



Formandens mundtlige beretning til Lægemødet 2010

ved Yves Sales

Lægemødet i år er specielt. Det er lægemøder jo næsten altid per definition, men i år er det af flere grunde. Bl.a. stod der ikke i de første versioner af drejebogen til dette års lægemøde, at jeg skulle stå her og aflægge denne beretning. Desuden er der sket store forandringer i samfundet omkring os og i det politiske liv.

Først og fremmest har vi fået en ny indenrigs- og sundhedsminister, Bertel Haarder, som har sat sig solidt til rette i stolen – også her forrest i salen - og allerede har været meget synlig som ny minister. Du tiltræder på et tidspunkt, hvor der er turbulens i og omkring sundhedsvæsenet og om den økonomi, som vi har at arbejde med.

Vi er glade for, at du kan være til stede her i dag, og vi glæder os til at lytte til dig og få en dialog lidt senere.

Tak til Jens Winther Jensen

En udskiftning af næsten samme kaliber er sket i Lægeforeningen, idet jeg pr. 1. januar måtte tage over efter Jens Winther Jensen, som besluttede at stoppe for at blive sundhedsfaglig direktør i Region Nordjylland.

Jeg vil godt benytte denne lejlighed til at takke Jens for de næsten fem år, hvor han var formand for vores forening. Du har gjort det fantastisk godt Jens. Du har været et lokomotiv for Lægeforeningen, der i din tid som formand er blevet styrket politisk og organisatorisk - både på de indre og ydre linjer.

Jeg tror også, at du selv har haft personligt udbytte af din tid som formand. Du kom til os som en grøn politikerspire og forlod os som en voksen mand. Vi er i Lægeforeningen glade for at kunne være leveringsdygtige i flyvefærdige højt kvalificerede medarbejdere til det danske embedsværk.

Lad os give Jens en hånd for hans indsats for Lægeforeningen.

Formandsvalg 2010

Men det betyder, at dette Lægemøde skal finde en ny formand for Lægeforeningen. Jeg har fra starten gjort det klart, at jeg ikke stiller op, så i morgen skal vi finde den, der sammen med bestyrelsen kan føre foreningen videre de kommende år – og kan matche Bertel Haarder.



Årets temaer

Jeg vil i denne beretning tage en række temaer op, som har direkte relation til det, som foregår mellem os og vores politikere, og så vil jeg i øvrigt tale om nogle af de øvrige emner, som har optaget os i Lægeforeningen i det forløbne år.

Temaerne er bl.a.

- den vanskelige økonomiske situation og styringen af sundhedsvæsenet
- prioriteringer og ventetidsgarantier
- lige adgang for alle borgere
- lige vilkår for alle udbydere i sundhedsvæsenet
- det præhospitale område, og
- sammenhængen i sundhedsvæsenet.

Hullet i regionernes kasse

Som jeg indledte med at sige, så befinder vi os i turbulente tider. Efter en lang årrække med økonomisk fremgang, og en årrække med markant stigende bevillinger til sundhedsvæsenet, så mødte vi pludselig en ny virkelighed, da dette år knap var kommet i gang. Der var et stort hul i regionernes kasse, og vi oplevede fyringsrunder af en karakter, som vi troede hørte fortiden til.

Vores sundhedsøkonomer fortæller os, at historien kan gentage sig næste år, hvis vi ikke nu skrider til handling.

Der er mange forskellige svar på, hvorfor det er gået så galt. Flere af svarene kan rumme samme grad af sandhed. Vores sundhedsvæsen er i dag en så kompleks organisme, at der ikke er en enkelt faktor, der kan forklare alt. Der er forskel fra region til region og fra sygehus til sygehus.

Men det står klart, at den måde, hvorpå vi styrer vores sundhedsvæsens økonomi, i dag ikke hænger sammen. Sammenblandingen af aktivitetsstyring, rammestyring og manglende mulighed for prioritering kan kun føre én vej: nemlig på kollisionskurs.

Det er ikke kun sundhedsøkonomerne, der maler fanden på væggen. Vores vise mænd i det økonomiske råds formandskab fortæller os, at det blot bliver værre i de kommende år, hvis vi ikke handler. Så vi har i Lægeforeningen aflagt ed på, at vi vil gøre, hvad der står i vores magt for, at vi i tide reagerer på denne udvikling – sammen med politikerne.



Nye styringsredskaber

Jeg har bemærket mig, at vores nye minister har vedkendt sig arv og gæld fra den forrige regering. Men jeg har også bemærket, at den nye regerings arbejdsplan lægger op til, at der sammen med regionerne skal findes nye redskaber til at styre økonomi og budgetter.

Det ser vi frem til, men vi mangler stadig nogle signaler fra det nye regeringshold om, at man er åben overfor en diskussion af, hvordan vi i de kommende år skal prioritere i sundhedsvæsenet og ikke mindst ændre de vilkår, der gælder for det udvidede frie sygehusvalg.

Prioritering og ventetidsgaranti

Jeg er ked af igen at måtte trætte forsamlingen og ministeren med dette, men vi kan altså i denne situation ikke forstå, at 1 måneds ventetidsgarantien nærmest har fået fredhellig status. Vi kan sagtens forstå, at den umiddelbart er let at forklare og er til gavn for nogen, men vel at mærke kun for de patienter, *der omfattes af ordningen*. Men det er jo langt overvejende patienter med behov for lettere kirurgiske indgreb.

Prioriteringen af disse patienter sker på bekostning af de patienter, hvor der ikke er noget alternativ i den private sektor. Dvs. patienter med de tunge kirurgiske og medicinske lidelser. Det er jo ikke et synspunkt, som Lægeforeningen står alene med. Flere meningsmålinger har vist, at et flertal af danskere finder 1 måneds "garanti" ordningen og dens konsekvenser uretfærdig.

Vi undgår ikke at diskutere prioritering i det danske sundhedsvæsen. Det er ikke et valg mellem det private og det offentlige. Vi har brug for begge dele. Det er heller ikke et valg mellem hovedbeskæftigelse og bijob. Vi har brug for begge dele. Men den nuværende behandlingsgaranti bør erstattes af en differentieret garanti, som sikrer hurtig behandling til de patienter, der har mest behov for det. Samtidig bør regionerne sende flere behandlinger i udbud for at undgå brug af privathospitaler som hovsa-løsning.

I et skattefinansieret sygehusvæsen er det nødvendigt at styre udgifterne. Det forpligter politikerne til at være realistiske i deres løfter. Vismændene påviste i deres særlige analyse af det danske sundhedsvæsen fra sidste sommer, at det ikke er realistisk både at opfylde befolkningens forventninger og fastholde de nuværende styringsredskaber.

Så der er brug for at se på den samlede finansiering af sundhedsvæsenet og på de incitamenter, som styrer produktionen.



Et sammenhængende sundhedsvæsen

Det er magtpåliggende for Lægeforeningen, at vi fremover i dette land fortsat har et sammenhængende sundhedsvæsen, der er i stand til at tilbyde alle borgere en behandling af høj kvalitet. Det er os også magtpåliggende at undgå, at sundhedsvæsenet bliver en kampplads for forskellige ideologiske/politiske/økonomiske interesser i samfundet og bliver uglest, fordi det bliver opfattet som et nødvendigt onde og en økonomisk klods om benet på skatteborgerne.

Mindst af alt ønsker vi en opsplitning, hvor de mere velbjegete søger private løsninger, fordi de ikke er tilfredse med den kvalitet, som det offentlige kan levere.

Vi har netop fra USA igen fået demonstreret, hvad et opsplittet sundhedsvæsen betyder. Under præsident Obamas kamp for at få en sundhedsreform igennem i USA oplevede vi, hvor dybe skel det kan skabe i et samfund og, hvor forgiftet det politiske klima kan blive, hvis der er grundlæggende ideologisk betinget uenighed om sundhedsvæsenet, dets finansiering, og tilgængeligheden til dets ydelser.

Derfor ønsker vi dialog om fremtidens udfordringer, og vi ønsker planlægning, der er mere langsigtet end den nuværende hoppen fra tue til tue. Vi skal have tændt det lange lys, som den tidligere formand for KL udtrykte det i sin afskedstale for nylig.

Sundheden som prioriteret område

Derfor er det godt, at regeringen i sit arbejdsprogram har udpeget sundheden som et prioriteret område og har slået fast, at sundhedsområdet ikke er omfattet af de kommende års nulvækst i de offentlige budgetter. Det er blot vigtigt at have for øje, at sundhed er andet end sygehuse og lægeklinikker. Kommunernes indsats på sundhedsområdet skal indtænkes, og der skal tænkes bredt. Sundhed handler også om svømmehaller og cykelstier.

Her er det naturligvis fortrinligt, at vi har fået en indenrigs- og sundhedsminister, der kan se tingene i sammenhæng. Nu kan den ene minister trods alt ikke beskyldes den anden for at være årsag til, at tingene ikke hænger sammen.

Danmark 2020

Regeringen taler i sit program "Danmark 2020" om viden, vækst, velstand og velfærd, og målsætningen for sundhedsområdet er, at vi om 10 år skal være blandt de ti folkeslag i verden, der lever længst. Derfor kunne vi godt tænke os at bruge fire andre slagord om sundhedsvæsenet 2020, nemlig:

- længere levealder



- lighed for patienterne
- lige vilkår for udbydere, og
- lægefaglighed i behandlingen.

Forebyggelse og længere levealder

Vi er ikke imponerede over regeringens indsats for forebyggelse. Det var meget behersket, hvad regeringen tog fra det katalog, som dens egen Forebyggelseskommission kom med sidste år. I det nye regeringsgrundlag lægges der op til stramninger, især på afgiftssiden, men vi har endnu ikke set konkrete initiativer, og det er for fattigt, hvis grænsehandlen igen skal bruges til at skyde stramninger ned.

På alkoholområdet må vi konstatere, at det mange steder er gået ned ad bakke efter, at kommunerne har overtaget ansvaret for behandlingen. Der er blevet alt for mange behandlingssteder og i forskelligt regi. Derfor har vi opfordret til, at der bliver indført en obligatorisk godkendelsesordning for alkoholbehandling. Det, som Sundhedsstyrelsen foreløbig lægger op til, er en godkendelsesordning, der kun er vejledende og i øvrigt kun gælder for private behandlingssteder.

Det er ganske enkelt ikke godt nok, og vi vil i den fortsatte proces arbejde for at få godkendelsesordningen udbredt til at gælde alle behandlingssteder – både private og kommunale.

Lighed for patienterne

Et ordentligt sundhedsvæsen med lige og fri adgang for borgerne er selve kernen i vores velfærdssamfund. Vi har i Lægeforeningen i mange år været fortalere for at sikre patienterne lovfæstede rettigheder. Jeg har allerede redegjort for vores holdning til 1 månedes behandlingsgarantien, som vi ikke finder nogen faglig begrundelse for.

Derimod synes vi, det er rigtigt at give patienterne en 1 månedes garanti for *udredning* og diagnostik. Når diagnosen er stillet, skal den behandlingsansvarlige læge ud fra lidelsens alvorsgrad prioritere tiden frem til behandling. Dog således, at ingen skal vente mere end tre måneder på behandling. Og vi taler altså om de patienter, der ikke indlægges akut og som ikke har kræft eller andre livstruende sygdomme, der er omfattet af lovfæstede pakkeforløb.

Ulighed i sundhed bliver stadig tydeligere. Vi må erkende, at der i vores samfund er borgere, som ikke magter at efterleve alle de gode og velmente råd, som vi kommer med. Skal vi som velfærdssamfund fortsat leve med en forskel i forventet levealder på 10 år i en afstand af blot 10 kilometer i Københavnsområdet?



Lige adgang til sundhedsvæsenet kan i nogle tilfælde nødvendiggøre ulige tilbud, dvs. differentierede og mere målrettede tilbud, tilpasset modtagerens behov og evner. Lad os udvikle nogle "forebyggelsespakker" tilpasset forskellige befolkningsgruppers forskellige behov.

Lige vilkår for udbydere

Lægeforeningen anerkender private udbydere som et vigtigt supplement til det offentlige sygehusvæsen. Men det skal være på organisatoriske vilkår, der sikrer sammenhængen i det *samlede danske sundhedsvæsen* og på økonomiske vilkår, som er gennemskuelige, forståelige og ikke mindst retfærdige.

Vi har den grundlæggende holdning, at sammenhængen i sundhedsvæsenet skal sikres ved, at *alle private udbydere* arbejder på kontrakt med det offentlige. Sådan har vi det i almen praksis og i speciallægepraksis, og det har vi altid været godt tilfredse med.

Lægefaglighed i behandlingen

Vi vil gerne gribe den fremstrakte hånd, som vi tror, at vi ser i det nye regeringsgrundlag på sundhedsområdet. I forbindelse med den nye "Løkke-pose", altså den nye meraktivitetspulje, siges det, at den skal give de enkelte sygehuse en stærk tilskyndelse til løbende at konkurrere på flere behandlinger, god service og behandlingskvalitet til gavn for patienterne.

Det kan vi kun forstå sådan, at det nu også er god kvalitet og ordentlig omgang med patienterne, der skal belønnes. Det ser vi meget gerne bliver en indikator, når et behandlingssted skal belønnes med stjerner, smileys eller kroner og ører i fremtiden, og vi går meget gerne i dialog om, hvordan vi kan skabe sådanne ny incitamenter til god kvalitet.

I resten af regeringens oplæg tales der igen og igen om at belønne produktion. Hvis der med produktivitet menes effektivitet og kvalitet, så er vi med. Det er fint, at vi skal være effektive, men vi må igen erindre om, at alle målinger indtil videre har vist, at vi har Europas mest effektive sygehuse, mens vi har svært ved på alle områder at hamle op med den kvalitet, som de kan præstere i vores nabolande.

Lægefaglighed handler også om lægeansvar, altså ansvar over for patienten, men også ansvaret over for vores kolleger. I vores komplekse sundhedsvæsen kan vi som læger have svært ved at forvalte dette ansvar, når patienten i løbet af kort tid skal tilses af mange forskellige sundhedsprofessionelle. Her er det vigtigt, at vi som læger hver især tør tage de nødvendige – også ubehagelige – beslutninger og påtage os det ansvar, der hører til lægefagligheden.



Nationale kliniske retningslinjer

Et af de værktøjer, som kan hjælpe os til at få en høj ensartet kvalitet af behandlingerne i det danske sundhedsvæsen, er nationale kliniske retningslinjer. Det er retningslinjer, der skal gøre best clinical practice til standard i klinikken.

Det lyder teknisk, men kære minister, faktisk er det ugens tilbud på et system, der kan sikre en ensartet høj behandlingskvalitet over alt i landet, baseret på den viden, som vi allerede har. Et system udført af specialisterne i de faglige miljøer i det danske sundhedsvæsen. Et system, hvor de samme faglige miljøer får et tæt ejerskab, så vi er sikre på, at det også bliver vedligeholdt.

Der er allerede indhøstet erfaringer med kliniske retningslinjer, som bl.a. kardiologerne, obstetrikere og gynækologerne har udarbejdet, og de faglige miljøer har sagt ja til at gå ind i dette arbejde. I den nye kræftplan III, der er på trapperne, understreges i mange af anbefalingerne nødvendigheden af landsdækkende kliniske retningslinjer. Vi ønsker os en professionalisering af de kliniske retningslinjer. Det er ikke noget hobbyprojekt, så det bliver naturligvis ikke gratis.

Sundhedsstyrelsen ønsker at importere et engelsk videnssystem, der kaldes Map of Medicin eller MOM'en. Hverken Lægeforeningen eller Dansk Medicinsk Selskab finder MOM'en velegnet til danske forhold. Vi mener ikke, at den vil give den tilstrækkelige kvalitet og de nødvendige udviklings- og vedligeholdelsesmuligheder. Vi er enige med Sundhedsstyrelsen i ambitionen, men vi anbefaler et dansk udviklet system.

En national sygehusplan

I det forløbne år har vi med stor glæde konstateret, at planerne for fremtidens store sygehuse er faldet endeligt på plads. Det er ikke sket uden sværdslag, og det er især gået hårdt for sig i Region Midt, Region Sjælland og i Region Hovedstaden.

Lige så glædeligt er det, at regeringen ikke er faldet for fristelsen til at køre en grønthøster hen over de store projekter, der nu er i gang med at blive realiseret. De skal være med til at sikre os det sygehusvæsen, som vi ønsker os i 2020. Så tak for det.

Vi må konstatere, at vi står med danmarkshistoriens første rigtige nationale plan på sygehusområdet. Det er ganske stort, selv om det sker med 204 års forsinkelse.



Som I kan se her i den kongelige resolution fra 1806, så havde man allerede dengang godt fat i omfanget og antallet af de sygehuse, som man mente var nødvendige for at dække Danmark. Man mente dengang, at det ikke måtte overstige 20 – 24. Og også dengang så man fordelene ved at kombinere sygehusplanlægning og specialeplan.

Den nationale specialeplan

Vi kan nemlig også i 2010 glæde os over, at den nationale sygehusplan bliver fulgt op af en national specialeplan fra Sundhedsstyrelsen, hvor de specialiserede behandlinger helt efter bogen samles på færre enheder i offentligt regi. Det er helt centralt, at de offentlige sygehuse fortsat skal være det bærende element i det danske sundhedsvæsen, og at alle specialer skal være solidt repræsenteret på de offentlige sygehuse.

Det sikrer kontinuitet og robusthed, og vi ser frem til, at Sundhedsstyrelsen holder øje med, at alle sygehuse og klinikker lever op til de betingelser, som er grundlaget for, at de er blevet godkendt til at udføre de specialiserede behandlinger.

Det gælder også der, hvor specialiserede behandlinger placeres i privat regi. Det er ikke alle elementer af denne del af planen, som virker logisk, så vi vil i den kommende tid arbejde aktivt for at sikre, at der er lægefagligt belæg for den endelige udformning af specialeplanen.

Det præhospitale område

Organiseringen af det præhospitale område er den næste store brik, der skal falde på plads, og vi ser frem til, at regeringens præhospitale akutudvalg kommer med sine indstillinger. Vi har lagt vægt på, at de fremtidige løsninger skal skabe sammenhæng på det akutte område, og at der overalt i landet skal være tilbud, der sikrer borgerne kvalitet og tryk i behandlingen.

Desværre lægger vi fra kaj med at par skrammer i skibslakken. Ved betjening af alarm 1-1-2 er der lagt op til den næstbedste løsning, hvor det fortsat er politiet, der skal tage telefonen, og derefter viderestille til en sundhedsperson, hvis opkaldet er sundhedsrelateret. Det er svært at se logikken i denne model, selv om det naturligvis er en forbedring.

Desuden har regeringen i sit nye arbejdsprogram holdt fast i, at responstiden for ambulancehjælp under "normale omstændigheder" ikke må overstige 15 minutter. Det naturligvis vigtigt, at ambulancen kommer hurtigt frem ved alvorlig sygdom eller ulykke, men det er mere interessant, at den medbringer netop den teknologi og de kompetencer, som denne konkrete patient har behov for.



Det er lægefaglig rådgivning og styring i det akutte forløb, der kan redde liv og førlighed. Ikke hurtig responstid i sig selv.

Vi har i det forløbne år oplevet noget af et stormløb mod lægevagten. Efterfølgende undersøgelser har vist, at lægevagten er en velfungerende organisation, dog med mulighed for forbedringer. Lægeforeningen og Praktiserende Lægers Organisation er naturligvis indstillet på at drøfte og indføre ændringer, der kan være til gavn for patientsikkerheden. PLO har på sit netop afholdte repræsentantskabsmøde vedtaget en ny politik på akutområdet. Her peger PLO på en række konkrete forbedringer af – og forudsætninger for – almen praksis' rolle i det fremtidige præhospitale akutberedskab.

Hvis vi skal have fremtidens akutsystem til at fungere, og ikke mindst have tid til at tage os af de patienter, der har mest behov, så er det afgørende vigtigt at fastholde den telefoniske visitation ved vagtlæge/praktiserende læge. Hvis der er mange uvisiterede eller forkert visiterede patienter i systemet, så risikerer det at sande til. Derfor skal vi koncentrere os om at forbedre den eksisterende organisation og bevare forankring i almen praksis i stedet for at starte helt forfra, som bl.a. Danske Regioner ellers har foreslået.

Kampagnen mod de farlige læger

Desværre har vi her i starten af 2010 oplevet et nyt eksempel på en hetzliggende kampagne mod læger. Denne gang fra Danmarks Radio, og det er i urimelig grad gået ud over vores udenlandske kolleger. I denne nye form for kampagnejournalistisk, som åbenbart er ved at vinde indpas, sværtes en hel samfundsgruppe som farlige på basis af nogle ganske få eksempler.

Vi har fra Lægeforeningen forsøgt at få sagen ind i nogle rimelige proportioner, og vi har bestræbt os på at fortælle vores udenlandske kolleger, at vi står bag dem og har tillid til dem. Men vi har også medgivet, at der var et problem. Tidligere var det meget svært for læger fra tredjelande at komme ind på det danske arbejdsmarked, bl.a. på grund af skrappe sprogkrav. Det førte i 2003 til kritik mod en rigid Sundhedsstyrelsen, som efterfølgende lempede på kravene.

Den aktuelle debat har nu ført til nye og strammere regler, der skal sikre, at udenlandske læger lever op til nogle definerede sproglige og lægefaglige krav. Desuden indføres der en såkaldt skærpet observation de første tre måneder med indrapportering til Sundhedsstyrelsen. Det er overordnet set ganske fornuftigt, men igen kræver det, at der er afsat den nødvendige tid og de nødvendige ressourcer til dette arbejde og til at tage sig af tredjelandslægerne ude på afdelingerne



Og det løser ikke problemet med, at brodne kar kan komme til os fra lande i EU. Vi synes, det som en start ville være godt at få etableret et system med udveksling af oplysninger fra sager, som har været diskuteret i EU.

Opgaveflytning i sundhedsvæsenet

Opgaveflytning – eller opgavedeling som vi synes det bør hedde – er igen til diskussion. Som bekendt har Socialdemokraterne med et beslutningsforslag i Folketinget sat fornyet fokus på en såkaldt klinisk ekspertsygeplejerske med tilhørende ordinationsret. Jeg vil gerne sige det meget højt: vi læger går ind for opgavedeling og vil gerne medvirke til, at der sættes mere skub i sagen.

Der er mange fordele for sundhedsvæsenet i opgavedeling. Men det skal give faglig mening, og der skal naturligvis ikke gås på kompromis med patientsikkerheden. Og sikkerheden går nu en gang hånd i hånd med, at det entydige ansvar for patienten ikke sættes over styr, når der ordineres medicin. Det udelukker dog ikke, at vi kan skabe nye kompetencer og også gerne nye karriereveje, der kan give det samlede sundhedsvæsen en bedre ressourceudnyttelse og et bedre arbejdsmiljø.

Vi er altså ikke imod, at sygeplejersker får nye karriereveje, som vi ofte bliver skudt i skoene, men vi mener, at opgavedeling bør involvere mange faggrupper og, at det er muligt indenfor mange specialer. Det store spørgsmål, som også vi med rette bliver stillet, er, hvordan vi kommer videre.

Vi mener, at det er et fælles ansvar, og ansvaret skal løftes ved, at der i et konstruktivt samspil mellem ledelser og medarbejdere, myndigheder og faglige selskaber skal udfærdiges faglige opgavebeskrivelser. Disse beskrivelser skal suppleres og indgå i efter- og videreuddannelse, men det skal ske med udgangspunkt i arbejdspladsoplæring.

Og der er masser af muligheder og gode eksempler beskrevet, som der kan tages fat i. Udfordringen bliver, at få opgavedelingen til at gå fra at være en indsats udført på grund af mangel på arbejdskraft, eller af særlige ildsjæle, til at være en faglig opgaveudvikling, som vi kan løfte op på et nationalt niveau.

Hvis AK-kontroller eller hypentensionskontroller med justering af medicin kan varetages af sygeplejersker på Gentofte og Skejby efter konkrete faglige opgavebeskrivelser, skal der være gode grunde til ikke at kunne gøre det samme på andre tilsvarende afdelinger eller i praksis. Og det kræver ikke et ændret komma i autorisationsloven. Det kræver ledelse, men også faglig ledelse, som vi læger gerne vil medvirke til.



Kompetencekort til sundhedspersonale

Blandt de idéer, som er fostret, er indførelse af et kompetencekort for sundhedsprofessionelle. Kompetencekortet tager udgangspunkt i den faglige opgavebeskrivelse, men er et individuelt bevis på, at man har fået oplæring og erfaring i at udføre de pågældende opgaver. Kortet kan medtages til andre arbejdspladser og på den måde dokumentere individuel kompetenceudvikling og inspirere til, at den nye afdeling kan gå nye veje.

Kompetencekortet kan således opfylde flere mål på samme tid: at løfte den individuelle kompetenceudvikling hos medarbejderne og samtidig medvirke til at løfte den nationale faglige indsats inden for de enkelte fagområder.

Vi synes ideen skal udfoldes hurtigst muligt og indebære, at der skabes en tilgængelig database over faglige opgavebeskrivelser og kompetencekort. For at komme i gang kunne man udpege et par specialer eller sygdomsområder, hvor man kan se, at opgavedeling især vil give faglig mening. Det ligger lige for at vælge nogle af de store folkesygdomme som diabetes, hypertension og KOL.

Penge til forskning

På det lægevidenskabelige område har vi i det forløbne år oplevet, at det er lykkedes at få en særlig bevilling til stamcelleforskningen. Lægeforeningen og Lægeforeningens Ethiske Udvalg har drøftet dette område og har fundet, at der ikke er etiske problemer med at fremme denne forskning, der har været nødlidende herhjemme. Nu er der skabt basis for et dansk center for stamcelleforskning.

Vi har også her meget for nylig oplevet, at det er private penge, der står bag de store ryk i dansk forskning. Københavns Universitet kan etablere et helt nyt forskningsområde på basis af en meget stor bevilling fra Novo Nordisk fonden. Det er fantastisk, men det gør ikke ubalancen mellem den offentligt finansierede og private forskning mindre.

Det er også tankevækkende, at man har skrevet forskning ud af udviklingsbistanden. Det er svært at se, hvordan man kan få udvikling uden forskning.

Et nyt patientklagesystem

Og her er vi så nået til et punkt, hvor jeg gerne vil have en fanfare.

Regeringen fremlagde i starten af året et lovforslag, der lægger op til en grundlæggende omkalfatring af den måde, som patientklager og sager mod sundhedspersoner bliver behandlet i det danske sundvæsen.



Det er et resultat af rigtig mange års livtag om dette område, hvor vi har arbejdet på at få et system, der var bedre både for læger og patienter. Senest har Lægeforeningen sammen med Danske Regioner formuleret et fælles forslag, og mange af tankerne herfra går igen i det forslag, som nu er til behandling i Folketinget.

Det indeholder de fem kernelementer, som vi har advokeret for:

- der bliver mulighed for at klage bredt over brud på patientrettigheder
- der bliver en lovfæstet lokal klagebehandling
- der etableres en central ombudsmandsinstitution
- der bliver et disciplinærnævn for personsager, og
- der bliver en forøget læring i hele systemet.

Nu skal vi have sikkerhed for, at der bliver klageadgang overalt, hvor der finder behandlinger sted. Det skal også gælde private klinikker og i almen praksis. Og vi skal have beskrevet rammerne for den lokale klagebehandling, så den virkelig bliver brugt. Forudsætningen for, at mange klager kan håndteres lokalt er, at der bliver tilrettelagt en systematisk proces for klagehåndteringen mellem patient og sygehus og afdeling.

Men rammerne for et meget bedre klagesystem foreligger nu, og det gælder også for lægerne. Det nuværende PKN bliver omdannet til et Disciplinærnævn for sager mod sundhedsprofessionelle. Den endelige sammensætning af nævnet skal forhandles, ligesom den endelige jobbeskrivelse for patientombuddet skal formuleres.

Lægeforeningens egne medier

Så vil jeg afslutningsvis beskæftige mig lidt med Lægeforeningens egne medier. Det lykkedes for godt en måned siden at komme i luften med en ny hjemmeside, en ny læger.dk, der er blevet moderniseret og har fået en ny struktur for de forhandlingsberettigede foreninger. Desuden ligger næsten alt på vores hjemmesider nu åbent.

Danish Medical Bulletin, der publicerer originalartikler på engelsk, kommer nu 12 gange om året i en ren netversion. Internettet bliver vigtigere og vigtigere også for os, og stadig mere vil blive publiceret her.

Vi udgiver fortsat Ugeskrift for Læger på papir, og vi udgiver desuden Danmarks Læger om de regionale aktiviteter i Lægeforeningen. Det vil vi nok blive ved med, men det er jo ikke sikkert, at det skal foregå i den form og med det indhold, som det sker i dag.



I morgen skal Lægemødet drøfte fremtiden for disse medier, og det bliver i form af café møder, der skal tage stilling til en række spørgsmål.

Blandt spørgsmålene er Ugeskriftets redaktionelle linje og uafhængighed af Lægeforeningen, samt fortsat udgivelse af Danmarks Læger som selvstændigt blad. Svarene vil være vejledende for de beslutninger, som Lægeforeningens bestyrelse efterfølgende skal tage.

Vi skal også drøfte mange andre spændende temaer i morgen, og så skal vi jo da vælge en ny formand.

Det bliver rigtigt spændende. Jeg ønsker jer alle et godt Lægemøde, og jeg siger tak for nu.