

## **MUNDTLIG BERETNING VED FORMAND CHRISTIAN FREITAG – PLO's REPRÆSENTANTSKABSMØDE I AARHUS 7. APRIL**

Kære repræsentantskab og kære gæster.

Opstarten på den nye overenskomst har, helt naturligt, fyldt meget siden sidste repræsentantskabsmøde. Det fremgår også ret udførligt af den skriftlige beretning. I denne mundtlige beretning har jeg valgt først at dykke ned i nogle af problemstillinger, som fylder meget i PLO i denne tid. I den sidste del vil jeg så løfte blikket lidt og se lidt mere overordnet på den, stadigvæk, ret alvorlige situation, som PLO befinder sig i.

### **Arbejdet i PLO**

Jeg vil starte hos os selv.

Hvis de praktiserende lægers organisation med en omsætning på 55 mio. medlemskroner skal fylde noget på den meget, meget store sundhedspolitiske scene, så skal vi være enormt dygtige til det, vi laver, og vi skal lave det på et sagligt fundament. Det gælder både vores analyser, det gælder vores PR-arbejde, og det gælder i vores forhandlingsarbejde.

Samtidig med, at vi skal agere meget professionelt og seriøst udadtil, så gælder det samme også for de tilbud, vi stiller til rådighed for vores medlemmer, altså vores efteruddannelse, vores daglige medlemsrådgivning og også i den rådgivning af vores funktion som arbejds-givere, som PLA arbejder med.

Der er dertil nye områder, der vokser frem i vores politiske arbejde. Helt indlysende inden for it og data, men også arbejdet med at etablere klynger og de mange udfordringer fra Styrelsen for Patientsikkerhed fylder anseeligt i vores dagligdag.

PLO har i de seneste tre år været igennem en tydelig dygtiggørelse af vores sekretariater og vores sekretariatsfunktion, og vi er ikke færdige endnu. Det har kostet rigtig meget arbejde både i sekretariaterne og blandt os politikere - og det koster, som I ved, også medlemmerne en del penge.

Jeg vil dog godt starte med at sige tak til alle jer i sekretariaterne, både det ene store og de fem noget mindre. Uanset hvilken af PLO's funktioner, I arbejder med, så bidrager I rent faktisk til en bedre primærsektor i Danmark.

Jeres indsats betyder, at vi har kunnet lave en overenskomst, der er tydeligt bedre end den forrige.

Jeres indsats betyder, at der i dag bliver set mere seriøst på PLO. Jeres indsats betyder, at vi leverer efteruddannelser, der kun bliver bedre og endnu mere omfangsrige, og jeres indsats betyder, at medlemmerne altid kan få hjælp i en ofte ret kompleks verden.

Jeg ved godt, at PLO's politikere ikke er de letteste at samarbejde med, og at vi ikke bare nikker til det første udkast. Jeg ved også godt, at medlemmerne nok ikke sender jer takkekort hver eneste dag. Jeg håber dog ikke, at I er i tvivl om, at I gør en stor forskel, og at den forskel faktisk kan mærkes helt ude hos alle de danskere, der hver dag benytter en lægeklinik, der er medlem af PLO.

Jeg vil også godt rette en tak til jer i repræsentantskabet.

I skal selvfølgelig have lov til at markere, hvis I mener, at bestyrelsen er trådt ved siden af. Ja, det er vel nærmest jeres pligt – og selvfølgelig træder bestyrelser ved siden af - en gang imellem.

Helt frisk i vores hukommelse står jo den meget hastige etablering af en arbejdsgruppe, der skulle skabe dette "idékatalog" til PLO. Vi fik en del kritik af sammensætningen og måske især måden, som sammensætningen var sket på, men efter at kritikken var kommet ud, og efter at vi noterede os kritikken, så gik PLO, og i høj grad mange af jer her i salen, i gang med at arbejde og fylde dette idékatalog, nærmest til bristepunktet. Så tak for, at I kan adskille en kritik over processen, fra det at komme med kreative idéer til resultatet.

Jeg ville gerne love, at vi ikke kommer i en lignende situation igen, men hvis jeg skal være realistisk, så tror jeg ikke, at det er sidste gang, at vi diskuterer sammensætninger af udvalg og arbejdsgrupper og diskuterer, hvordan den demokratiske balance skal være mellem bestyrelse og repræsentantskab.

Vi nærmer os det måske lidt i dag med diskussionen om OK21, men måske skulle vi en dag tage diskussionen helt principielt. Bestyrelsen vil helt indlysende gerne lytte til repræsentantskabet. Naturligvis også i forhåbning om, at repræsentantskabet vil lytte til bestyrelsen.

## **Nye forretningsområder**

Hvis vi ser lidt på PLO, så er vi jo bl.a. kendetegnet ved, at vi er forening for ca. 2000 små virksomheder. Vi arbejder inden for et område, der er fagligt meget komplekst. Vi arbejder under en aftale med det offentlige, der kan være vanskelig at overskue. Vi har mange samarbejdsflader både lokalt og regionalt, og endelig så arbejder vi under en skiftende lovgivning, som, hvis vi skal være helt ærlige, kun ganske få læger kan overskue fuldstændig.

Selv om politikerne taler meget om afbureaukratisering, så har vi til gode at se effekterne af det i vores dagligdag. Tænk bare på de helt aktuelle tilsyns- og journalføringsregler, regler for uddelegering til andet sundhedspersonale, EU-persondataforordning, konkurrencelovgivningen – listen er lang.

Her har PLO to vigtige missioner. Dels at påvirke myndighederne til at gøre reglerne mere simple og også gerne mere meningsfulde. Men vi skal også hele tiden overveje, om PLO som forening kan gøre noget af det arbejde, som ellers ligger i hver af de 2000 klinikker.

Arbejdet med it-sikkerhed og persondataforordningen er vel nærmest en prototype på dette. I runde tal har det vel kostet hver enkelt medlem ca. kr. 500,-. Det får man ikke meget juridisk it-support for ude i hver enkelt klinik. I lidt mindre skala hjælper vi også de kommende klynger med alt det, der giver mening at lave centralt.

Det nye app-projekt, som vi laver sammen med Sundheds- og Ældreministeriet, bygger på en lignende tankegang. Bestyrelsen ser nogle meget gode perspektiver i, at vi gør dette i fællesskab og ikke overlader det til otte forskellige systemhuse eller for den sags skyld 2000 lægeklinikker.

Personligt har jeg det lidt svært ved, at PLO i dette tilfælde bliver it-udbyder – også selv om det kun drejer sig om en app. Dels handler det om rigtig mange penge, og dels kan man sagtens argumentere for, at dette må ”markedet” tage sig af.

Når jeg alligevel er enig med resten af bestyrelsen, så handler det om, at vi kan opnå nogle fordele i et fællesskab ved, at alle klinikker bruger den samme app. Det er også langt det bedste for patienter, at de ikke skal forholde sig til forskellige apps, og det sikrer de praktiserende læger en indflydelse, som vi kan få som forening, og som vi aldrig ville komme i nærheden af som enkeltklinikker.

Der er næppe tvivl om, at vi også fremover vil stå over for mange lignende situationer, og så rejser spørgsmålene sig jo: Skal PLO brede sig ud over områder, der måske ligger på kanten af traditionelle PLO-opgaver? Har vi ekspertisen, og skal vi have den? Vil det gå ud over vores kerneopgaver? Og vil kontingentet bare stige og stige?

Også her vil det være godt, hvis det er noget, bestyrelse og repræsentantskab kan se på i fællesskab.

### **Styrelsen for Patientsikkerhed**

Styrelsen for patientsikkerhed har fyldt meget i 2017, og det fortsætter i 2018. I kender alle til alle problemerne. Jeg har det egentlig lidt sådan, at det er en anelse for nemt at kritisere den opstart, som den nye styrelse har haft. Alle er vel nærmest enige om, at meget af det er en ommer. Det er også vores opfattelse i bestyrelsen. Men i stedet for kun at kritisere så er vores tilgang jo at forsøge at påvirke udviklingen i den rigtige retning?

Så nu prøver jeg at tvinge de optimistiske briller lidt ned over mig selv og dermed også over jer:

Lad os nu antage, at man vedrørende det risikobaserede tilsyn efter to års indledende arbejde finder ud af, at risikoen for alvorlige mén, ved at besøge sin praktiserende læge, faktisk er umådelig lille, ja, nærmest umålelig. Lad os antage, at man derefter retter tilsynet mod de situationer, hvor der trods alt findes en risiko. Det kunne fx være medicinfejl ved sektorovergange hos ældre patienterne, der får mere end seks præparater, og det kunne være i de helt særlige situationer, hvor det er lægen, der har det skidt, eller hvor ordinationsmønsteret er særligt afvigende.

Lad os antage, at man i forhold til journalføringsreglerne konkluderer, at der i almen praksis gælder særlige forhold sammenlignet med en sygehusjournal, og at dette naturligvis også skal påvirke dokumentationens omfang og form.

Og lad os endelig antage, at man får beskrevet den rolle, som almen praksis spiller i at beskytte det øvrige sundhedsvæsen. Man beskriver, at almen praksis er uddannet i og bygget op om at visitere borgerne til det bedste, men også det mest lønsomme sundhedstilbud. I en vurdering af almen praksis bør derfor også ligge en vurdering af evnen til at tage hensyn til sundhedsvæsenets samlede ressourcer. Dette gælder ved både den elektive og akutte visitation.

Lige nu er der mange kolleger, der bruger meget tid og energi på at stille op til disse tilsyn. I PLO lægger vi også en stor indsats i dette arbejde. Hvis alle disse indsatser får effekt, så kan det altså være, at både Styrelsen for Patientsikkerhed, almen praksis og borgerne kan ende med en god løsning, trods denne mildt sagt noget ujævne start.

Det er jo en dagsorden, som vi i høj grad har i fællesskab med alle landets læger. På årets Lægemøde, om 14 dage, kommer dette emne til at fylde en del.

### **Akutpolitik**

Ude på Bryggen i København, lige ved siden af Styrelsen for Patientsikkerhed, ligger Sundhedsstyrelsen. Og lige nu arbejder de, ud fra forlydender, ret seriøst med en omlægning af sundhedsvæsenets akutsystem. Ikke bare lægevagten og 1813, men hele den akutte indgang til sundhedsvæsenet – lige fra den orange akuthelikopter, der flyver mod traumecenteret, til lægevagtsbilen, der kører rundt på Lolland kl. 3 om natten.

Som I kan se af den vedlagte artikel til det senere punkt om PLO's akutpolitik, så ser det ud, som om Sundhedsstyrelsen til efteråret åbner døren til en omlægning af akutsystemet – og åbner døren helt op.

Min opfordring til repræsentantskabet er, at vi tager denne døråbning meget alvorligt. Men inden vi ser en masse muligheder, eller inden vi ser en masse problemer, så tror jeg, vi gør klogt i at gøre vores egne tanker klar og stille os selv det helt overordnede spørgsmål: Hvordan synes de praktiserende læger og PLO, at vores rolle skal se ud i et fremtidens akutsystem?

- Er vi dér, hvor vi på grund af arbejdsmængden i dagtiden og medlemmernes ønsker skal arbejde på at trække os ud af den forpligtende del af lægevagten også i de resterende fire regioner?
- Skal vi holde fast i lægevagten i de fire regioner, fordi det fagligt og økonomisk er den bedste løsning?
- Skal vi arbejde efter en midlertidig løsning i de næste 5-8 år i en tro på, at de praktiserende læger senere bliver i stand til at dække vagten under ordentlige vilkår?

- Eller skal vi træde ind i dialogen med Sundhedsstyrelsen med en meget åben dagsorden og se, om der kan skabes løsninger, som vi måske slet ikke har tænkt på i dag?

Eller kan vi forestille os en kombination af disse?

I bestyrelsen står vi meget bag de principielle politiske og faglige tanker, som er fremlagt af Akutudvalget til dette møde. Fraset den oplagte skadestue- eller traumebehandling så er borgeren bedst tjent med at møde en almen mediciner og praktiserende læge ved indgangen til sundhedsvæsenet. Det ændrer sig ikke, bare fordi klokken passerer 16.00. Bestyrelsen er også godt klar over, at vi i dag ikke kan tilbyde borgerne dette i Region Hovedstaden, og at det begynder at knibe også i andre regioner.

Ikke desto mindre beder vi nu repræsentanskabet om nogle pejlemærker. Én ting kan vi i hvert tilfælde være helt sikre på: Vi vil blive spurgt: "Hvad mener PLO?", og det ville være godt, hvis vi har et svar på det spørgsmål.

### **De praktiserende lægers faglighed**

Nu har jeg været formand i tre år. Rigtig meget af min tid er gået med at forbedre vores forhandlingssituation – både internt i PLO og forhold til omverdenen.

I det arbejde er det helt tydeligt, at grundlaget for overhovedet at have noget at forhandle med er vores lægefaglighed. Lægefagligheden er grundlaget for PLO's eksistens. Hvis ikke alle i sundhedsvæsenet var klar over, at de praktiserende læger rent faktisk er dygtige til deres fag, så var PLO blevet hældt ned ad brættet for længe siden.

Denne faglige opgave kan PLO ikke løfte alene – langt fra. Vi har behov for hjælp, og det får vi – først og fremmest fra DSAM, men i høj grad også fra de fire forskningsenheder, fra alle de kolleger, der er involveret i efteruddannelsen, og fra de mange enkeltvise kolleger rundt om i hele landet, der af en eller anden årsag sidder inde med en særlig indsigt på et helt specifikt område. Tak til jer alle sammen.

Jeg vender lige tilbage til DSAM. Jeg tror, alle er klar over, at ligesom vi i PLO diskuterer politik og ikke altid er enige, så diskuterer man også lægefaglighed i

DSAM - og er heller ikke altid helt enige. Sådan har det vist altid været i vores to foreninger.

Det er heller ikke nogen hemmelighed, at PLO og DSAM ikke altid går "hånd i hånd", når vi bliver bedt om at møde op i styrelser og ministerium. Nogle gange har det rent praktiske årsager eller er forklaret i vores foreningers meget forskellige ressourcer. Andre gange er det simpelthen forskellen i vores to foreningers DNA, der gør sig gældende.

Ikke desto mindre skal der ikke være tvivl om, at DSAM udfylder en umådelig vigtig rolle. DSAM sætter nogle meget tydelige retninger. Jeg håber, at alle har læst DSAM's syv almen medicinske pejlemærker. Det er lige præcis pejlemærker.

DSAM har også sat tydelige aftryk på debatten om overdiagnosticering – det kan kun komme PLO til gavn. DSAM problematiserer nulfejlskulturen, som jo ikke giver mening i et sundhedsvæsen med titusinde variabler. Og DSAM har kommunikeret meget klart, at en stor del af det, borgerne får hos deres praktiserende læge, ikke kan beskrives i instrukser og vejledninger. Fremtidens sundhedsvæsen bliver nødt til at have en grundlæggende tillid til, at lægen og patienten finder nogle gode løsninger sammen.

Anders Beich har personligt leveret en enorm, ja nærmest folkeoplysende indsat i pressen. En indsat, som alle praktiserende læger og dermed PLO har meget stor glæde af – tak for det.

Hvis man måtte have et ønske, så går det på, at DSAM, efter min mening, gerne måtte have lidt flere muskler. Jeg er klar over, at det er en sag for DSAM's repræsentantskab, men prognosen siger vel, at der i fremtiden bliver behov for endnu flere kvalificerede input fra DSAM.

I skal komme med input til kvalitetsarbejdet i klyngerne og hele området med almen medicinske indikatorer, I skal møde op utallige steder og rådgive myndigheder og også meget gerne PLO, om meget konkrete, men også meget komplekse områder – I skal afgive utallige høringsvar, og det hele skal typisk gå meget stærkt.

Så kære DSAM. Tak for indsatsen indtil nu. Omverdenen og især myndighederne har efter min mening behov for et stærkere DSAM. Den rolle kan PLO ikke løfte godt nok – det ligger ikke i PLO's DNA.

## **Lægeforeningen**

En anden vigtig samarbejdspartner, som er "en af vor egne", er jo Lægeforeningen. Herfra skal endnu engang lyde en stor og anerkendende tak til Andreas Rudkøbing. Der har været bud efter dig, og du har, som os andre formænd, også været på overarbejde.

Jeg har godt set, at du har fået kritik for, at det ikke var dig, der gik forrest med underskriftindsamlinger, mistillidsvotum, syleskarpe læserbreve og hashtag-kampaner som "#nu-er-det-nok" – eller hvilket hashtag, der nu måtte være populært i den pågældende uge.

Jeg bliver nødt til at sige til de pågældende kolleger, også selv om der skulle have forvildet sig et par praktiserende læger ind imellem: I tager fejl. Hvis Lægeforeningens formand havde stået i spidsen for disse kampanetiltag, så havde det været det største lægestandsmæssige selvmål i årtier.

For helt ærligt: Udfordringen i disse myndighedssager har jo ikke været at finde alle urimelighederne og alle fejlene. De har jo nærmest skreget til himlen. Der er ingen tvivl om, at kampanerne har haft en enorm gennemslagskraft – formentlig langt større, end hvis det var Lægeforeningens kommunikationsafdeling, der stod for dem. Den svære del er at få politikerne rettet ind på noget, der giver mening efter al den ballade. Det er her, at Lægeforeningen først og fremmest skal gøre gavn – og det gør Lægeforeningen.

## **Situationen på Færøerne**

Helt aktuelt står vores kolleger på Færøerne nu over for en konfliktsituation. Jeg er sikker på, at Marius om lidt vil give os et billede af situationen på øerne. Jeg kan dog godt allerede på bestyrelsens vegne meddele, at vi naturligvis forventer, at ingen medlemmer af PLO tager konfliktramt arbejde på Færøerne, og jeg håber og forventer da også, at repræsentantskabet er helt enig i denne udmelding.

## **Den sundhedspolitiske virkelighed for de praktiserende læger og borgerne anno 2018**

Nu vil jeg godt løfte blikket fra det halvår, der er gået, og I må godt se det følgende som opvarmning til vores debat om både akutpolitik, de kommunale akutfunktioner og måske især tankerne om den kommende OK21.

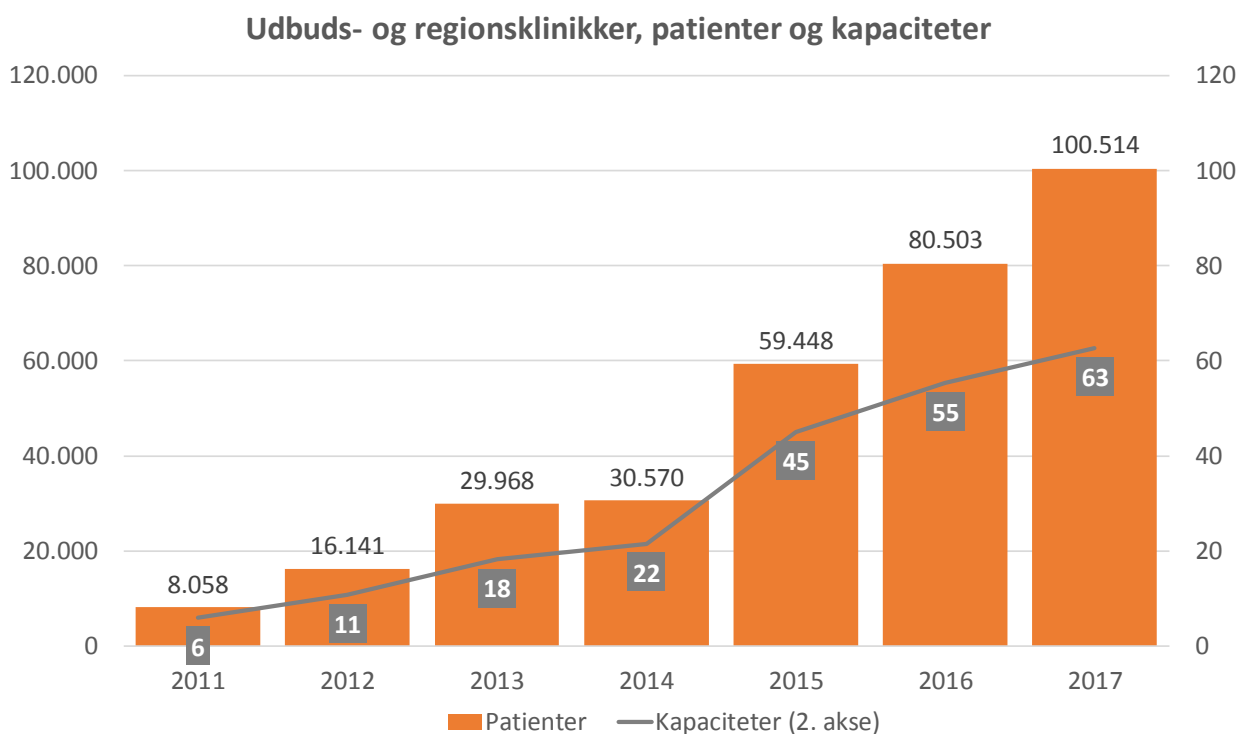


Alle med interesse for den danske primærsektor bliver nødt til at forholde sig til det følgende spørgsmål:

Skal alle danskere have adgang til en praktiserende læge, eller skal vi begynde at indstille os på, at en epoke i det danske sundhedsvæsen er ved at være slut?

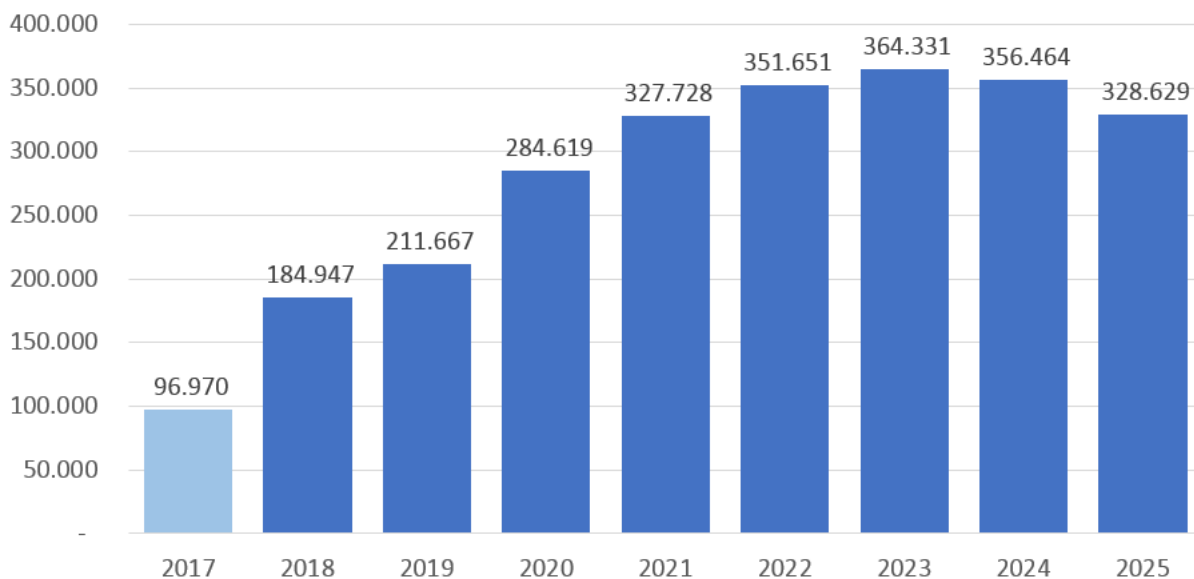
Vi kan helt lavpraktisk følge antallet af danskere, der er tilknyttet en regionsklinik eller udbudsklinik, og vi kan med en anden målestok følge efterspørgslen på vores egne klinikker.

**Figur 1: (Udbuds- og regionsklinikker – patienter og kapaciteter)**



Kilde: Yderregisteret.

## Forventet antal patienter i udbuds- eller regionsklinik

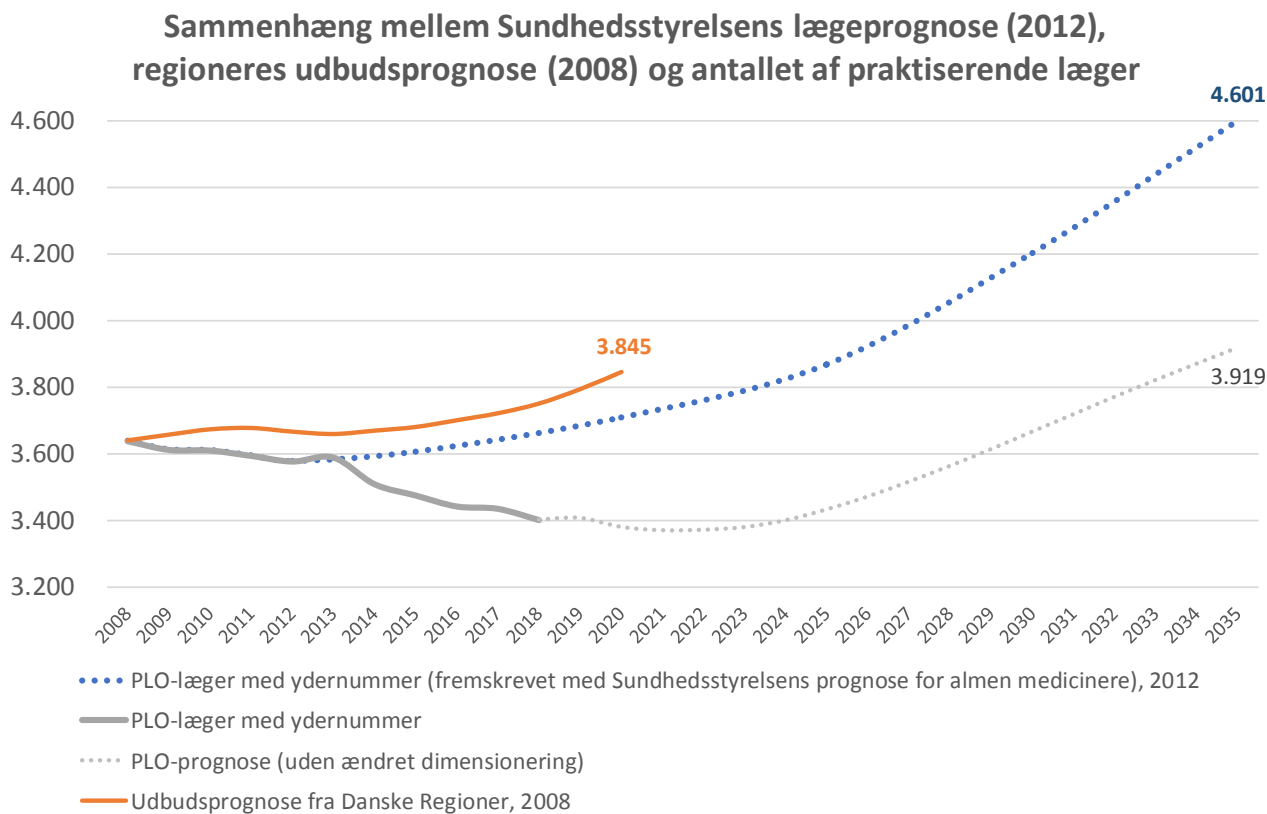


Kilde: Baseret på PLOs lægeprognose med baggrund i de praktiserende lægers alder og tilhørende afgangsmønster, den nuværende dimensioneringsplan for almen medicinere, samt et fast patientantal på 1.634 patienter pr. læge (2017), samt befolkningsfremskrivningen fra Danmarks Statistik. Der er ikke justeret for demografi.  
Tallet for 2017 er det faktiske antal patienter pr. oktober 2017.

Hvis disse prognoser holder stik, så vil regionerne om bare fem år have tredoblet antallet af udbuds- og regions-klinikker, og hver 15. dansker vil mangle en praktiserende læge. Hvis ikke vi og især myndighederne allerede nu arbejder bevidst på, at denne udvikling skal vende igen om fem år, tør jeg godt forudsige, at så bliver udviklingen ikke vendt, og så står vi med en to- eller tredelt primærsektor i Danmark.

Nogle vil argumentere med, at vi jo længe har vidst, at rekrutteringen til almen praksis ville lide i disse år, først og fremmest på grund af afgang af nogle store lægeårgange, inden udviklingen vender igen. Det er fuldstændig korrekt, og den forklaring har vi også brugt i PLO.

**Figur 2: (DRE's prognose fra 2008 sammenhold med den reelle udvikling).**



Problemet er bare, at den forklaring begynder at blive lidt utæt. Prøv at sammenhold disse kurver.

Prognosen er lavet i 2007 af Danske Regioner. (Den orange kurve forudsiger udviklingen i antallet af praktiserende læger frem til 2020 – den grå viser den faktiske udvikling, den blå viser Sundhedsstyrelsens seneste prognose):

Pointen med at vise denne kurve er ikke at kritisere Danske Regioners analyseafdeling for ikke at kunne forudsige fremtiden. Pointen er, at vi ved, at der kommer et ret stort antal nyuddannede speciallæger i almen medicin ud i disse år, og selv om vi næppe kan dække behovet for praktiserende læger de næste mange år, så er det da ret interessant at følge, hvor disse speciallæger ender. Ender de overhovedet i primærsektoren? Ender de i en klinik, der arbejder under en fælles overenskomst, eller ender de i en regions- eller udbudsklinik?

Hvis vi sammenholder kurverne, så kunne det godt se ud, som om der er en reel mulighed for, at vi rent faktisk kan vende udviklingen i antallet af praktiserende læger (den grå kurve), også på kort sigt.

Lige nu stiger og stiger antallet af regions- og udbudsklinikker. Hvis der rent faktisk er almen medicinere i disse klinikker, så handler det jo ikke længere kun om lægemangel, så handler det om de kontrakter, som lægerne, Nordic Medicare og Falck kan forhandle sig frem til, sammenlignet med den kontrakt, som PLO's forhandlingsudvalg kan forhandle sig frem til.

Og hvem er det så, der har ansvaret?

PLO har et stort medansvar. Det var lige præcis det ansvar, vi tog på os, da vi indgik OK18. Vi blev siddende i forhandlingslokalet, vi nærmest ignorerede endnu et lovindgreb i vores økonomiloft, og vi bad jer – repræsentantskabet - om at vise tålmodighed og så lige lidt mere tålmodighed.

Vi tog ansvaret på os, for selv om OK18 indeholder nogle klare forbedringer for de praktiserende læger, så dokumenterer den aftale også, at vi påtager os et endnu større ansvar i den rolle, vi har, i den nære del af hele sundhedsvæsenet. Og dette i en tid, hvor der er blevet færre praktiserende læger, mens der, som bekendt, er blevet flere danskere.

Hvis der er nogen, der efter dette er i tvivl om, om PLO og de praktiserende læger er klar til at tage ansvar, så skal vi have os en alvorlig snak.

Men Danske Regioner, og måske især de fem selvstændige regioner, har også et stort ansvar. Hvis vi ser på den lægeprognose, så har regionerne altså nu en mulighed for at lede lægerne derhen, hvor de ønsker dem. Skal almen medicinere fylde huller på sygehusene? Skal de ud og arbejde til 7-800 kr. i timen i 37 timer/uge med alt betalt, på jeres egne regionsklinikker og udbudsklinikker? Eller skal de unge almen medicinere være med til at genopbygge og gentænke den praktiserende læge i et fremtidens moderne sundhedsvæsen?

Og lad nu være med at sige, at "det bestemmer lægerne jo selv". Hvis I, sammen med kommunerne, viser, at I lægger jeres energi, opmærksomhed og økonomi hos de praktiserende læger, i de områder, hvor der mangler praktiserende læger, så kommer de unge almen medicinere også – og så bliver de der i mange år.

Christiansborgs rolle og ansvar. Hele ansvaret skal dog ikke lægges på de fem regioners og PLO's skuldre. Vi har heldigvis mulighed for at blive gevaldigt hjulpet af Christiansborg. Jeg ved godt, at mange, også PLO, har været noget kritiske og

utålmodige med hensyn til den der plan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

Men nu vil jeg godt trække lidt i land: Det har været et umådeligt vanskeligt farvand at navigere i for vores sundhedsminister. Det kan ingen være i tvivl om. Og det er mit klare indtryk, at ministeren har brugt tiden på at sætte sig grundigt ind i problemerne og se sagen fra flere sider. Det kan vi ikke andet end anerkende.

Hvilke konkrete muligheder er det så, at ministeren har? I virkeligheden har hun først og fremmest de samme muligheder som regionerne. Hun kan gøre det attraktivt for almen medicinere at nedsætte sig som praktiserende læger i stedet for alt mulig andet, og hun kan gøre det attraktivt for de ældre praktiserende læger at blive nogle år endnu. Det har man gjort tidligere, og det kan man gøre igen.

Dertil har hun og Folketinget, som den eneste af os, muligheden for at påvirke vores fødekæde. Hun har simpelthen muligheden for at vise, at almen praksis udgør en meget vigtig del af fremtidens sundhedsvæsen. Det starter med lægernes uddannelse og lægernes videreuddannelse – her ligger bolden alene på Christiansborg og i Sundhedsstyrelsen.

Dels er der behov for, at der kommer væsentligt mere fokus på almen praksis og funktionen som praktiserende læge i løbet af medicinstudiet. Universiteterne skal kompenseres for at kunne føre denne anbefaling fra lægedækningsudvalget ud i livet. Og dels er der behov for en væsentlig og hurtig øgning af antallet af almenmedicinske hoveduddannelsesstillinger.

Når Christiansborg nu har en masse muligheder, for det har de, så har de også ansvaret. Det er nu, ja, inden for den næste måneds tid, at minister og Folketing tydeligt kan vise, om de planlægger et primært sundhedsvæsen, hvor hver borger fortsat skal have adgang til en praktiserende læge, som de kender og som kender dem. Eller om 50 års primær sundhedstjeneste i Danmark nu skal ledes ind på en helt ny vej, hvor det eneste, vi ved med sikkerhed, er, at udgifterne vil stige, og lægemanglen kun kommer lægernes pengepung til gode.

Fra dette podie kan jeg kun indtrængende opfordre til at, alle politikere og alle embedsmænd, der arbejder med dette område, vil tænke over, om de planer og de handlinger de sætter i gang, rent faktisk også vil føre til det sundhedsvæsen, de ønsker?

Endnu engang velkommen til.