med at blive opført rundt omkring i landet. Og gevinsten ved det meget specialiserede skal vi holde fast i.

Jeg tænker på, at du, kære Magnus, skal benytte lejligheden til at skifte din corona-general hat ud med en arkitekt- eller bygherre-hjelm.

Og som en anden Bjarke Ingels eller Jørgen Utzon skal du tegne stregerne for, hvordan fremtiden i sundhedsvæsenet skal se ud.

Der skal - i overført betydning - både bygges til og renoveres. Der skal være højt til loftet, så der er plads til at få nye idéer. Dørene mellem de forskellige rum og sale skal både være af glas, så vi kan se, hvad hinanden arbejder med, og lette at åbne, så patienterne – måske også nogle af os – kan gå ind og ud af de forskellige sektorer.

Vi har i dag hørt, du har været i gang med pennen sammen med Danske Regioner og KL. Lægeforeningen melder sig gerne på banen som rådgivende ingeniører i processen. Der er brug for ingeniører til at fortælle, hvad kan lade sig gøre, og hvad der er fagligt forsvarligt.

Derfor har vi også lanceret et sundhedsudspil med en række pejlemærker for fremtidens sundhedsvæsen:

Styrk forebyggelsen – markant.

Bekæmp ulighed i sundhed.

Løft kvaliteten med en klog opgavedeling og flere læger.

Giv plads til fagligheden.

Og mere nærhed og sammenhæng.

Det er desværre langt igen, før vi kan sætte 'flueben' ved alle vores konkrete forslag til politikerne.

Men med etableringen af 21 sundhedsklynger – som vi også har beskrevet på præcis samme vis i vores udspil – er vi på vej i den rigtige retning.

Flere steder i landet er der allerede kommet gode resultater ud af, at fagfolk fra de forskellige sektorer har sat sig sammen for at styrke samarbejdet om patienter, der har forløb, der går på tværs.

Lad det være inspiration for sundhedsklyngerne.

Og bid lige mærke i, at jeg lagde tryk på fagfolk.



Det er godt, at der også er politikere tæt på sundheds-klyngerne. Det er jo dem, som i sidste ende skal tage beslutninger og foretage prioriteringer.

Men når det er sagt, så er det afgørende, at det er fagligheden og ikke snæversynet sognerådspolitik, som kommer til at præge de faglige løsninger.

Og det gælder også, når det kommer til styringen.

Økonomisk detailstyring skal ikke diktere, om en ældre medborger har bedst af fx at blive indlagt eller behandlet i eget hjem.

Det er patientens behov og lægens faglige vurdering, der skal afgøre det.

Så fru Knudsen på 78 år med kræft og KOL kan få lige netop den behandling og rehabilitering, som passer til hendes behov - både på hospitalet, når hun kommer hjem igen - ja, resten af hendes liv.

Og så Per på 28 år med skizofreni kan få støtte til at flytte i sin egen bolig og måske komme i gang med en uddannelse, efter at han er blevet udskrevet efter lang tids indlæggelse på en psykiatrisk afdeling.

For det handler nemlig om at skabe samarbejde på tværs af sektorer. Uden forhindringer.

Her er jeg også nødt til at sige, at der er store udfordringer i den skarpe opdeling og den manglende sammenhæng mellem sociallov, servicelov og sundhedslov. Det går ikke længere, hvis vi skal have reel sammenhæng, transparens og kvalitet.

Og endeligt vil jeg lige opfordre dig, kære Magnus, til at sørge for, at ældreområdet igen kommer ind under sundhedsministeriet. Det giver altså bare ingen mening at splitte sundheds- og ældreområdet i to forskellige ministerier. Vi skal ned i kompleksitet – ikke op.

Men det er ikke tilstrækkeligt at konstruere smukke rammer for fremtidens sundhedsvæsen – der skal også være substans og kvalitet indenfor.

Det kræver også, at der er personale - læger, sosu-assistenters, sygeplejersker - til at udføre undersøgelser, behandlinger og pleje.

Hvis det skal lykkes at komme i mål med at opbygge og ruste et sundhedsvæsen til fremtiden, er der i den grad brug for flere speciallæger.

Det gælder praktiserende læger og speciallæger i psykiatri - både i voksenpsykiatri og børne- og ungdomspsykiatri.





Det gælder geriatere

Lungemedicinere.

Røntgenlæger.

Bare for at nævne nogle.

Når jeg før sagde, at vi skal til at se på opgaverne i sundhedsvæsenet på en helt ny måde, så handler det også om, at vi som læger får nye opgaver.

I langt højere grad end i dag skal vi understøtte hinanden på tværs af sektorerne.

Den specialiserede viden fra sygehusene skal bistå kollegaerne i almen praksis og speciallægepraksis i videre omfang – og speciallægepraksis skal spille en mere fremtrædende rolle i hele landet i samarbejde med almen praksis.

Sammen og på tværs skal vi sikre det høje faglige niveau i hele sundhedsvæsenet – uanset hvor patienterne er.

Så fru Knudsen eller Per, som vi mødte tidligere, kan få den fagligt rigtige behandling hos den praktiserende læge, i kommunen eller hos en praktiserende speciallæge – selv når opgaverne bliver endnu mere specialiserede og komplekse dér.

Hvis det skal lykkes, så kræver det flere speciallæger.

Så når jeg siger dimensioneringsplan, så lyder det måske nok tørt og teknokratisk.

Men ikke desto mindre er lige netop dimensioneringsplanen afgørende for kvaliteten af fremtidens sundhedsvæsen.

Det første udkast fra Sundhedsstyrelsen blev i april trukket tilbage. Udkastet lagde nemlig op til at uddanne færre speciallæger, end vi har brug for.

Dermed åbner der sig jo nye muligheder for at gøre tingene på den rigtige måde.

Jeg vil opfordre regeringen og de politiske partier til at sikre, at der i dimensioneringsplanen er rammer og muligheder for at uddanne det nødvendige antal speciallæger.

Sundhedsstyrelsen bør som øverste sundhedsfaglige myndighed tage sit ansvar på sig og levere en vurdering af det reelle FAGLIGE behov for speciallæger.



Og det er afgørende, at regeringen og Folketinget kender konsekvenserne for patienterne, hvis der ikke uddannes det tilstrækkelige antal speciallæger – yderområderne taber og uligheden stiger.

Et af de områder, hvor manglen på speciallæger, er særdeles udbredt, er i almen praksis.

Ifølge PLO er der mere end 120.000 danskere, der ikke har deres egen praktiserende læge. I Nordjylland og Sydsjælland er der i nogle kommuner mere end 80 procent af de praktiserende læger, der har lukket for tilgang af nye patienter.

Derfor var jeg også meget tilfreds, da et bredt flertal i Folketinget her i april valgte at sige ja til at finde brugbare løsninger af høj kvalitet til at sikre, at alle danskere kan have en praktiserende læge.

Men jeg var jublende henrykt over, at de også sagde, at det skulle være uden brug af tjenestepligt.

Tusind tak for det!

Jeg vil også gerne takke sundhedsministeren for allerede at have inviteret til et nyt samarbejde, som skal finde løsninger på lægemanglen i almen praksis. Jeg håber, at det vil munde ud i politiske forhandlinger allerede i efteråret.

Vi er klar og har en række konkrete forslag:

Vi skal selvfølgelig have uddannet tilstrækkeligt med speciallæger i almen medicin. Det skal jo være den bærende løsning!

Men på den helt korte bane vil det mest effektive redskab være at give regionerne fleksibilitet og muligheder for at lave regionale aftaler som dels understøtter fastholdelsen af de ældre praktiserende læger, dels understøtter rekrutteringen af nye.

De forslag – og flere endnu – håber jeg, kære sundhedsminister, at du vil bringe med ind til forhandlingsbordet.

Lad os tage tilbage til det hospital, vi besøgte i starten. Vi har forladt kræftafdelingen, mave-tarmkirurgisk afdeling og ortopædkirurgerne.

Vi runder intensivt afsnit, medicinsk afdeling og alle de afledte satellitafsnit.

Her er personalet ved at få pusten efter mere end et års kamp mod COVID-19.

Det har været en kamp, som har vist, at vores sundhedsvæsen kan tilpasse sig nye situationer.



Lynhurtigt fik hospitalet skabt nye COVID-19 afsnit og beredskaber.

Arbejdsgange blev omlagt. Nye idéer fra læger og mange andre sundhedsprofessionelle blev til virkelighed fra den ene dag til den anden - uden bureaukratiske forhindringer.

Alle steder i sundhedsvæsenet er der blevet taget et kæmpe ansvar for, at vi har kunnet komme igennem den her svære tid.

Folk har knoklet dag og nat, weekend efter weekend. Nogle uden ferier.

Corona tog os på sengen. Men vi har heldigvis klaret det godt her i Danmark.

Det må vi tage med videre til tiden efter corona.

Vi må selvfølgelig sikre os, at sundhedsvæsenet er klar til nye epidemier.

Det betyder jo først og fremmest, at beredskabet skal være på plads.

Men det betyder også, at vi skal have et sundhedsvæsen, der ikke er presset til det yderste i hverdagen.

Den gamle skibsredder AP Møller sagde efter 2. verdenskrig:

"Intet tab bør ramme os, som kan undgås ved rettidig omhu".

For sundhedsvæsenet er den rettidige omhu også at skabe den nødvendige bufferkapacitet, så der er plads til det uforudsete.

Så der er plads til et pludseligt rykind af akut syge patienter samtidig med, at vi både kan og skal tage os af de mange andre patienter, som der jo bliver flere og flere af i de kommende år. Og så det, vi undgår at tabe er kvaliteten i behandlingen i vores sundhedsvæsen.

I, politikere, har herunder corona vist stor vilje til at tilføre sundhedsvæsenet de nødvendige midler for at klare epidemien.

Men det er langt mere afgørende for befolkningen, patienterne og sundhedsvæsenet, hvad I tilfører af ressourcer, når vi ikke har en epidemi – fremfor hvor meget I åbner skattebogen mens den pågår.

I har givet frihed og ansvar til, at personalet ude på afdelingerne har fundet løsninger, der har virket.

Den vilje håber jeg også gælder i tiden efter corona. Sundhedsvæsenet skal være en dynamisk størrelse, som hele tiden er i bevægelse. Klar til forandringer.



Det er vi klar til. Nu skal I politikere - blandt andet jer, der sidder her i salen i dag – både vise os den tillid og sørge for ressourcer til, at sundhedsvæsenet kan udvikle sig - også når epidemien er slut.

Det forventer patienterne. Det forlanger vi som læger. Det fortjener sundhedsvæsenet.

Tak for ordet.

