

Indledning

Kære repræsentantskab - velkommen til efterårets repræsentantskabsmøde.

Jeg har tilladt mig at begrænse min mundtlige beretning til to kriterier. Enten skal det være nyt i forhold til den skriftlige beretning, eller også skal det være, fordi det egner sig bedre til denne mundtlige beretning.

Det betyder, at der er en række vigtige emner, jeg ikke kommer ind på her, fordi de er beskrevet i den skriftlige. I den efterfølgende debat er alle emner naturligvis velkomne.

Repræsentanternes møde og vores bestyrelsens mål

Nogle gange skal vi lige minde os selv om, hvorfor vi har de her møder.

Det er bestyrelsen, der indkalder. I praksis er det formandskabet og sekretariatet, der udarbejder dagsordenen. Det er næsten, som om repræsentantskabet kommer på besøg hos bestyrelse og sekretariat.

Det er her, vi skal passe lidt på. Det er jo repræsentanternes møde – det er jeres møde. Vi, i bestyrelsen, skal i dag egentlig bare stå til regnskab over for jer og I over for medlemmerne.

Og hvor gode er vi så? Hvordan det går med at leve op til vores formålsparagraf: At varetage de praktiserende lægers faglige og økonomiske interesser?

Ja, hvis vi måler det på antallet af læger med egen praksis, altså på hvor attraktivt det er at være praktiserende læge, så har vi ikke så meget at prale af i disse år. Ser vi på udviklingen i klinikkernes økonomi, bliver det desværre ikke meget bedre. Et faldende nettooverskud i vores klinikker over de seneste seks år er vanskeligt at bortforklare.

Vi kan alle undre os over det:

I en tid, hvor praktiserende læger er en alvorlig mangelvare. Hvordan kan det så være, at vi alle sammen i det her lokale ikke har formået at skabe bedre og mere tiltrækkende vilkår for vores medlemmer?

Vi skal nok ikke tage diskussionen i dag, og vi behøver heller ikke være enige om alle svarene. Bare vi er enige om, hvad der skal ske nu: Vi bliver nødt til at vende denne udvikling. Hvis vi ikke lykkes med det, er der en del andre tiltag i PLO, der bliver ret underordnet. Vi **skal** have flere praktiserende læger, og jobbet som praktiserende læge **skal** blive mere attraktivt. Jeg ved ikke, hvor stor jeres tålmodighed er? Det er måske en af de ting, vi skal have afklaret i den nære fremtid.

Man kunne få en tanke: Vi taler jo en del om at måle på den praktiserende læge. Måske skulle vi til at måle lidt på os selv? – som tillidsfolk og sekretariatet. Måske skulle vi have resultatløn? Hvis vi ser på de to kurver for henholdsvis antallet af praktiserende læger og deres realindkomst, så må den positive udlægning være, at der er mulighed for fremgang.

Vi kan heldigvis starte med at konstatere, at alle de kræfter, vi har brugt i PLO på at rette fokus hen på rekrutteringen, ser ud til at have en effekt. Vi så det før og under folketingsvalget, og heldigvis har vi også set det efter. Det er små skridt, men de er der. Det gælder fx spørgsmålet om faste praktiserende læger på plejehjem, specifikke indsatser til at imødekomme lægemanglen i særlige områder og anerkendelsen af, at almen medicinere bør uddannes til almen praksis og ikke til sygehusene.

Vi har i PLO lagt en ret klar strategi om vedholdende at rette fokus på rekrutteringen. Det har vi gjort, fordi vi tror på, at vi her har en fælles sag med både danskerne og myndighederne. Den sag har vi tænkt os at forfølge.

Dataudvalget, DAMD og det fremtidige arbejde med vores kvalitetsdata.

Der er til gengæld en anden sag, som vi håber på at have lagt bag os. Vi kommer ikke uden om, at datasagen har givet os problemer. Dataudvalgets arbejde er nu ved at nå en termin. Den seneste måned er det tydeligt, at vi står over for nogle nye udfordringer, som dataudvalget ikke kan klare alene. Nu er der en del til stede i lokalet, der formentlig ikke er nede i detaljerne i DAMD-sagen. Derfor vil jeg prøve at forklare det ved en lille historie:

De fleste herinde er klar over, at hastighedsgrænsen i Danmark i byzonen er 50 km/t. Her ude på Amager ligger Englandsvej. En vej i selve Københavns byzone. Der er en hastighedsgrænse på 60 km/t.

Hvis man nu kom kørende som nytilflytter til byen ad Englandsvej og drog den konklusion, at denne hastighedsbegrænsning nok gælder i hele København by, så kunne man formentlig godt køre rundt i København i en periode uden de store problemer.

Hvis så en dag man blev stoppet af en betjent og fik en bøde for at køre 60 km/t på Nørre Voldgade, så kan det godt være, man blev lidt utilfreds, for der er ingen skilte, der viser, at hastighedsbegrænsningen er 50 km/t. Nogle ville nu blive gale på betjenten – måske endda indsende en klage til politimesteren. Efterfølgende ville man formentlig også føle sig lidt begrænset, når man skulle køre rundt i København, man havde jo vænnet sig til 60 km/t. Man ville måske endda nå til den konklusion, at hastighedsgrænserne burde ændres.

Uanset alt dette håber jeg, vi er enige om, at den pågældende tilflytter under alle omstændigheder nu bør tage toppen af farten langt de fleste steder i byen?

Denne historie viser vores største udfordring lige nu, og den kan dataudvalget ikke klare alene.

Nogle har troet, at sagen udelukkende handlede om manglende tilladelser, andre troede, at det bare var Sentinel, der skulle justeres. Gid det var så vel, men sådan er det ikke. Det skyldes ikke håndteringen af DAMD-sagen, at vi nu skal til at ændre en del. Det skyldes heller ikke PLO eller PLO's dataudvalg. Det skyldes en lovgivning – en lovgivning, som i virkeligheden altid har været der.

Det er rigtig, at der er nogle rent tekniske udfordringer i datafangsten med vores program. De skal nok blive løst, selv om det er mere omstændeligt end først antaget. Men det mest aktuelle problem i DAMD-sagen er, at vi skal til at vænne os til en anden virkelighed. Vi skal nu sammen med DSAM, kvalitets- og forskningsenhederne og ikke mindst myndighederne finde ud af, hvordan den fremtidige datafangst skal foregå fra vores klinikker.

Jeg vil derfor opfordre alle repræsentanter til at forklare sammenhængene, hver gang I har en mulighed for det. Vi kendte ikke færdselsreglerne. Det skal vi for det første erkende. Dernæst skal vi erkende, at vi ikke kommer til at køre 60 km/t overalt i byen igen, som vi har gjort tidligere. Og så skal vi hjælpe hinanden med at få trafikken til at glide. For selvfølgelig skal der være trafik i København, og selvfølgelig skal der være udveksling af journaldata fra almen praksis også til forskning.

Vores kvalitet som en hjørneste

Debatten om vores data bringer os naturligt hen til debatten om den lægefaglige kvalitet i almen praksis.

Nu har jeg jo givet udtryk for bekymring i forhold til antallet af praktiserende læger. Jeg vil godt slå fast: Jeg er ikke bekymret for den lægefaglige kvalitet af almen praksis. Danskerne kan være rigtig godt tilfredse, og i PLO vil vi næsten insistere på at blive sammenlignet både med udlandet og især gerne med de såkaldte udbudsklinikker, der desværre er lidt for mange af.

Netop i denne brydningstid er det vigtigt, at vi ikke slipper kvalitetsarbejdet. Hvis vi skal have den fremgang i almen praksis, som vi har sat os for, så er både vores kvalitetsarbejde, vores efteruddannelse og vores almen medicinske forskning helt, helt afgørende.

Det er også helt afgørende, at den kvalitet, vi tilbyder, ikke skal være skjult for andre. Vi skal demonstrere den alt, hvad vi kan, og så nuanceret, som vi kan. Vi skal vise biomedicinske markører, hvor de giver mening, og så kunne det være spændende, hvis vi i højere grad kunne vise, hvor meget vi egentlig aflaster vores kolleger på sygehusene.

Der var en gang en klog mand, der sagde "god kvalitet koster – men dårlig kvalitet koster endnu mere". Det er der måske nogle af os, der har oplevet de gange, vi udelukkende går efter prisen. Når vi taler om at spare på kvaliteten, er der måske nogle af jer, der sidder og tænker på 1813? Det kan jeg jo ikke forhindre jer i, men når nu I nævner det... så er 1813 helt åbenlyst et eksempel på, hvor dyrt det er at spare på kvaliteten.

Jeg mener ikke, at vi i PLO skal drage den lære, at så må vi hellere se at udvikle et discounttilbud, når der nu er nogen, der gerne vil have det. Hvis vi sparer på kvaliteten, bliver det dyrt for PLO, og det bliver dyrt for vores klinikker.

Vores muligheder

Jeg vil godt slutte af med at vende tilbage til den kurve, som mange af jer har set ude på de regionale medlemsmøder her i november.

Nu zoomer vi lige ind på de sidste fire punkter af den kurve. Nu er data jo taknemmelige, og jeg håber, I lige vil lege med et øjeblik. Man kunne stille spørgsmålet: Er der alligevel ved at ske en bevægelse blandt de yngre almen medicinere og for dens sags skyld også nogle af de ældre:

- Måske er der nogle, der har fundet ud af, at der er store fordele ved at eje sin egen arbejdsplads – og at de kan få lov til at gøre det i hele landet.
- Måske har kollegerne opdaget, at der i vores overenskomst faktisk er mange muligheder for at finde alternative måder at drive praksis på, også uden at være ansat i en udbudsklinik.
- Måske har de fundet ud af, at vi har dette ekstra lægemiddel i tasken ude i almen praksis: Det lægemiddel, der hedder: At lægen kender patienten, og patienten kender lægen. Jeg ved, at både patienter og læger også eftersørger det på sygehusene.
- Måske har de fundet ud af, at den patient, der kommer ind ad døren – rent faktisk har bedt om at komme ind til lige netop dig som praktiserende læge.
- Og nu vi er i overfloden af optimisme: Måske har de lagt mærke til, at der kommer lidt nye toner fra PLO, at vi er rykket lidt tættere sammen i dag, sammenlignet med for to år siden. At vi nu bruger mere tid på at tale om fremtiden end om fortiden.

Jeg håber, at vi med mødet i dag kan lægge grunden til, at vi næste år kan vise en stigning, der er – indrømmet - lidt mere signifikant end denne. Det må for min skyld godt være temaet i dag.

Endnu engang velkommen til efterårets repræsentantskabsmøde. Nu glæder bestyrelsen sig til at høre, hvad I har at sige – det er jo jeres møde – tak for ordet.