

## **Mundtlig beretning**

### **Repræsentantskabsmødet 2011**

Jeg tror, at de fleste her deler min lettelse over, at valgkampen endelig er overstået. Reelt set har valgkampen jo stået på i mere end et år, og det har ikke været sundt for den politiske handlekraft, der er hårdt brug for under den globale finanskrisen. Desværre har der ikke været nogen klar sammenhæng mellem antallet af politiske udmeldinger og antallet af fremsynede beslutninger det sidste år, uanset hvilken side af Folketinget udmeldingerne er kommet fra.

Fraværet af handlekraft og mod til langsigtede beslutninger har også præget sundhedssektoren og vores medlemmers hverdag. Vi har gennemlevet en turbulent periode med flere afskedigelser, hospitalsfusioner og sygehuslukninger. Vi har set landspolitiske slagsmål om placering af supersygehuse og akutmodtagelser. Det har ikke altid været lige kønt og heller ikke altid elegant gennemført.

Men et er karakteren for det kunstneriske indtryk. Langt mere alvorligt er fraværet af langsigtede og fremsynede beslutninger, der kan skabe arbejdsro i sundhedsvæsenet. Og ikke mindst løse de alvorlige økonomiske problemer der er udsigt til både på kort og langt sigt, og som kan true fundamentet for bl.a. sundhedsvæsenet. Her savner vi mod og handlekraft hos politikerne.

Vi har fået en ny regering, men det er endnu for tidligt at sige, hvilke konkrete aftryk den vil sætte på sundhedsvæsenet. Dog ser det ud til, at vores ønske om at få justeret den firkantede behandlingsgaranti bliver opfyldt. Det fremgår af regeringsgrundlaget, at fremover skal det være et lægeligt skøn, der i langt

højere grad skal afgøre, hvor hurtigt en behandling skal tilbydes. Regeringsgrundlaget lægger også op til, at vi får en langsigtet plan for udbygning og udvikling af psykiatrien. Det kan vi kun hilse velkomment. Samtidigt indføres en udredningsgaranti på 30 dage, denne kræver dog en nærmere beskrivelse for, at den kan konsekvensvurderes.

Men vi står som nævnt med nogle alvorlige økonomiske problemer. Statens regnskab ser ud til at udvise et underskud i hvert fald de næste tre år. Det kan i 2012 bringe os i karambolage med EU's krav om, at statens underskud højst må udgøre tre pct. af BNP. Og det er mildt sagt ikke heldigt i en tid med voldsom finansiell uro, især fordi vi har set politikerne agere, som var der slet ikke nogen international økonomisk krise. Desuagtet politikernes adfærd, så må vi selv med et minimum af politisk klarsyn fastslå, at der med 100 % sikkerhed vil komme en økonomisk mager overenskomst i 2013, samt krav om ikke uvæsentlige ændringer i arbejdstilrettelæggelsen, som i sidste og værste instans risikerer at blive gennemført med Folketingets hjælp. Derfor er en gennemdrøftelse af disse forhold væsentlige og begrundelsen for bestyrelsens valg af et periodeprojekt, som Mogens Hüttel kort vil omtale efter min beretning.

På denne ikke særligt opmuntrende baggrund kan det være nyttigt at fundere over, hvad der driver udviklingen i den danske sundhedssektor, in casu hospitalssektoren. For det bliver næppe flere penge, der kommer til at drive udviklingen de kommende år.

Den floskuløse retorik om etablering af "et sundhedsvæsen i verdensklasse" kan vi med sindsro droppe helt. Det er semantisk set et "Lock Ness syndrom" dvs. et uhyre alle taler om, men som intet menneske nogensinde har set.

Det er imidlertid af flere grunde nødvendigt at være bevidste om drivkræfterne, bl.a. for fortsat at kunne sikre en faglig udvikling og dermed sikre borgerne en adækvat medicinsk behandling – trods mindre gode økonomiske vilkår. Med drivkræfterne som udgangspunkt er det tillige muligt at sikre en løbende udvikling af sygehusenes organisation. Vel at mærke organisationsformer, som tilpasses kerneydelsen, nemlig diagnostik og behandling – og ikke omvendt. En sådan analyse af drivkræfterne vil desuden kunne bidrage til at sikre et ordentligt arbejdsmiljø. Talrige undersøgelser af den sociale kapital viser, at et godt arbejdsmiljø blandt mange andre fordele også giver en højere produktivitet.

Sundhedssektoren er underkastet to hoveddrivkræfter. Den ene er de demografiske forhold med en stigende aldring i befolkningen. Disse tegner sig imidlertid kun for ca. 1/5 af udgiftspresset på sektoren. Den såkaldte ”sunde aldring” betyder, at ældre stik mod tidligere antagelser ikke har behov for flere sundhedsydelser, men at disse udskydes til de sidste leveår.

De resterende 4/5 af udgiftspresset er den efterspørgsel, som kommer i takt med den medicinske udvikling og i takt med, at samfundet og vi alle sammen bliver rigere. Når der udvikles nye, mere effektive og mere skånsomme behandlinger, forlanger oplyste borgerne naturligvis at få adgang til dem.

Den faglige udvikling er alene drevet af den medicinske forskning. Det kan være grundforskning så vel som klinisk forskning. Men under alle omstændigheder indtager lægerne en af hovedrollerne i denne proces.

Hvis man skal illustrere denne udvikling med nogle få kliniske eksempler, kan jeg f.eks. nævne hele ændringen i ulcuskirurgien, indførelse af laparoskopisk kirurgi og forskningsresultaterne vedr. en række onkologiske indgreb, som har

bevirket samling af operationerne. Det er også oplagt at nævne de accelererede patientforløb, som er et eksempel på, at grundforskning bliver til anvendt klinisk forskning og til klinisk praksis, om end ganske langsomt.

Denne udvikling har givet anledning til en række strukturændringer, der omfatter både nedlæggelse af afdelinger og restriktioner i afdelingernes arbejdsområder. Hvilket undertiden har givet anledning til gråd og tænders gnidsel både blandt borgere, politikere og kollegaer. De nævnte eksempler må nok karakteriseres som overvejende historiske. Men hvad så fremadrettet? Er det muligt at finde en organisationsstruktur for sundhedsvæsenet, der kan imødekomme og give optimale vilkår for de forskningsmæssige og medicinske fremskridt, som vi vil se fremover? Og helst på en mere rationel måde end tilfældet er i dag.

Hvis vi skal prøve at se ind i fremtiden for sygehusenes organisationsformer, kan det være nyttigt at tage udgangspunkt i et konkret område. Lad os f.eks. se på kardiologiens aktuelle problemer.

Slår man op i Dansk Hjertestatistik for 2010, vil man se, at incidensen af iskæmisk hjertesygdom er reduceret med 16 pct. over de sidste 10 år. Ligeledes fremgår det, at antallet af hjertekirurgiske indgreb falder. Bypass er eksempelvis faldet med 6,1 % i perioden fra 2005 til 2009. Samtidig er aortaklapkirurgi på vej ned. Det kan skyldes, at en del af disse indgreb nu udføres med kateterteknik hvilket på kort sigt kan medføre kortere liggetider. På længere sigt kan indgrebet måske overgå til ambulat behandling.

Grunden til at jeg ret detaljeret nævner tal fra et bestemt speciale er, at vi ser følgerne af denne udvikling i regionerne. Netop i disse måneder har Region

Hovedstaden for jeg ved ikke for hvilken gang indledt en afskedigelsesrunde. Årsagen er, at man i Region Sjælland har ophævet samarbejdet med Region Hovedstaden om flere højt specialisere behandlinger. I stedet henvises visse kategorier af kardiologiske patienter til Region Syddanmark ud fra en økonomisk betragtning og ikke en faglig vurdering.

I den forbindelse skal jeg ikke tage stilling til, om hovedstaden har forlangt for høje takster eller om Syddanmark bare er bedre købmænd end de øvrige regioner. Samtidigt hermed skal den nordlige del af Region Syddanmark trække patienter hjem fra Region Midtjylland, nærmere betegnet Skejby. Denne hjemtagning af patienter udspringer ikke af et ønske om at sikre borgerne den bedst mulige behandling. Den handler derimod om at bevare nogle enheder, der er truet af faldende aktivitet som følge af den videnskabelige og faglige udvikling. Når antallet af hjerteoperationer konstant falder, er der ikke længere plads til at sende patienter til andre regioner. Men i denne proces er der tilsyneladende ingen, der kigger på, om omlægningen af hjertebehandlingen kunne bruges til nogle fremsynede og offensive ændringer af strukturerne i sundhedsvæsenet. Det er beklageligt og ikke fremmende for vores arbejdsvilkår.

Desværre må man konstatere, at regionernes adfærd næppe heller reducerer bureaukratiet. Jeg vil gerne understrege, at det er et betydeligt problem, hvilket klart demonstreres af Finansministeriets opgørelse i 2010 som fremgår af dette billede (**POWERPOINT**). Det skal anføres, at sundhedspersonalets ikke-kliniske arbejde ikke er medtaget i denne opgørelse. I øvrigt er det så tankevækkende, at man samtidigt med denne beslutning gentagne gange kan læse i de fynske aviser, at man på OUH må aflyse operationer grundet manglende intensivpladser. Er sådanne politiske beslutninger overhovedet

gennemtænkt og kapacitetsberegnet på Regionsgården i Vejle, og er det i det hele taget udtryk for en hensigtsmæssig forvaltningsorganisation i DK?

Det er indlysende, at medicinske fremskridt meget vel kan bevirke, at behovet for visse afdelinger eller fagområder kapacitetsmæssigt reduceres eller måske direkte nedlægges, en sådan reduktion skal naturligvis også effektueres, så den samfundsmæssige gevinst kan høstes. Men processen må foregå på en struktureret måde, således at de fremtidige forskningsmæssige og undervisningsmæssige forhold tilgodeses. Arbejdsmiljøet ville også forbedres betydeligt, hvis sundhedspersonalet ikke hele tiden skulle være bekymret for at se TV eller læse aviser, om deres stillinger nu atter er i fare, fordi nogle politikere har fået en efter deres mening god ide. Nogle gange kan man godt få den tanke, at hele dette politiske cirkus er udløst af, at ingen tør sige, at en eller flere afdelinger blevet overflødige på grund af den faglige udvikling.

Man kan kaste sig ud i spådommens kunst på andre område. Forestil jer, hvad der vil ske, hvis brusk- og knogleforskning pludselig ændrer behandlingen for patienter med behov for alloplastikker, så de ikke længere har brug for operationer, men for medicinsk behandling. Skal reduktionen i ortopædisk kapacitet og en tilsvarende udvidelse på det medicinske område baseres på lokalpolitik og købmandskab? Eller skal vi tage udgangspunkt i en faglig vurdering af, hvor man har de bedste fysiske rammer og det bedste videns- og erfaringsgrundlag, og hvor man står bedst rustet til forskning og undervisning? Svaret burde være oplagt, men vi kan ikke forvente, at det vil gå sådan i den virkelige verden.

Min bekymring er, at de nuværende sektorgrænser mellem regionerne konstant vil være til hindring for en hurtig og smidig omstilling i takt med den

forskningsmæssige udvikling. Samt at snævre lokalpolitiske synspunkter vægtes tungere end de faglige og arbejdsmiljøet. Det skal samtidigt retfærdigvis anføres, at det ikke kan være anderledes betinget af triaden: blok-finansiering, behandlingsgarantier og DRG systemet. Det er i øvrigt værd at bemærke, at dette problem er stort set uforandret på trods af, at der allerede i 1985 blev sat fokus på problemet med den såkaldte samordningsbetænkning.

Derfor er jeg – i hvert fald på dette område – tilhænger af Aleksander den Stores fremgangsmåde. Han huggede som bekendt den gordiske knude over, og han forsøgte sig ikke med hjælp af en skare af embedsmænd, som er den traditionelle danske fremgangsmåde jvf. den tidligere nævnte statistik.

I den forbindelse er jeg ikke blind for, at der også i Folketinget kan føres lokalpolitik, men den bliver mere synlig og udvandes mere end på regionalt niveau.

Indenfor samme emnekreds kunne tages diskussionerne om, hvad jeg vil kalde ”lægekrigen” vedr. ovariecancerkirurgien, som har givet anledning til flere offentlige fejder mellem forskellige afdelinger. Det sidste jeg har set er et hospital, der i et læserbrev måtte berolige den lokale befolkning om, at den af dem anvendte behandlingsmetode var fuldt forsvarlig, hvad en anden afdeling tilsyneladende havde anfægtet. En lignende offentlig polemik har været ført et par år tidligere mere øst på i landet. Jeg har ingen forudsætninger for at tage stilling til den faglige sandhed, men kan blot konstatere, at fremgangsmåden er etisk uacceptabel over for en gruppe patienter med en særdeles belastende sygdom og lidet smigrende for standen. Jeg vil i den forbindelse rejse det spørgsmål: Hvis der havde været nationale behandlingsvejledninger, og hvis der ikke havde været regionale sektorgrænser eller andre lokal patriotiske hensyn,

var denne situation så opstået? I regeringsgrundlaget nævnes at: ” Sygehusvæsenet skal yde ensartet kvalitet i alle dele af landet”, dette vil efter en klinisk vurdering være ensbetydende med grønt lys for indførelse af nationale behandlingsvejledninger.

Der er med andre ord på alle fronter brug for, at vi kommer sektorgrænserne til livs. Vi kan ikke løse problemerne med hjemtagning, lokale fejder og de øvrige uheldige konsekvenser af sektorgrænserne med nye bureaukratiske tiltag. Det er baggrunden for, at Overlægeföreningen har meldt klart ud i debatten om regionernes fremtid og foreslået dem nedlagt. Så længe man opretholder fem – eller for den sags skyld tre – selvstændige regioner, vil lokale hensyn komme til at spille en alt for stor rolle. Det samme gælder med en opsplitning af primær og sekundær sektor. Sygehuse og almen praksis skal være underlagt samme ledelse og økonomi, og det samme gælder alle andre instanser, der leverer ydelser til det samlede patientforløb.

Netop derfor ville det være oplagt at etablere en organisationsmodel inspireret og baseret på nogle af elementerne fra Kaiser Permanente tankegangen. Her har man et fuldt integreret sundhedsvæsen, hvor alle arbejder efter de samme retningslinjer, uanset om vi taler almen praksis, hospitaler, rehabilitering og forebyggelse. Der foreligger i dag forskningsmæssige dokumenterede positive kliniske effekter ved denne model sammenlignet med tilsvarende forhold i den danske sundhedssektor. Og selv om det amerikanske sundhedsvæsen adskiller sig markant fra det danske, er der en lang række forhold i Kaiser Permanente modellen, som vi alligevel kan overføre.

I den forbindelse vil jeg gerne komme med et dybt hjertesuk. Der foreligger et stort dansk-amerikansk forskningsprojekt finansieret af Rock-wool fonden, og

ikke af den danske stat eller Danske Regioner, hvilket efter min mangeårige erfaring i det fagpolitiske system nærmest må karakteriseres som værende pathognomisk for strukturændringer i sundhedssektoren – også i amternes tid. De forskellige politiske niveauer ønsker ikke at undersøge strukturændringer, hverken pro- eller retrospektivt. DDKM og JCI er i øvrigt strålende eksempler på dette adfærdsmønster. Når der så endelig foreligger undersøgelser af høj kvalitet, ja så gider man fra politisk side åbenbart ikke bukke sig ned og samle guldet op.

Problemstillingen er altså ikke regioner eller ej, men derimod et sammenhængende og integreret sundhedsvæsen. Desværre ser udviklingen ikke ud til at gå i denne retning. I den nuværende organisationsmodel varetager kommunerne en række centrale sundhedsopgaver, og sektorgrænserne fjernes heller ikke med VKO-blokkens forslag, der blev fremlagt før valget. Ganske vist blev antallet af regionsgrænser reduceret til tre, men til gengæld blev almen praksis overflyttet til kommunerne, som dermed stod til at få flere sundhedsopgaver end tidligere.

Efter valget ser det ud til, at den nye regering foreløbigt vil bevare de 5 regioner, selv om dette ikke fremgår eksplicit af regeringsgrundlaget, samt at regeringsgrundlaget lægger op til en analyse af snitfladeproblematikken. Dermed omtales ej heller funktionsindholdet i evt. fremtidige regioner. I den forbindelse er det nyttigt at erindre udtalelserne fra 2007, da kommunalreformen blev gennemført. Her påpegede kommunerne gang på gang, at de sagtens kunne varetage de nye sundhedsopgaver og vel egentligt også mere.

Disse tidligere udtalelser skal sammenholdes med en kronik i september 2011 skrevet af Jan Trøjborg og Erik Fabrin. Det er værd at hæfte sig et øjeblik ved de

to debattører. Jan Trøjborg er formand for Kommunernes Landsforening, socialdemokrat og tidligere forsvarsminister. Erik Fabrin er venstremand og i dag næstformand i KL. Han er formentlig også pennefører for den kommunale del af VKO-forslaget.

En kronik, der rettelig burde kaldes KLs politikpapir på sundhedsområdet, der altså er skrevet af to topfolk fra landets største partier, fortsætter i samme spor som i 2007 – nemlig at kommunerne skal overtage alt sundhed i nærmiljøet undtagen sygehusene eller i hvert fald supersygehusene. Min politiske vurdering af magtspillet mellem kommuner og regioner – som i øvrigt har været ganske intenst det sidste år specielt i relation til kommunernes økonomiske bidrag til regionerne – det spil taber regionerne. Min vurdering er at regionernes opgavevaretagelse mindskes – dog med fastholdelse af det tilsyneladende sakrosante tal 5. Og i nærhedsprincippets hellige navn vil almen praksis og distriktpspsykiatrien befinde sig i en overhængende risiko for at blive overført til kommunerne. En bekymring som ikke bliver mindre efter at have læst regeringsgrundlaget. Endvidere vil man fra regeringens side ukritisk sætte kikkerten for det blinde øje og lade kommunerne fortsætte med opgaverne omfattet af servicelovens §§ 85 og 86., der siger, at kommunerne skal sørge for tilbud om træning af personer med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne. Ligesom misbrugsbehandlingen forbliver i kommunernes varetægt. Dette sker på trods af, at det er vel dokumenteret, at kommunerne ikke er i stand til at løfte opgaverne. Ændringen sker næppe inden for de første par år, da den formentlig er lavere prioriteret end de presserende uløste økonomiske problemer. Men meget tyder på, at den ikke desto mindre kommer.

Uanset hvad, vil den økonomiske situation bevirke, at sundhedssektorens funktion løbende vil blive udsat for en vedvarende strukturdiskussion og

ændringer, herunder risikoen for nye besparelserunder og beklageligvis også nye personalereduktioner.

Derfor er det vigtigt, at overlægerne præger debatten. Vi har en reel mulighed for at påvirke udviklingen på nuværende tidspunkt, hvor beslutningerne endnu ikke er truffet. Grunden til at jeg påpeger dette er, at mine oplevelser af debatten vedrørende ændring af den regionale organisation og andre strukturændringer har været meget præget af udsagn som: ”eksperterne mener”. Jeg har for ganske nylig deltaget i et møde med de øvrige organisationer på sundhedsområdet, hvor det blev fremført som forsvar for regionerne: at ”eksperterne siger, at de effektive”. Men da regionernes funktion for 80 – 90 % vedkommende udgøres af hospitals- og praksissektoren, så er spørgsmålet: Hvem er egentlig eksperterne her?

Hvis man skal deducere ud fra den aktuelle debat, så er kravet til ekspertfunktionen, at man ikke har konkret berøring med klinisk arbejde. Udsagnet er nok lidt polemisk. Når jeg oplever denne argumentation, får jeg associationer til timerne i oldtidskundskab, hvor vi lærte om oraklerne i antikkens Grækenland. I dag er oraklerne på sundhedsområdet flyttet til Danmark, men ellers er ikke meget forandret. Jeg er fuldt ud klar over, at analyse af samfundsstruktur naturligvis også hviler på andre videnskaber end den rent medicinske, men ikke i det omfang som tilfældet tilsyneladende er i dag. Endelig må det nævnes, at nogle af de såkaldte eksperter har været med til at etablere regionerne, så inhabiliteten er vel egentlig ganske iøjnefaldende. Derfor bestyrelsens opfordring til aktiv deltagelse i den offentlige debat, da vi lever i en tid, hvor den offentlige debat har stor indflydelse på de politiske beslutninger.

Imidlertid må jeg så i samme åndedrag også medgive, at det kan være svært at kaste sig ud i den offentlige debat. Problemerne med ytringsfrihed for offentligt ansatte, herunder læger, er langt fra løste. I et naivt øjeblik troede jeg, at det var et overstået kapitel i Danmark. Det må jeg nu blot konstatere, at det er det ikke. Vi har på det seneste hørt flere konkrete beretninger om medlemmer, der ikke tør tage til orde og om medlemmer, der bliver irettesat af regionale embedsmænd, selv når de fremsætter ganske indlysende og ukontroversielle udsagn om indretningen af sundhedsvæsenet. Det samme har Dansk Sygeplejeråd i øvrigt dokumenteret i en ny undersøgelse. I den forbindelse vil jeg gerne stærkt henstille til repræsentantskabet, at bestyrelsen orienteres om alle sådanne tilfælde.

Disse problemer er en af grundene til, at Overlægeforeningen opfordrer til, at man får revitaliseret overlægerådene på samtlige sygehuse og institutioner. I den forbindelse skal bestyrelsen stærkt opfordre til, at man deltager i debatten på eget initiativ og ikke sidder og venter på, at en forvaltning eller ledelser efterspørger Overlægerådets stillingtagen, for det gør de nok ikke i så mange tilfælde. Det gør man for så vidt heller ikke for Overlægeforeningens bestyrelse vedkommende, men det afholder os ikke fra at give vores mening til kende om mangt og meget.

I denne sammenhæng har vi i bestyrelsen drøftet mediestrategi for at kunne imødekomme de krav, det moderne samfund stiller, hvis vi vil være med til at påvirke udviklingen og til at skabe debat. Derfor har vi har ansat en presserådgiver og udbygget nyhedsbrevene. Senest har vi som et forsøg og indtil videre som et enkelt stående tilfælde medvirket til, at et dagblad nemlig Politiken har kunnet foretage en medlems-enquete. Beslutningen er taget med ønsket om at kunne medvirke til at den sundhedspolitiske debat kunne føres på

et mere sobert grundlag end de enkeltsagspræge indlæg i medierne. Disse vil utvivlsomt fortsat finde sted i visse fraktioner af medieverden, uden mulighed for os at påvirke niveauet for anstændighed.

Det er ikke, fordi vi specielt kan lide Politiken og ikke bryder os om de andre dagblade, men fordi bladet henvendte sig til os, og vi vurderede, at der forelå en positiv mulighed. På den anden side kunne der være en risiko for at blive bundet op på et eller andet udsagn eller politik. Denne risiko anså vi dog for mindre sandsynligt, da vi kendte de spørgsmål, de ville udsende, uden at vi dermed tog stilling til undersøgelsens samlede validitet, eller om den evt. kunne gøres bedre. Vi har også fået nogle få kritiske kommentar fra medlemmer, men det kan jo blot være toppen isbjerget. Imidlertid er det givet, at hvis vi vil have indflydelse på udviklingen klares dette ikke ved at sidde tilbagelænet i Domus med korslagte arme. I et tilbageblik var det i begyndelsen af min formandsperiode et stort problem, at Overlægeforeningen hele tiden var reaktiv, dvs. vi var så at sige altid bagefter på point, når debatten rullede, og det har mange ulemper i opinionsdannelsen, som i det moderne samfund har en meget stor indflydelse. Derfor vil vi gerne have en debat om, hvordan vi kan påvirke udviklingen, herunder vores ageren på det mediemæssige område. I øvrigt viste det sig, at Politikens undersøgelse var en god platform til at fremføre vores holdninger, især vedrørende de IT-problemer og det bureaukrati, der lægger beslag på en stor del af vores arbejdstid.

Debatten om Den Danske Kvalitetsmodel er et godt eksempel på, at det nytter at sige sin mening højt og klart – også selv om man bliver upopulær i visse kredse. Som de fleste her i salen nok har bemærket, er Overlægeforeningen ikke begejstret for det bureaukrati, modellen fører med sig. I ugeskriftet på mandag kan man læse, at den danske kvalitetsmodel skal slankes. Det er imidlertid ikke

godt nok. Der er brug for en ny kurs. Vi skal højne kvaliteten ved hjælp af kliniske retningslinjer, der kan sikre, at patienterne får den rette behandling – ikke ved at bruge kræfter på alle mulige irrelevante administrative procedurer.

Det har vi sagt gang på gang, og noget tyder på, at den nye regering har lyttet. I hvert fald fremgår det af regeringsgrundlaget, at regeringen vil iværksætte en reform med fokus på tillid, ledelse, faglighed og afbureaukratisering. Regeringen siger, at reformen skal sikre, at den offentlige opgaveløsning i højere grad orienteres mod resultater og i mindre grad mod proceskrav. Jeg kunne ikke være mere enig!

Men regeringsgrundlaget skal ikke få os til at læne os tilbage i den tro, at nu er alt godt. Overlægeföreningen bør tværtimod blive ved med at gøre opmærksom på, når unødigt bureaukrati stjæler tid fra patienterne og fra den lægefaglige kerneydelse, indtil vi har nået vores mål.