



Lægemødet 2012

# Formandens mundtlige beretning

(Det talte ord gælder)

## VELKOMMEN TIL LÆGEMØDE 2012!

Til gæster og til medlemmer af repræsentantskabet. Jeg glæder mig til, at vi i godt et døgn er samlet om sundhedspolitiske emner og Lægeforeningens holdning til dem.

En særlig varm velkomst til sundhedsminister Astrid Krag, som er tilbage efter barsel. Om lidt skal vi debattere sundhedsvæsenet. Det ser jeg frem til.

Jeg er også glad for at kunne se tilbage på det sidste år og med overbevisning sige, at det har været et godt år, hvor vi har oplevet lydhørhed over for lægers argumenter. Det har været et år præget af fremskridt – trods den trængte økonomi.

Der er sat penge af på finansloven til nationale kliniske retningslinjer.

Vi er lovet en handlingsplan for psykiatrien.

Danskerne får en ny og bedre behandlingsgaranti.

Antibiotikaresistens er kommet på den politiske dagsorden – i Danmark og det øvrige Europa.

Lægers argumenter er blevet hørt – også på Christiansborg. Nu glæder vi os til se det hele blive virkelighed, og jeg tillader mig at være optimist og tro på, at det snart sker.

Jeg har i dag særligt glædet mig over, at sundhedsministeren er på vej med en ny garanti for udredning og behandling. Det er godt for de danske patienter.

De skal udredes hurtigere, og hvornår de kommer i behandling afhænger af, hvor syge de er. Det giver klart meget større faglig mening, end den ordning vi har i dag.

Det er også meget glædeligt, at den kommer til at omfatte psykiatrien. Det giver store udfordringer til sygehusene, og det er derfor fornuftigt, at der også bliver tid til, at regionerne inddrages i tilrettelæggelsen, så det kommer til at virke efter hensigten.

Endnu mangler vi at se forslagene i deres endelige form, og jeg er sikker på, at vi også vil kunne foreslå en ændring her og der. MEN – vi er meget glade for, at regeringen har lyttet til lægerne og patienterne på dette vigtige område.

En af de ting, som jeg også vil glæde mig til, er, at Sundhedsstyrelsen melder ud, hvordan arbejdet med nationale kliniske retningslinjer kan organiseres. Det er en kæmpeopgave, og den kommer til at trække tunge veksler på de mange ildsjæle blandt læger. Men forhåbentlig får vi en ramme for arbejdet, som sikrer systematik og et godt samarbejde mellem styrelsen og de videnskabelige selskaber.

Det bliver stort – på rigtig mange måder! Det er et kæmpearbejde, men det har også vidtrækkende perspektiver. Med nationale kliniske retningslinjer bliver det muligt at binde landet sammen fagligt. På tværs af

sygehuse og praksis og forhåbentlig også på tværs af det regionale og kommunale sundhedsvæsen.

Der er stadig lang vej, før psykiatrien er en lige-stillet del af det sundhedsvæsen, som den retteligen er – eller burde være – en del af. Det gælder både organistorisk og økonomisk. Men det er et stort skridt fremad, at regeringen har lovet en national handlingsplan for psykiatrien. Tak for det! Lægeforeningen bidrager gerne, også i det nye psykiatriudvalg, der skal berede vejen. Forhåbentlig bliver der plads til flere læger i arbejdet, end der indtil nu er udpeget af ministeren.

## **ET EFFEKTIVT PRÆHOSPITALT BEREDSKAB OVER HELE LANDET**

I morgen skal vi diskutere Lægeforeningens nye præhospitale politik. Den foreslår en række principper for, hvordan det præhospitale beredskab bedst organiseres.

I dag er det sådan, at hvis gamle Ida snubler over en kantsten og ikke kan rejse sig, så kommer ambulancen.

Hvis Idas barnebarn styrter på sin motorcykel og skader ryg, knæ og hoved, så får han lægehjælp på stedet.

Eller gør han? Jo, hvis han bor uden for Region Sjælland, så gør han. Heldigvis har de fleste regioner et lægeligt beredskab på hjul, når der bliver ringet 112. Men ikke Region Sjælland, som systematisk har skrevet lægerne ud af beredskabet. Til skade for patienterne.

Lægeforeningen har brugt megen energi på at gøre opmærksom på, hvor problematisk det er at basere et præhospitale beredskab udelukkende på ambulancer og paramedicinere. Lad mig understrege, at de er grundstammen i et beredskab, og de er uundværlige. Men de kan og skal ikke stå alene.

De seneste måneder har lokale læger udtrykt stor bekymring over en række konkrete tilfælde, hvor de mener, at det nuværende beredskab ikke har kunnet give den optimale hjælp. Ikke fordi paramedicinerne ikke var gode nok, men fordi der var brug for lægehjælp.

Region Sjælland har valgt ikke at gå i dialog med lægerne. Det er trist, for det er deres egne borgere, der betaler prisen for den politik.

Med længere afstand mellem sygehuse er det helt afgørende, at Danmark har et velfungerede præhospitale beredskab. Derfor kan det undre, at regionerne går så forskelligt til opgaven. Det springer f.eks. i øjnene, at antallet af lægebiler klumper sig sammen i nogle dele af landet, mens der ingen er andre ste-

der. Hvordan kan man argumentere for, at det giver befolkningen lige stor tryghed?

Vi har i de seneste år oplevet, hvordan der stilles bindende krav til den specialiserede behandling. Et sygehus kan ikke blot beslutte sig for at ville tilbyde behandlinger, som det reelt ikke magter. Sundhedsvæsenet har fået en bindende specialeplanlægning, og det er et stort skridt fremad.

Det stiller spørgsmål ved, om ikke det er på tide, at der stilles mere håndfaste krav til regionernes håndtering af det præhospitale. Hvis ikke de selv viser, at de kan løfte opgaven, vil Lægeforeningen arbejde for, at Sundhedsstyrelsen får flere muskler på dette område.

## **KVALITET IND I LEDELSEN AF SUNDHEDSVÆSEN**

I de kommende år skal vi som læger have blikket stift rettet mod kvaliteten i de ydelser, vi leverer. Det gælder lige fra første konsultation i praksis over ambulatoriebesøg, røntgenundersøgelser og til de mest specialiserede behandlinger.

Vi skal sætte os høje mål: mindre spild, øget patientsikkerhed og bedre kliniske resultater. I dag er økonomi og aktivitet de dominerende succeskriterier for en leder i sundhedsvæsenet. De er vigtige. Men de skal suppleres med mål, der er mindst lige så vigtige: nemlig mål for den sundhedsfaglige kvalitet.

Hvorfor har vi ikke klare og enkle mål for, hvornår der er leveret god kvalitet koblet sammen med målene for patienttilfredshed, budgetoverholdelse og DRG-produktion?

Patienttilfredshed, økonomi, aktivitet og kvalitet er begreber, som gensidigt påvirker hinanden. Og så er der en bonus oveni – for god kvalitet fører også til arbejdsglæde for den enkelte og for arbejdspladsen.

I den proces skal læger spille en fremtrædende rolle. Vi har den faglige indsigt, som sikrer, at pengene bruges rigtigt, at patienterne inddrages, at produktionen tilrettelægges bedst muligt, og ikke mindst god klinisk kvalitet.

Det kræver, at vi som stand melder os ind i kampen og for alvor engagerer os i ledelse og dermed tager ansvar for at formulere målene – for efterfølgende at indfri dem. Opgaven er for vigtig til, at vi kan lade andre faggrupper spille hovedrollen.

Der har været rigtig meget debat om håbløse registreringer af data. Der har været talt meget om it-løsninger, som binder læger til at taste det samme igen og igen og dermed bruge tid, som er langt bedre anvendt på patienterne.

De problemer skal løses! Ingen tvivl om det. Men samtidig skal vi også se på de større linjer i vores fag

og lægge kræfter i at udvikle ledelsen, så den kliniske kvalitet følger meningsfuldt med.

Der skal handles på data. Vi skal mindske antallet af skader. Vi skal forebygge dødsfald.

Ser vi så på de redskaber, vi har til rådighed, bliver billedet uoverskueligt og uden den nødvendige sammenhæng. Der er Den Danske Kvalitetsmodel. I Region Hovedstaden skal læger også forholde sig til krav fra amerikanske Joint Commission. Det betyder hovedløs dobbeltregistrering, som forhåbentlig snart er slut.

Dertil kommer Landspatientregisteret, Dødsårsagsregisteret og Cancerregisteret, indberetning af bivirkninger. Plus data fra omkring 35 kliniske databaser plus NIP-tal og stjernesystemet – ikke at glemme.

Snart får vi nationale kliniske retningslinjer at arbejde efter. Det ser vi som nævnt meget frem til. Men det er vigtigt, at de tænkes sammen med kravene i Den Danske Kvalitetsmodel, så læger ikke skal leve op til en række krav i retningslinjerne og samtidig bliver målt på noget helt andet i kvalitetsmodellerne.

Vi kan hente inspiration i udlandet. Hos amerikanske Kaiser Permanente og i det skotske sundhedsvæsen. Lad os få et sundhedsvæsen, hvor sygehuse ikke bliver målt på surrogatmål som antallet af håndvaske og spritdispensere, men på, hvor gode de er til at kurere patienterne.

Kvalitetssystemerne bør have et samlet eftersyn. Lad os gennemtænke, hvilke data vi har brug for, og hvad vi med mening kan måle på. Sådan kan vi få kvalitet ind i ledelsen af sundhedsvæsenet. Det giver mening for de ansatte og for patienterne.

Lægeforeningen vil gerne invitere både regioner og Sundhedsstyrelsen til en debat om, hvordan det kan ske. Og gerne med det samme – eller i aften over en cognac.

## **KLARERE REGLER FOR LÆGERS SAMARBEJDE MED INDUSTRIEN**

Lægers samarbejde med industrien har været et emne i mange avisartikler det seneste år. Som læger kan vi ikke holde til, at patienter, politikere og presse igen og igen sætter spørgsmålstejn ved, om alt nu er i orden. Det er det for det meste, men omverdenen har krav på at kunne være helt sikker. Og læger har krav på ikke at blive mistænkeliggjort, når de overholder reglerne

Vi støtter derfor, at der skal gælde de samme regler for lægers samarbejde med medikoindustrien som for medicinalindustrien. Regler der kan sikre, at det nødvendige samarbejde kan finde sted – uden at det kompromitterer os.

Men vi bliver i denne debat nødt til at tage udgangspunkt i, at vi ikke er upåvirkelige af markedsfø-

ring fra industrien. Vi lader os påvirke af den smigrende efterspørgsel efter vores faglighed, af gaver, af efteruddannelses tilbud og andre muligheder for relationer med industrien.

Derfor har Lægeforeningen i årets løb også udgivet et kodeks for, hvordan praksissektoren kan stille krav til besøg af lægemiddelkonsulenter. F.eks. at der på forhånd skal være et klart mål med besøget, og at læger ikke bør modtage gaver af nogen slags.

Lægeforeningen arbejder også for, at der strammes op på reglerne for lægers rådgivning af myndigheder. Vi har i dag forvaltningslovens almindelige habilitetsregler, som Sundhedsstyrelsen og andre myndigheder skal håndhæve, når de beder lægelige eksperter stille deres viden til rådighed. Meget tyder på, at myndighederne ikke altid håndhæver dem stramt nok, og at det betyder, at læger indimellem uforskyldt hænges ud i pressen.

Men – samtidig er der også et behov for mere detaljerede regler for, hvornår læger er habile i rådgivning af myndighederne, og hvornår de ikke er.

Der skal ikke blot være uafhængighed. Det skal også se sådan ud.

Ser vi på, hvordan f.eks. WHO og engelske NICE klarer tingene, så har de helt specifikke regler for, hvilket engagement en læge må have med en mediko- eller medicinalvirksomhed, hvis lægen også rådgiver myndighederne. Og habiliteten overvåges nøje i løbet af arbejdet.

Lægeforeningen vil gerne rose sundhedsministeren for at have nedsat et bredt udvalg, som til sommer skal komme med anbefalinger på området. Vi diskuterer det samtidig i vores eget interne udvalg – hvor vi har inviteret Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber med.

Repræsentantskabet har i formiddags haft mulighed for at debattere emnet, og vi fortsætter i morgen.

Vi har foretaget en undersøgelse blandt medlemmerne. Svarene derfra bekræfter mig i, at Lægeforeningen fortsat skal arbejde for åbenhed, uvildig lægemiddelinformation og klare linjer. Samtidig med, at vi også anerkender, at samarbejdet med industrien er helt afgørende for forskning og udvikling af nye lægemidler og ny teknologi.

Lægeforeningen vil fortsætte med at spille en aktiv rolle, og vi vil gøre vores til at rådgive medlemmer om, hvordan det vigtige samarbejde bedst finder sted.

## **LÆGER SKAL HAVE BEDRE MULIGHEDER FOR AT FORSK**

Vi er stolte af, at vores fag bygger på evidens og viden. Vi er drevet af søgen efter viden. Forskning er en naturlig del af det at være læge.

Desværre er betingelserne for at udøve denne del af vores fag under pres. Det gælder både den offentligt finansierede og den industrifinansierede forskning.

Sundhedsvidenskabelig forskning i Danmark er internationalt anerkendt. Danske forskere inden for lægemiddelforskning er således de næstmest citerede blandt OECD-landene. Vi er især stærke inden for klinisk forskning.

Men hvis vi fortsat skal klare os i konkurrence med lande som eksempelvis Kina og Indien, er der behov for investeringer.

De skal komme fra både det offentlige og det private. Tal fra Forsknings- og Innovationsstyrelsen viser, at hver gang det private bidrager med ti kroner, så bidrager det offentlige med en krone til forskning i lægemidler.

Vi har også brug for uafhængig forskning i andet end lægemidler og udstyr. Måske er det ikke altid et lægemiddel, der er den bedste behandling. Det kritiske blik kan vi ikke forlange, at industrien leverer. Det skal vi læger bidrage med – og det offentlige med finansieringen.

Jeg ved godt, at der er andre emner, som er vigtige. Også energi og miljø, som blev prioriteret sidst. Men jeg vil alligevel appellere til parterne bag finansloven om at huske den sundhedsvidenskabelige forskning senere på året, når forhandlingerne starter for et nyt år.

Det offentlige har en særlig forpligtelse til at støtte den sundhedsvidenskabelige forskning. Her tænker jeg især på basalforskningen og grundforskningen. Det er af altafgørende betydning, at den frie forskning næres. Her opstår nye og til tider overraskende resultater, som kan komme mange til gavn.

Jeg vil også fremhæve behovet for en sundhedstjenesteforskning. En disciplin, som er ekstra aktuel i økonomiske sparetider, men ikke prioriteres højt nok. Sundhedstjenesteforskningen bidrager væsentligt med viden om, hvordan sundhedsvæsenet indrettes bedst muligt, og hvordan vi får mest sundhed for pengene.

Det skal gøres lettere at komme i gang med at forske. Væk med bureaukratiet. Vi har brug for smidigere ansøgningsprocedurer. Nemmere it-løsninger, så oplysninger ikke skal skrives ind flere gange.

En infrastruktur på sygehusene, som understøtter forskning. F.eks. et team af kvalificerede medarbejdere, der kan bistå læger med den administrative og mere tekniske del af en klinisk afprøvning eller andre projekter. Danske Regioner er lige kommet med et flot forslag til, hvordan det kan gøres.

For Lægeforeningen er det vigtigt, at Danmark har en stærk sundhedsfaglig forskning. Der er både

behov for den industrifinansierede, for den offentligt finansierede og for et godt samarbejde mellem sektorerne.

Danmark bør gå målrettet efter at få sin del af de 600 mia. kr., som EU har afsat i forskningsprogrammet Horizon 2020.

## LIGE ADGANG TIL SUNDHED

Land eller by? Nørre Aaby eller Nyhavn? Uanset hvor patienterne bor, har de krav på at få den samme ordentlige kvalitet, når de har brug for sundhedsvæsenet. For Lægeforeningen er det helt afgørende, at postnummer ikke afgør tilbuddet for den enkelte.

Derfor har vi været ude med riven, når kommuner faldt igennem og f.eks. ikke har kunnet levere varen. Alkoholbehandling uden fagligt grundlag. Alt for lang ventetid på genoptræning. Der er flere eksempler.

Derfor er det rigtig positivt, at KL på det allersensreste har signaleret forandringsvilje og et ønske om et tæt samarbejde – ikke mindst med de praktiserende læger. Arbejdet med sundhed i kommunerne skal nu ske efter nationale kliniske retningslinjer. Det er meget positivt at opleve, og det har betydet, at vi i Lægeforeningen ser på det fremtidige samarbejde med kommunerne med langt større håb om et godt resultat.

Regionerne har leveret eksempler på, at patientens adresse har betydning for kvaliteten. Odense Universitetshospital sendte ikke kræftpatienter til behandling i en anden region, hvor ventetiden var kortere – og undlod samtidig at inddrage patienterne i beslutningen. Fra Danske Regioner var meldingen, at der nu skal samarbejdes på tværs af regionsgrænser.

Jeg håber, at organisationen får held med det. Også for regionernes egen skyld. Det går ikke, når Region Syddanmark straffer afdelinger økonomisk for at sende patienter til behandling uden for regionerne. Hvis det er bedst for patienten, skal han naturligvis have tilbuddet et andet sted.

Søllerød eller Københavns nordvest? Det har afgørende betydning for, hvor sunde borgerne er, og hvor længe de lever. Vi ser en klar sammenhæng mellem uddannelsesniveau og sundhed – desværre. De brede sundhedskampanjer modtages bedst af den del af befolkningen, som i forvejen har det højeste uddannelsesniveau og de bedste livsvilkår. Social ulighed i sundhed er fortsat et kæmpeproblem. Vi ser en stadig større kløft mellem meget sunde borgere, som gør alt det rigtige, og så en stor gruppe, som holder fast i vaner, som koster leveår og livskvalitet.

Regioner, kommuner og ministeriet bør sammen se på, hvordan midlerne bedst bruges her, så vi får mest sundhed for pengene. Det handler om en forebyggelse,

der batter, og som ikke kun vil informere, men gør det sunde valg til det mest oplagte.

En stor del af opgaven ligger uden for sundhedsvæsenet. Hvordan planlægger vi vore byer? Skal alle børn have sund skolemad? Hvordan forebygger vi druk hos de helt unge? Hvordan sikrer vi os, at unge får en uddannelse? Der er nok at tage fat på, og der, hvor lægefagligheden gør en forskel, vil Lægeforeningen meget gerne bidrage.

Hvis borgerne skal kunne regne med et sundhedstilbud af god kvalitet over hele landet og på tværs af sociale skel, så er vi er nødt til at betragte sundhedsvæsenet som et hele. Jeg håber, at både KL og Danske Regioner deler den holdning. For os, der arbejder i sundhedsvæsenet, er det kunstigt, når I udgiver udspil og planer uden at anerkende hinandens indsats.

Snart skal kommunalreformen evalueres. En forudsætning for at kunne mindske uligheden er, at pengene følger patienterne. Det vil ofte sige ud af sygehusene, da stadig flere opgaver kan klares i f.eks. patientens hjem.

Lige så vigtigt er, at kommunerne forvalter ansvaret fornuftigt og sørger for en bedre sundhedsfaglig kvalitet. Og igen – samarbejde på kryds og tværs mellem kommuner og regioner er helt afgørende for patienterne. Samarbejde på alle niveauer – også i toppen.

## LÆGER ER ALTID UNDER UDDANNELSE

At være læge indebærer, at man altid er under uddannelse. Af hensyn til patienterne først og fremmest. Det gælder indlysende nok især for læger på vej til at blive speciallæger.

Der skal være tid til, at de nye generationer får den nødvendige oplæring. Derfor er det også bekymrende, at Sundhedsstyrelsen nu skærer ned på antallet af inspektorbesøg på sygehusene. Det lægger et stort ansvar på de enkelte afdelinger, og det bliver vanskeligere at tjekke, om de kan leve op til det.

Nu nærmer tidspunktet sig, hvor der er risiko for, at de første yngre læger falder for fireårsreglen. Det vil betyde, at en regel, som blev indført for hurtigt at sikre flere speciallæger, kommer til at afskære et antal fra at blive det. Det hænger ikke sammen. Jeg vil opfordre sundhedsministeren til at komme i dialog med Lægeforeningen, Yngre Læger og regionerne at finde en mere holdbar løsning. Og det haster – de første læger er ved at komme i klemme til ingen verdens nytte.

Speciallægers efteruddannelse i dag er for usystematisk, og ofte er mulighederne for at efteruddanne sig ikke gode nok. Det er senest set i en ny undersøgelse, som Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi har foretaget blandt sine medlemmer.

Patienterne har ikke den nødvendige sikkerhed for at blive behandlet af en læge, hvis kunnen er helt ajour. I sidste ende kan det true patientsikkerheden, hvis ikke læger systematisk efteruddanner sig.

På Lægemødet sidste år havde vi en engageret debat om behovet for at indføre en model for vurdering af speciallægers kompetenceniveau. Der kom rigtig mange gode ideer frem, og nu lancerer Lægeforeningen en politik for lægers kompetenceudvikling. Den første af sin slags.

Den røde tråd i den er, at speciallæger SKAL udvikle deres kompetencer. Det skal være obligatorisk, men vi understreger også, at der ikke er brug for endnu et registrerings- og dokumentationssystem. I stedet skal lægen gennemgå et forløb, der tager højde for, hvad lige netop den enkelte har brug for at blive bedre. Han eller hun vil blive målt på, om behandlingen er fagligt i orden. Ikke på, om han eller hun har gennemført et bestemt antal kurser. Det glæder jeg mig til at diskutere nærmere i morgen.

Til slut vil jeg ønske alle et godt lægemøde, og jeg håber, at I vil deltage aktivt i den politiske diskussion, som vi skal have i morgen.

Nu vil jeg give ordet til ministeren for sundhed og forebyggelse. Tak for nu.