



TALE

DANSKE
REGIONER



Formandens mundtlige beretning 2019

10-04-2019

TALE

Danske Regioners generalforsamling 2019

TALER

Stephanie Lose

(DET TALTE ORD GÆLDER)

[Intro]

Filmen, I lige har set, tegner et billede af regionernes mange opgaver. Uanset om det er på hospitalsgangene eller ved vandværket, løftes der hver dag vigtige opgaver i de fem danske regioner.

Lad mig derfor begynde min tale med at sende en stor tak til vores mange dygtige medarbejdere, som hver dag leverer en flot indsats - for bedre sundhed, bedre miljø og regional udvikling til borgerne.

Vi anerkender jeres store indsats, uanset om I står i sundhedsvæsenets frontlinje på hospitalerne, eller om I arbejder i de sociale institutioner.

Uanset om I sikrer de administrative rammer for sundhedspersonalet eller tager jer af regionernes arbejde med miljø, klima og regional udvikling.

Som regionsrådsmedlemmer kan vi sådan set også godt se os selv i øjnene. Vi står på mål for svære politiske valg, der påvirker livet og borgerne i regionen, og vi må foretage vanskelige prioriteringer af de midler, der er til rådighed i sundhedsvæsenet. Vi repræsenterer regionen bredt, både politisk og geografisk, og vi trækker på vores samlede kendskab til regionens opgaver og de lokale forhold. Og fordi vi - som regel - tager de store beslutninger om økonomi og geografi med meget brede flertal, sikrer vi en politisk og en geografisk balance, som gør, at vores beslutninger holder.

Jeg synes godt, at vi i en tid, hvor der siges meget negativt og meget usandt om regionerne, kan tillade os at indlede vores generalforsamling med at glæde os over de gode resultater, vi har været med til at skabe de seneste 12 år.

I kan se nogle udvalgte eksempler på regionernes resultater i pjecen på jeres borde.

Vi skal glæde os over de gode resultater, men vi kan og skal ikke stille os tilfredse. For status quo er ikke godt nok. Vi vil mere. Vi skal hele tiden vurdere, hvor der er behov for, at vi forbedrer os. Og vi skal have høje ambitioner for de kommende års udvikling af sundhedsvæsenet og regionerne.

Der er gået cirka et år, siden jeg overtog stafetten som formand for Dansk Regioner. Jeg tør godt sige, at det ikke har været helt, som jeg havde forventet.

Jeg havde troet, at vi skulle arbejde koncentreret på at forbedre sundhedsvæsenet og den regionale udvikling i tæt samarbejde med regeringen. I stedet har først erhvervsfremmereformen og derefter udspillet til sundhedsreform sat fremdriften og samarbejdet på pause og tvunget os til at deltage i debatten om strukturreform og regionernes fremtid.

I den debat har vi i Danske Regioner haft en tydelig stemme, og vi har oplevet bred opbakning fra sundhedsvæsenets organisationer og fra mange almindelige danskere.

Det vil jeg gerne sige tak for. Men det kan ikke skjule den kendsgerning, at strukturdebatten har sat en masse på pause og fjernet fokus fra nogle af sundhedsvæsenets reelle udfordringer og fra det daglige samarbejde om at løse hverdagens problemer i sundhedsvæsenet.

Jeg har i dag valgt at tale om de ting, som virkelig betyder noget, når det gælder sundheden og den regionale udvikling i Danmark.

[Innovation, teknologi, læring og spredning]

Det regionale sundhedsvæsen leverer gode resultater, men vi skal hele tiden udvikle - og forbedre os.

Vi skal blandt andet bruge ny teknologi til at levere bedre behandlingskvalitet og bedre patientoplevelser. Det kan være telemedicin, som bringer sundhedsvæsenet hjem til borgerne, eller robotter og kunstig intelligens, som rummer store muligheder i det databaserede, danske sundhedsvæsen. Det kan også være praktiske

hjælpe midler som app'en "Min sundhed", der giver borgerne et sikkert overblik over egne sundhedsdata og i fremtiden også en lettere adgang til sundhedsvæsenets ydelser.

I teltet uden for salen vil første version af Danske Regioners nye app "Min sundhed" blive demonstreret.

Vi må se i øjnene, at behovet for nye løsninger og mulighederne i nye teknologier vokser i et tempo, som ikke passer til de gamle udbuds- og indkøbsprocesser. Derfor har vi brug for en ny type dialog med startups og innovative virksomheder inden for sundhedsteknologi og life science om helt nye løsninger.

Lykkes vi med den dialog, vil vi både kunne forbedre sundhedsvæsenet og gøre Danmark til foregangsland inden for "healthtech" og innovative sundhedsløsninger.

Innovation handler om at skabe nye og bedre løsninger, der virker i hverdagen. Og her er det en rigtig god idé at lade sig inspirere af andre.

Her skal vi lære af hinanden på tværs af regionerne og på tværs af hospitalerne. Vi gør det allerede – og helt bestemt meget mere, end nogen tror. Men vi må også være ærlige og sige, at vi KAN blive bedre til at udbrede de gode eksempler på innovation og nye arbejdsgange.

Et ensidigt fokus på at reducere regionale forskelle risikerer imidlertid at drive os i retning af laveste fællesnævner. Det gavner ikke patienterne. Derfor skal vi ikke til at gøre det hele ens. Vi skal bruge forskelligheden positivt til at inspirere hinanden og lære på tværs af landet.

Forskellighed er en kilde til forbedringer. Og vi har en forpligtigelse til at sikre os, at de allerbedste idéer bliver samlet op og udbredt. Som når vi beslutter at udbrede de gode erfaringer med internetpsykiatri eller fællesmedicinske ambulatorier i én region til hele landet.

Jeg tror, at det er et af de områder, hvor vi har behov for at blive meget bedre til at vise vores omverden, hvad vi gør, men også at vi KAN gøre det endnu bedre.

[Sundhed for alle – De virkelige udfordringer]

For to år siden lancerede vi i denne sal to nye strategier: Den sundhedspolitiske strategi "Sundhed for Alle" og forebyggelsesstrategien "Sundhed for Livet".

I efteråret 2018 fulgte vi op med udspillet "Trygt, nært og nemt", som bygger videre på strategierne med helt konkrete forslag til at fremme brobygning og sammenhæng mellem sektorerne.

Jeg kan kun anbefale alle – også på Christiansborg – at nærlæse de tre udspil. For de formulerer til sammen det paradigmeskifte, som vi har brug for.

Fundamentet i "Sundhed for Alle" er regionernes håndslag på, at vi vil tage et bredere ansvar for sundhedsvæsenet og flytte fokus fra rollen som "producent" af hospitalsydelser til rollen som leverandør af sundhed.

Det betyder, at vi som regioner ser os selv som garanter for sammenhængende patientforløb og som omdrejningspunkt i kæden af sundhedsaktører, som alle spiller centrale roller i fremtidens sundhedsvæsen

Det betyder også, at flere patienter i fremtiden skal slippe for at tage på hospitalet til kontrol eller behandling. Det er bedre for borgerne, hvis behandling og kontrol fagligt forsvarligt kan ske via telemedicinske løsninger i borgerens eget hjem eller hos den praktiserende læge, kommunen eller i fremskudte ambulatoriefunktioner i fx sundhedshuse.

Vi har siden lanceringen arbejdet på at realisere målene i "Sundhed for Alle". Strategien lå til grund for overenskomstaftalen med PLO i 2017. En overenskomst som for os var et afgørende skridt mod at vise – både i ord og handling – at ja; almen praksis spiller en nøglerolle i fremtidens sundhedsvæsen - og skal prioriteres derefter.

Overenskomsten har medvirket til,

- at der nu er flere, der søger introduktionsstillinger i almen praksis,
- at der er flere praksishandler, og
- at der er 89 procent af PLO's medlemmer, der indgår i kvalitetsklynger, hvor man arbejder på at dyrke fagligheden og kvaliteten på tværs af de enkelte praksis. Et tal der hele tiden stiger.

Som aftalt i overenskomsten flytter vi en række opgaver fra hospitalerne til de praktiserende læger. I regionerne gik vi altså sammen med lægerne forrest i at tage fat på en helt nødvendig styrkelse og fremtidssikring af almen praksis. Men vi er samtidig realistiske, fordi vi ved, at det tager tid.

Hvis udflytningen skal være til gavn for borgerne, er det helt afgørende, at der er kapacitet, kompetencer og økonomi til at håndtere de nye opgaver. Derfor bakker vi op om de forslag til styrket kapacitet i almen praksis, som både regeringen og oppositionen har været fremme med.

Regionerne har i høj grad arbejdet for at få de rette forudsætninger på plads til at skabe det nære sundhedsvæsen.

Vi har blandt andet foreslået, at vi i større omfang skal kunne dele data mellem sektorerne og indgå samarbejder, der er båret af fælles finansiering og fælles ledelse.

Det kan være fælles akutteams, fælles visitationer, fælles psykiatritilbud eller vores forslag fra efteråret om en fælles brobyggersygeplejerske, som kan give borgerne en hjælpende hånd ved udskrivning fra hospitalet til eget hjem eller kommunal akutplads.

En række fælles tiltag, som kan medføre, at vi i fremtiden ser langt færre patienter, der cirkulerer mellem regionale - og kommunale sundhedstilbud og den praktiserende læge.

Vi har også påpeget, at de økonomiske incitament er ikke altid er skruet sammen til at understøtte et sammenhængende forløb. Og dermed heller ikke til at have det brede fokus på at være "leverandør af sundhed" fremfor sygehusydelser, som vi ønsker os i "Sundhed for Alle".

Men efter flere års kamp fik vi – godt støttet af en række organisationer - omsider et gennembrud ved økonomiforhandlingerne sidste år, hvor det lykkedes at få afskaffet den største barriere, nemlig aktivitetsstyringen og produktivitetskravet på 2 procent. Jeg vil gerne her sige tak for den brede opbakning til at ændre den økonomiske styring af sundhedsvæsenet.

Det lykkedes os ikke at slippe helt af med incitamentsstyring. Men vi fik undervejs forhandlet ændringer ind i regeringens udspil, så den nye nærhedsfinansiering understøtter den udvikling mod det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, som vi alle ønsker at sætte mere fart på.

[En ny retning for sundhedsvæsenet efter et valg]

Selvom ikke alle har tiltænkt regionerne en rolle i sundhedsvæsenet efter et valg, så har vi tænkt os at bidrage til, at sundhedspolitikken fremover i højere grad kommer til at handle om nogle af de reelle udfordringer, som burde have haft en fremtrædende rolle, men som er druknet i en evindelig diskussion om struktur og regionale forskelle.

I Danske Regioner ser vi tre store udfordringer, som sundhedspolitikken i langt højere grad bør forholde sig til:

For det første skal vi fremme sund livsstil blandt vores børn og unge. Målet er, at færre mennesker i fremtiden dør af sygdom forårsaget af rygning, alkohol, overvægt og andre livsstilsproblemer, og at flere kan leve lange liv med et godt helbred – og i god mental trivsel.

For det andet skal vi skabe sundhed for alle, uanset opvækst og sociale vilkår. Målet er mere lighed i sundhedstilstand og levealder samt lige vilkår i behandlingssystemet. Vi skal behandle forskelligt for at stille borgerne lige. Og vi skal sikre, at psykisk sygdom prioriteres ligeså højt som fysisk sygdom.

For det tredje skal vi fokusere på effekten af vores indsatser og på den værdi, som behandlingen giver borgerne. Det sker bedst ved at inddrage både patient og pårørende langt mere i beslutningerne, og ved at turde prioritere de indsatser, som skaber mest sundhed for pengene.

[Forebyggelse]

Lad mig starte med det tema, som vi taler meget om, men gør alt for lidt ved; nemlig forebyggelse. Vi kan blive meget bedre til at målrette indsatsen - ikke mindst til børnene og de unge, så vi på den lange bane opnår et gennemgribende løft af folkesundheden.

I udspillet "Sundhed for Livet" har regionerne for to år siden præsenteret et katalog af initiativer til den bredere forebyggelse af danskernes sundhed.

Nu kommer vi så med udspillet: "Sundhed for alle børn og unge", der sætter børn og unges trivsel og sundhed øverst på dagsordenen. En vigtig dagsorden, hvor vi i regionerne også har et ansvar for arbejdet med tidlig påvirkning til et sundt liv.

I det nye udspil foreslår vi blandt andet, at prisen på en pakke cigaretter sættes op til 80 kr., og at aldersgrænsen på salg af alle typer alkohol sættes op til 18 år. To helt konkrete forslag, som vi ved har en stor effekt. Så kære Folketing; vi venter på handling.

Vi ved også, at flere og flere børn og unges mistrives, og at det går ud over deres fysiske og mentale sundhed. Derfor foreslår vi blandt andet et nyt behandlingstilbud til børn og unge, der mistrives mentalt. Og vi foreslår at udbygge partnerskaberne med civilsamfundet, kommunerne og detailhandlen om bedre rammer for sund mad og bevægelse.

Regionerne vil desuden gå forrest i at tilvejebringe mere viden om børn og unges fysiske- og mentale sundhed. Derfor kunne vi godt tænke os, at alle kommuner ville samarbejde med regionerne om at udarbejde børnesundhedsprofiler, så forebyggelsesindsatser målrettes børn og unges sundhed. Det forudsætter en klar national opbakning, hvis vi skal have alle kommuner med.

Menneskers syn på livskvalitet ER forskellig. Mange tænder en cigaret, selvom de er fuldt oplyste om de konsekvenser, det kan få for deres

helbred. Og andre spiser for fed mad – men ønsker det ikke anderledes. Det skal vi huske, når vi taler om forebyggelse.

Derfor kan man også komme ud i svære spørgsmål om, hvor meget vi skal blande os? Men alle erfaringer viser, at flere vil få et sundere liv, hvis vi i Danmark tør gå længere i forebyggelsespolitikken. Her har vi alle en særlig forpligtelse over for de unge, som skal hjælpes på vej til et langt og sundt liv.

[Forskelle eller ulighed?]

En anden meget stor udfordring i det danske sundhedsvæsen og blandt de danske borgere er forskellene. Og nej, jeg mener ikke de regionale forskelle, som efterhånden er blevet blæst ud af proportioner. Jeg taler om den ulighed i sundhed, som bunder i sociale forskelle i vores samfund.

Uligheden har bestemt en geografisk dimension, men forskelle i leveår har intet med regionsgrænser – eller for den sags skyld hospitalers optageområde – at gøre. Det handler i stedet om forskelle mellem mennesker, kvarterer og byer inden for den enkelte region.

Hvis man kører fra Ishøj til Gentofte, falder andelen af daglige rygere fra 19,7 til 11,1 procent. Og andelen af svært overvægtige falder fra 20,4 til 7,8 procent. Og mon ikke mange kan huske DR-dokumentaren, som viste, at der i Aalborg er 13 års forskel i gennemsnitlig levealder i to kvarterer, der ligger bare 7 kilometer fra hinanden.

Desværre tyder meget på, at den sociale ulighed også kan vise sig som forskelle i den behandling, som den enkelte patient ender med at få. Der er forskelle på borgernes personlige ressourcer og det skal afspejle sig i den behandling, vi tilbyder. Det har vi i regionerne et særligt ansvar for.

Vi skal gøre mere ved den sociale ulighed i sundhedsvæsenet, men vi kan ikke gøre det i sundhedsvæsenet alene. Det kræver, at vi rykker mere sammen på tværs af regioner, praktiserende læger og kommuner. Og ikke kun med den kommunale socialpsykiatri og sundhedsforvaltning, men også med kommunernes indsatser på børne-, social-, beskæftigelses- og boligområdet.

Og så kræver det, at Christiansborg tager et medansvar og sætter reelle handlinger bag de mange ord om at bekæmpe ulighed i sundhed.

Jeg har store forhåbninger om, at et fælles fokus kan gøre forskellen, så de kommende generationer får mere lige vilkår i sundhed. Det gælder også lige vilkår for borgere med psykisk sygdom og borgere med somatisk sygdom.

Derfor hænger målet om mere lighed i sundhed tæt sammen med indsatsen for mere fokus på forebyggelse – ikke mindst hos børn og unge.

I den forbindelse vil jeg gerne gøre reklame for Danske Regioners nye sundhedspolitiske konference "Sundhed for Alle", der første gang løber af stablen i november. Den kan I læse om i folderen på jeres bord.

[Værdibaseret sundhed]

Det tredje ben i en ny sundhedspolitisk retning efter valget er efter vores mening at sikre, at der er fokus på værdien af den behandling, vi giver - og dermed også, at vi får mere sundhed for pengene.

Vi ønsker ikke at måle vores succes på flere behandlinger, men på mere sundhed, mere effekt af behandlingen og mere værdi for patienten. Vi skal blive bedre til at tage afsæt i patientens egen oplevelse af helbredsproblemerne og i patientens vurdering af den effekt, som behandlingen har haft. Og vi skal huske, at patientens oplevelse af forløbet, herunder sammenhængen mellem de enkelte afdelinger og sektorer, også har værdi for patienten.

Det er bestemt vigtigt med en ensartet, faglig tilgang. Men ensartet behandling er ikke nødvendigvis et mål i sig selv. Det er vigtigere, at behandlingen er tilpasset den enkelte patient.

Vi skal – med afsæt i fælles, faglige standarder - turde behandle borgerne forskelligt. På den måde kan vi sikre mere lighed i sundhed, bedre forløb for den enkelte patient og ikke mindst, at

sundhedsvæsenets knappe ressourcer bruges til indsatser, der reelt skaber et bedre helbred for den enkelte.

Vi ser en stigende forekomst af multisygdom, og vi skal have mere fokus på samspillet mellem psykisk- og somatisk sygdom. Det er bare to eksempler på, at standardiserede forløb baseret på én enkelt diagnose ikke altid er nok, hvis vi vil skabe mere værdi for patienten.

Målet om værdibaseret sundhed er en anledning til at se kritisk på de metoder, der anvendes i sundhedsvæsenet i dag. Giver alt, hvad vi gør, lige meget mening?

Danske Patienter og Lægevidenskabelige Selskaber har på baggrund af internationale erfaringer taget initiativ til en dansk version af "Choosing wisely" – kaldet "Vælg klogt". Det er et velkomment initiativ.

Derfor vil jeg her i dag også gerne tilkendegive, at vi i regionerne og i Danske Regioner er klar til at støtte initiativet både økonomisk og organisatorisk, så vi sammen kan sætte skub i en proces, hvor klinikere og patienter luger ud i metoder, som er dokumenteret overflødige.

Forebyggelse, lighed og værdi for patienten er tre sundhedspolitiske pejlemærker, der ikke handler om struktur, om procesmål eller om at slå hinanden i hovedet med regionale forskelle eller påstande om uhæmmet vækst i administrationen.

De handler om at sætte sig mål for bedre sundhed, mere lighed og mere værdi for den enkelte borger i Danmark.

[Økonomiske og menneskelige ressourcer]

Hvis vi skal forfølge de tre mål, er der to afgørende forudsætninger:

Den ene er, at vi må tilføre sundhedsvæsenet flere midler og samtidig få mere sundhed for pengene.

Vi skal til økonomiforhandlinger til sommer. Vi ved bare ikke med hvem.

Men uanset regeringens farve er budskabet klart: Der er brug for flere hænder i hverdagen og mere tid til patienterne.

På linje med en række eksperter og organisationer vurderer vi, at der næste år er behov for en vækst på 2 mia. i det regionale sundhedsvæsen, dvs. til hospitaler og praksissektor. Det er ikke penge øremærket til nye opgaver, men til at styrke indsatsen i patientbehandlingen generelt og dermed også til at lette presset på vores medarbejdere i hverdagen.

Vi mener også, at der i tillæg til det skal afsættes særlige midler til at styrke kapacitet og kompetencer i kommunerne og midler til fælles indsatser, så regioner, kommuner og almen praksis i højere grad forpligtes på at løse udvalgte opgaver sammen.

Vi er enige med de mange aktører, der har påpeget, at kommunerne i fremtiden bør kunne levere sundhedstilbud af højere og mere ensartet kvalitet, så hospitaler og praktiserende læger ved, hvad de henviser deres patienter til. Derfor bakker vi op om en flerårig kvalitetsplan, der stiller krav til den kommunale opgaveløsning.

Jeg er klar over, at vi taler om mange penge samlet set. Men faktum er, at langt de fleste af de midler, der er afsat i økonomiaftalerne med regeringen de senere år, kun rækker til ny medicin og nye øremærkede indsatser. Derfor oplever vi i dag et uholdbart pres på medarbejderne – og ikke mindst på de afdelinger, der i disse år skal behandle langt flere ældre patienter. Den demografiske udvikling er ikke noget, der rammer os engang i fremtiden. Den kan i den grad allerede mærkes!

Flere penge er dog kun en del af løsningen. Vi har også et ansvar for at blive bedre til at prioritere vores indsatser og anvende teknologien til at skabe effektive behandlingsforløb.

For et par år siden nedsatte Danske Regioner Medicinrådet. Selvom det skete med opbakning fra Folketingets partier, var det næppe blevet til noget, hvis ikke regionerne var gået forrest.

Med samme tilgang arbejder vi nu på at forberede et Behandlingsråd. Formålet er at udbrede prioriteringsopgaven til at omfatte diagnostik, behandlingsformer og teknologier.

Vi kan forstå, at der er bred politisk opbakning til et Behandlingsråd. Det er jo et godt udgangspunkt. Vi ville blot ønske, at opbakningen var ligeså tydelig, når Medicinrådet i konkrete sager vurderer omkostning og effekt af et lægemiddel ud fra et solidt, fagligt grundlag. For man kan ikke både efterspørge prioritering generelt – og så stikke hovedet i busken, når der skal prioriteres konkret, og det bliver svært.

Den anden forudsætning er, at vi med alle midler sikrer, at vi kan rekruttere og fastholde de medarbejdere, som er helt centrale for fremtidens sundhedsvæsen.

Psykiatrien er et af de steder, hvor vi har store udfordringer. Danske Regioner præsenterer derfor i dag et udspil som tager særligt fat om rekruttering og fastholdelse i psykiatrien.

Der er også gode takter i regeringens udspil om ”Flere hænder og større arbejdsglæde”.

Vi er glade for, at en række organisationer har tilkendegivet, at de gerne vil være med til at se på, hvordan vi får flere medarbejdere til at arbejde på fuld tid – eller bare lidt mere. For selv en lille stigning i den gennemsnitlige arbejdstid for sygeplejersker og sosu´er kan gøre rekrutteringsproblemerne væsentligt mindre.

Og vi er glade for, at PLO ser ansættelse af mere praksispersonale som en af vejene frem, hvis vi på den korte bane skal øge kapaciteten i almen praksis.

Vi ved, at faggrænser og ændret arbejdsdeling er følsomt stof, men vi ved også, at der er rigeligt arbejde til alle. Derfor skal alle kompetencer i spil, og vi skal sørge for, at alle faggrupper gør lige netop det, som de er bedst til. Vi hilser velkomment, at organisationerne har åbnet for en dialog om en mere effektiv fordeling af opgaver mellem faggrupperne på hospitalerne.

Vi ser med stor alvor på det pres, som vores medarbejdere oplever, og vi skal som arbejdsgivere bidrage til en bedre hverdag med god ledelse, et godt arbejdsmiljø og nytænkende arbejdstilrettelæggelse. Og det skal vi gøre i et godt samarbejde med personalet og deres repræsentanter.

Det er helt nødvendigt, hvis vi også fremover skal være i stand til at rekruttere og fastholde kompetente medarbejdere.

Vi ser gerne, at fuldtidsarbejde bliver normen for alle faggrupper, som så kan fraviges i perioder, hvor børnene er små eller pensionen lokker. Det kræver en kulturændring, som rækker udover sundhedsvæsenet, men lad os starte hos os selv, hvor den gode dialog kan bringe os langt.

Og når vi taler om den gode dialog med organisationerne, så ville det være forkert at springe over OK18. Det endte godt, selvom processen var lang og hård. For regionernes vedkommende kan jeg konstatere, at flere af de spørgsmål, der fyldte i offentligheden og ved forhandlingsbordet, f.eks. spørgsmålet om frokostpausen, havde deres oprindelse i andre dele af den offentlige sektor. Vi ser frem til, at vi forhåbentlig, næste gang vi mødes, kan bruge lidt mere tid på de problemstillinger, som vedrører de regionale arbejdspladser.

[Sundhedsreform]

Som jeg sagde i min indledning, så har regeringens udspil til en sundhedsreform skabt megen debat om regionerne.

Og hvis man skal tro det billede, der tegnes af regeringen, så kan alle problemer løses ved at nedlægge regionerne – eller rettere, regionsrådene: Geografiske forskelle, forebyggelige genindlæggelser, manglende kapacitet og ensartethed i kommunerne – ja, man får næsten indtryk af, at der heller ikke vil være lægemangel eller behandlingsfejl efter en reform.

Det ER for godt til at være sandt!

Men helt ærligt: Når I ønsker at nedlægge regionsrådene, kunne I så ikke komme op med et alternativ, der ikke var så teknokratisk, byzantinsk og umuligt at gennemskue?

For hvad er det helt konkret i jeres struktur, der løser de mange problemer, som regionerne tilsyneladende er skyld i? Og hvem har egentlig ansvaret for hvad?

Hvor mange sager af stor betydning for borgerne i den enkelte region skal efter reformen afgøres i natlige aftaler på Christiansborg? Og hvor mange enkeltsager og "omfartsveje" skal suge ressourcerne i sundhedsvæsenet til sig?

Hvem skal beslutte, hvor ambulancen skal placeres eller i hvilken by et speciale skal placeres?

Et af forligspartierne siger, at det er "Ministeren". Andre siger, at det er "Sundhedsfællesskaberne".

Men sundhedsfællesskaberne har hverken magt eller penge, så det er ikke dem, der erstatter regionsrådene.

Sandheden er, at de politiske beslutninger, som i dag træffes af folkevalgte regionspolitikere, fremover vil blive truffet i lukkede, ministerudpegede bestyrelser.

Sundhedsfællesskaberne er til gengæld på mange måder udtryk for en rigtig tanke. I regionerne ønsker vi også et langt tættere samarbejde mellem hjemmeplejen, hospitalet og de praktiserende læger.

Men det afgørende for borgerne er ikke sundhedsfællesskabernes tunge overbygning, men det praktiske, faglige samarbejde om at skabe sammenhæng i patientforløbene og bringe borgerne trygt fra den ene del af sundhedsvæsenet til den anden.

Det samarbejde er allerede godt i gang mange steder. Vi mener, at nøglen til at styrke det er bedre lovgivningsmæssige rammer for datadeling, fælles ledelse og finansiering af fælles indsatser. Der er ikke brug for en ny kompliceret struktur.

Driften af sundhedsvæsenets store, professionelle maskineri kræver i den grad politisk ledelse.

Regionsrådene prioriterer ressourcerne efter de regionale behov og trækker borgernes synsvinkler ind i dialogen med de dygtige ledere og medarbejdere. Regionspolitikere er tættere på driften end Folketingsmedlemmer og embedsmænd i staten.

Hver især har vi vores opgaver og vores komparative fordele. Det er i regionerne, vi kender til de faktiske forhold og den kompleksitet, som kendetegner hospitalsdrift og brobygning mellem sektorerne.

Det er derfor, vi havde indsigten og modet til at kræve 2-procentskravet afskaffet, selvom det ikke var et populært synspunkt, når vi mødte op på Slotsholmen. Og det er derfor, vi bruger tid og kræfter på at luge ud i alle de finansministerielle analyser og løsninger, vi igen og igen bliver præsenteret for ved økonomiforhandlingerne.

Vi gør det, fordi vi ved, at det betyder noget ude i virkeligheden. Hos borgerne og hos medarbejderne.

Hvem skal turde gøre det i fremtiden?

Netop fordi vi er tæt på driften, er vi nok også mere ydmyge, når det kommer til at love, at det hele kan fixes fra den ene dag til den anden.

Det kræver et langt sejt træk. Og det kræver, at vi samarbejder. Men det kræver IKKE en ny struktur.

Regionerne er ikke bare velegnede til at drive sundhedsvæsenet – vi har også en geografi, som gør det oplagt at lægge flere opgaver hos os.

[Nye opgaver - det specialiserede socialområde]

Siden strukturreformen i 2007 har borgere med blandt andet hjerneskade, svær psykisk sygdom og kompleks autisme oplevet, at deres botilbud er forsvundet eller forringede.

Vi har brug for, at der sammen med organisationerne på området laves en egentlig specialeplan og et forslag til finansiering, der sikrer, at der genskabes flere højt specialiserede tilbud med afsæt i kritisk masse til at sikre de rette faglige løsninger.

Vi har i regionerne en særlig opgave, når det gælder de borgere, der både har behov for hjælp inden for sundhedsvæsenet og de sociale tilbud.

På det punkt er sundhedsreformen en tilståelsessag, for tilsyneladende havde man glemt, at der er brug for regionerne – også på det område.

[Nye opgaver – klima og miljø]

Regionernes geografi bliver relevant for flere og flere opgaver. Det er også derfor, at der er international interesse for den regionale model. Man behøver ikke at kigge længere end til vores nabolande for at se, at flere og flere opgaver bliver lagt over på et regionalt niveau.

I regionerne er vi klar til at påtage os en styrket rolle på en række områder, herunder uddannelse, trafik og miljø. Det kræver regionale politiske balancer at styre gymnasiekapaciteten og sikre regional sammenhæng i den kollektive trafik. Vand og klimaforandringer er oplagte opgaver for regionerne i et tæt samarbejde med kommunerne. Skal Danmark opfylde FNs klimamål fra Paris-aftalen, så bør regionerne få det overordnede ansvar for at samle parterne om opgaven og sikre planlægning på tværs af kommunegrænser.

Og måske viser det sig, at der vil være endnu flere områder, hvor regionerne skal tage ansvar, fordi kommunen er for lille og fordi staten er for langt væk fra borgerne og de lokale hensyn.

[Afslutning]

Men vigtigst af alt er vores demokratiske traditioner i Danmark.

Regeringen undervurderer det regionale demokrati, når den foreslår, at regionsrådene skal erstattes af bestyrelser. Det handler ikke om vores taburetter. Det handler om borgernes demokratiske indflydelse. De skal vide, hvem de kan gå til og hvem de kan stille til ansvar.

Regionerne er ikke imod forandring – og vi er klar til fordomsfrit at diskutere, om det folkevalgte niveau i regionerne kan udvikles, og om

den demokratiske dialog mellem regionsråd og borgerne kan styrkes.
Det gør vi os faktisk allerede mange erfaringer med i regionerne.

Så vi tager gerne en åben diskussion, men afsættet for forandring bør
være det regionale demokrati!

Tak for ordet.