

Mundtlig beretning november 2018

Kære alle sammen.

Velkommen til efterårets repræsentantskabsmøde.

Denne mundtlige beretning vil være lidt anderledes end tidligere. Jeg vil ikke behandle så mange forskellige emner. De fleste emner er godt beskrevet i den skriftlige beretning – andre emner bliver jo behandlet særskilt under separate punkter.

Jeg vil i denne beretning forsøge at beskrive PLO's situation og de dilemmaer, vi står foran – ikke kun indtil næste repræsentantskabsmøde, men faktisk de næste 2-3 år. Beretningen bliver derfor samtidig en introduktion til det arbejde, som bestyrelsen har besluttet sig for at gå i gang med, og som vi får mulighed for at drøfte i fællesskab efter frokosten.

Har du hørt?

I forrige uge hørte jeg en person, der sagde

”Rekrutteringen til almen praksis kræver vores fulde opmærksomhed – vi står over for en kollo-enorm opgave”.

Og lidt senere, ja faktisk samme dag, følgende sætning:

”Det er rigtig vigtigt at gøre almen praksis til et attraktivt sted at være”.

Før dette hørte jeg en anden klog udtalelse:

”Alle danskere skal have en praktiserende læge tæt på, hvor de bor.”

Det kunne lyde som bestyrelsens egen ”Gunver Lillevang på turné”, men sandheden er, at det første citat er fra sundhedsminister Ellen Trane Nørby, det andet er fra regionernes formand Stephanie Lose – begge udsagn udtalt på Lægedage. Det tredje citat stammer fra Socialdemokratiets seneste sundhedspolitiske udspil.

Se, vi kunne godt nøjes med at glæde os over de pæne ord og selvfølgelig lige markere, at vi ser frem til at se de pæne ord udmønte sig i konkrete beslutninger. Men jeg synes faktisk, vi burde reflektere et spadestik dybere.

Hvorfor mon egentlig de siger det?

Er det, fordi de er gæster på Lægedage og derfor kun kan tillade sig at sige noget pænt? Til det vil jeg sige, at vi før har haft sundhedsministre og regionsformænd på besøg på Lægedage. Vi kan ret entydigt konkludere: De føler sig ikke som sådan forpligtet til at rose værterne og de praktiserende læger 😊

Er det så, fordi de her op til et forestående valg er ude på at fiske stemmer? Til det må vi sige: Vi praktiserende læger kan, nu på 4. år, stadig kun mønstre under 3.500 danske læger og dermed

stemmer. Det antal stemmer bliver man altså ikke hverken sundhedsminister eller regionsformand af.

Hvad skyldes det så?

Kan det tænkes – kan det virkelig tænkes? - at de faktisk mener, at det er bedst for Danmark og danskerne med en sund og veludbygget almen praksis? Og måske er det i virkeligheden borgerne, altså vores patienter, der har understreget over for dem, at det altså ikke går at undvære sin praktiserende læge.

Hvis I går med på den præmis, så stiller det selvfølgelig de praktiserende læger i en ret god position.

Men dermed følger også et ansvar. For hvis det er rigtigt, at politikerne rent faktisk helst ser, at det fortsat er de praktiserende læger, der står som den læge, der er tæt på, hvor borgerne bor, så bliver vi i PLO, efter min mening, nødt til at erkende, at der er behov for, at PLO kan andet end at varetage de praktiserende lægers interesser, helt snævert. Det synes jeg faktisk, at vi som organisation bør bruge lidt overvejelser på.

PLO bør påvirke sundhedsvæsenet - langt udover, hvad en 3-årig-overenskomst kan definere.

Jeg mener endda, at vi i PLO i en længere periode har gået lidt rundt om det dilemma, ja, nærmest uden om:

Altså: Hvordan finder vi balancen mellem at varetage de praktiserende lægers interesser på kort sigt, altså den næste faglige ændring i overenskomsten og klinikernes økonomi for det kommende år, og så medvirke til at udvikle hele det nære sundhedsvæsen og naturligvis de praktiserende lægers placering i de næste 5-10, ja måske 20-30 år?

Hvis vi ser på den aktuelle overenskomst, så illustrerer den jo netop det dilemma:

Jeg er helt med på, at man godt kan kritisere den for at kigge lige lovlig langt frem i tiden og måske ikke helt tage udgangspunkt i, at vi mangler kolleger her og nu.

Overenskomsten introducerede et helt nyt kvalitetsarbejde, vi øgede vores tilbud om sygebesøg, vi sagde ja til forløbsplaner og en helt ny forløbsydelse, vi beskrev indsatser over for særlige patientgrupper, og vi begrænsede på nogle områder fordelene ved delepraksis.

Det var en stor mundfuld, og helt overordnet sætter man vel kun alt det i gang, når man har overskud, og måske endda kun når man har overskud af læger? Alt dette ekstra indhold rimer jo umiddelbart ikke på lægemangel, lange arbejdsdage og symptomer på udbrændthed?

Årsagen til, at vi alligevel valgte denne vej, var, at vi helt klart vægtede den praktiserende læges fremtidige rolle og trivsel meget højt – men vi kan ikke komme uden om, at det skete lidt på

bekostning af de kolleger, der måske mest af alt havde behov for noget aflastning og måske endda noget beskyttelse.

Selv om OK18 ikke gav os alle de nye kolleger, som vi har behov for, og den luft i kalenderen, som vi alle sammen godt kunne tænke os, så gav den os alligevel noget andet. Den gav os muligheden for at blive taget seriøst. Vi fik vist, at vi først siger ja, når aftalen er god nok, men vi fik også vist, at vi gerne kommer med idéer, og at vi er klar til at give af os selv helt til grænsen, hvis vi vel at mærke kan se meningen med det.

Derfor gav aftalen os noget, som man ikke umiddelbart kan læse i aftaleteksten: Den gav os muligheden for at komme ind og præge udviklingen af almen praksis og i virkeligheden udviklingen af hele det danske sundhedsvæsen.

Og med risiko for at prale lidt på bestyrelsens og sekretariatets vegne så er det lige præcis det, der er sket. Vi bliver nu spurgt, og vi bliver inviteret indenfor, og jeg kan love jer følgende:

- Idéer, der ikke er særlig gode, bliver rent faktisk afløst af nogle lidt bedre – på grund af PLO.
- Prioriteringer bliver ændret betydeligt – på grund af PLO.
- Konkrete tal bliver skruet op eller ned – på grund af PLO
- Tekster bliver udeladt, ændret og rettet til, så de giver bedre mening – på grund af PLO.
- Kampagner og it-initiativer bliver planlagt sammen med PLO – og på grund af PLO.

Alt dette sker ikke, fordi PLO presser eller lokker de pågældende til det. Det sker, fordi vi får lov til at få en dialog med de pågældende i god tid. Fordi vi bringer noget viden og nogle sammenhænge med ind i lokalet, så de pågældende politikere og embedsmænd kan gennemtænke konsekvenserne af deres forslag, inden ideerne kommer på tryk.

PLO skal ikke kun hjælpe andre – vi skal også sætte en retning

Det er fortsat bestyrelsens tanke, at PLO aktivt og meget gerne sammen med DSAM hele tiden skal arbejde på at gøre politikere og embedsmænd i stand til at træffe bedre beslutninger, når de skal tegne sundhedsvæsenet og naturligvis især den almen medicinske del af den.

Men det er også bestyrelsens tanke, at vi ikke kun skal hjælpe, når vi bliver bedt om det. Vi skal også selv påpege og præge de områder, som vi mener, at vores del af sundhedsvæsenet vil have størst gavn af at forbedre og udvikle, og vi skal ikke kun gøre det hvert 3. år, som en del af nogle overenskomstforhandlinger.

Alt dette, jeg har fortalt jer nu, er baggrunden for, at vi i bestyrelsen har tænkt os at sætte os i spidsen for de tre temaer, som I allerede har hørt lidt om.

Det er ikke bare bestyrelsens huskeseddel eller årshjul, og det er heller ikke bare bestyrelsens opvarmning til en overenskomst, der ligger i 2021. Det er tre temaer, som bestyrelsen har brugt

tid og ressourcer på at beskrive, og jeg tør godt sige, at alle i bestyrelsen er enige om, at de tre temaer er de tre vigtigste emner for PLO.

Derfor er vi naturligvis lidt spændte. Hvordan tager Repræsentantskabet imod dem? – det er jo trods alt jer, der har udpeget os. Men vi er også spændte, fordi vi enormt gerne vil have jer med på idéerne.

Nu da vi har kolleger fra andre dele af Lægeforeningen til stede, vil vi også godt invitere jer til at kigge med og håbe på, at I også kan se meningen med det. Vi kan jo ikke beskrive tre så vigtige temaer for PLO, uden at de har noget med jer at gøre.

De tre temaer kan jo bedst beskrives ved de problemer, som de meget gerne skulle løse:

Kapaciteten i almen praksis

Det første problem handler om, at alle vist er enige om, at de praktiserende lægers klinikker skal kunne løfte en større opgave, end vi gør i dag. Det er helt bevidst, at jeg ikke taler om ”udflytning af opgaver fra sygehusene”, fordi dette punkt handler om mange andre opgaver end lige dem, der varetages på sygehusene i dag.

Vores problem er selvfølgelig, at vi i disse år har ret vanskeligt ved bare at skrue op for vores kapacitet – også selv om der følger økonomiske midler med.

Dette tema går ikke bare ud på at skaffe flere praktiserende læger – det er vi jo allerede godt i gang med. Temaet går i høj grad ud på at hjælpe vores medlemmer i klinikkerne med at øge klinikkens samlede kapacitet – uden at det betyder flere lægearbejdstimer og flere udbrændte kolleger.

- Hvilke opgaver kan vi i højere grad uddelegere, uden at det går ud over kvaliteten?
- Hvordan kan vi bedre og hurtigere få uddannet personale, der kan bidrage til klinikkens arbejde?
- Kan vi få lettere adgang til at ansætte yngre almen medicinere under gode vilkår for begge parter?
- Hvordan kan vi frigøre økonomi i klinikken, der kan bruges til at øge vores kapacitet?

Spørgsmålene står i kø.

At give danskerne reelt mere sundhed for pengene

Det andet tema er klart det mest ambitiøse, og det er især her, vi har behov for hjælp – ikke bare fra den øvrige lægeforening og DSAM, men fra myndighederne, forskerne, pressen, ja vi har faktisk behov for hjælp fra danskerne - altså de borgere, der bruger vores klinikker.

Problemet her er, at vi lige så godt kan se det i øjnene: Vi får aldrig penge nok til alle de sundhedsydelse, som vi kunne tænke os.

Jeg læste i B.T. for et par dage siden om en familie, der havde tegnet et abonnement, så de kunne ringe til en læge på alle tidspunkter af døgnet – ikke fordi de var akut syge, for der har vi jo Lægevagten – men fordi det bare passede bedst at tale med en læge efter ulvetimen og få fornyet sine recepter og fremvise et eksem, sådan ved 19.30-tiden og gerne på video.

Grunden til, at jeg nævner denne historie, er ikke, at jeg ønsker at skose den pågældende private leverandør eller de borgere, der vælger at betale for dette – absolut ikke. Grunden er dog heller ikke, at konklusionen så må være, at PLO nu er nødt til at lave en aftale med RLTN om døgndækkende videokonsultationer.

Grunden til, at jeg nævner dette, er, at Danmark bliver nødt til at tænke sig rigtig godt om og stille sig selv nogle kritiske spørgsmål på det område – og det er det, som det andet tema handler om:

- Hvor meget ekstra sundhed og livskvalitet kommer der egentlig ud af en døgndækkende online-læge-video-chat?
- Hvor meget ekstra sundhed kommer der ud af den syvende genindlæggelse på seks måneder?
- Hvor meget ekstra sundhed kommer der ud af uspecifikke forebyggende helbredsundersøgelser?
- Hvor meget ekstra sundhed kommer der ud af tablet nr. 14?
- Hvor meget ekstra sundhed kommer der ud af at donere hundredevis af millioner til projekter, der stopper igen tre år senere?

PLO har ikke svarene på dette, men det har meget med almen praksis at gøre, og i PLO er vi ret overbeviste om, at vi kan hjælpe klinikkerne, politikerne, samfundsøkonomien og ikke mindst alle danskere ved at rejse disse spørgsmål. Vi håber så, at der er nogle, der vil være med til at besvare dem.

Jobbet som praktiserende læge

Indledningen til det tredje tema kunne passende være en gentagelse af det, regionernes formand sagde på Lægedage: *”Det er rigtig vigtigt at gøre almen praksis til et attraktivt sted at være.”*

Uanset hvor mange flere almen medicinere, vi uddanner i de kommende år, så ligger der et stort arbejde i at sørge for, at de vælger det gode liv som praktiserende læge. Vi skal sørge for, at vi, der allerede er i faget, kommer til at opleve større arbejdsglæde, og vi skal også sørge for, at nogle af vores ældre kolleger bliver så fristet af, hvad fremtiden bringer, så de vælger at blive i klinikken helst en del år endnu.

Men læger lader sig ikke lokke af sød tale og løfter om snustobak...

Vi bliver nødt til nøje at analysere: Hvad er det, lægerne går efter, både de unge, seniorerne og dem ind imellem?

En del af det skal vi formentlig tale med Sundhedsministeriet og Danske Regioner om, men på andre områder kan PLO altså selv sætte noget i gang – og det har vi tænkt os.

Jeg er ikke i tvivl om, at en del af det handler om at vise, at livet som praktiserende læge meget er, hvad du gør det til, og inden I opponerer, fordi vi jo rigtignok og heldigvis arbejder inden for den samme overenskomst, så tænk over, hvor mange kolleger, I kender, som har indrettet sig markant anderledes end jer selv – det synes jeg er en god tanke.

PLO's bestyrelse mener faktisk dette så alvorligt, at vi har tænkt os at dedikere en meget stor del af vores kommende arbejdsindsats til lige præcis disse tre temaer.

Jeg tror faktisk, jeg kan love, at vi er så dedikerede, at vi vil arbejde for dette, uanset hvad I siger – til gengæld vil vi meget gerne vejledes, vi vil også meget gerne inspireres, og ikke mindst vil vi meget gerne have hjælp til det – for vi kan ikke lykkes alene.

Afslutning

Som det næstsidste vil jeg godt på PLO's vegne sige tak til alle jer repræsentanter, som jeg ved leverer en enorm indsats regionalt og faktisk også nationalt i mange sammenhænge.

Tak for de to forgange år. Tak til jer, der, trods alt, har valgt ikke at stille op igen – jeg kan sige med sikkerhed, at I vil blive savnet.

Men jeg synes også, det er på sin plads at sige tak til alle jer, der har valgt at stille op igen. Jeg ved, at mange af jer har overvejet, om balancen mellem indsats og udbytte er den rette. Jeg er glad for, at jeres vægtlodder er faldet ned til PLO's fordel. Vi har behov for erfarne repræsentanter – det er ligesom med lægefaget – der skal være nogen til at lære de nye op. Så tak for det.

Til allersidst vil jeg godt stille et spørgsmål til de yngre læger og FYAM'erne: Vil I virkelig ud og være ansatte, altså som et mål i sig selv? Det er der jo en del, der taler meget om. Eller vil I bare godt undgå en 50-timers arbejdsuge fra dag et og så i øvrigt lige se jer godt om, inden I træffer beslutning om at investere?

Ja, jeg kan jo ikke give PLO's repræsentantskab svaret, men jeg kan fortælle lidt fra Holte Lægehus, hvor jeg arbejder.

Jeg tror, jeg vinder prisen i flest vikarer på 3½ år.

Jeg har haft har haft ti forskellige vikarer i de forgangne 3½ år. Jeg har haft: John, Kjeld, Martin, Niels, Ingrid, og en anden Niels, Aske, Signe, Noel, Sidsel og Kristian med K.

To af dem er gået på pension som hhv. 69- og 72 årig

En er endt som overlæge på et større hospital i København, men han er stadig lidt i tvivl....

Seks gik direkte ud og købte en praksis.

Den ene er i dag ansat læge, men er slet ikke i tvivl om, at hun skal være klinikejer inden al for længe.

Den sidste er stadig vikar hos mig, men han kigger foruroligende meget efter at købe en praksis.

Så formandens helt eksklusive opinionsundersøgelse 😊 peger jo entydigt på, at jobbet som klinikejer stadig er det, som de unge almen medicinere går efter – og det kan jeg godt forstå!

Endnu engang velkommen alle sammen.