

Formandens beretning

Danske Regioners formand Bent Hansens mundtlige beretning ved generalforsamlingen 2011

Det talte ord gælder

Den generelle økonomi

2010 har på mange måder været et udfordrende år for regionerne.

Med et budget på op imod 100 milliarder kroner primært på sundhedsområdet vil regionerne altid være en stor del af den til enhver tid siddende regerings finanspolitik.

Vi kan se tilbage på 2010 som året, hvor den finanspolitiske opbremsning, som Danmark er ude i, slog fuldt igennem i vores dispositioner.

Det politiske ansvar, vi har taget, er desværre ikke uden menneskelige omkostninger – der er med udgangen af 2.000 færre ansatte end på samme tidspunkt i 2009. Det kan ikke undgås, hvis et merforbrug skal skæres væk, men omvendt kan vi med en vis stolthed konstatere, at vi har foretaget denne økonomiske opbremsning samtidig med

- at ventetiden fortsat er lav
- at vi aldrig har behandlet så mange som i dag, og
- at kvaliteten til stadighed forbedres

Den stolthed, vi kan føle, synes jeg, vi skal dele med vore ansatte, som nu forhåbentlig kan gå ind i en mere stabil periode.

Overenskomstforhandlinger

I den forbindelse vil jeg også gerne kvittere for de overenskomstforhandlinger, vi just har færdiggjort. Navnlig i lyset af den økonomiske ramme er der grund til at bemærke den samling, vi har set på organisationssiden, herunder den forventningsafstemning, der blev udvist. Resultatet giver ro om arbejde og en forventning om, at de udviklingsspor, der også er lagt, vil føre os langt de kommende to år.

Store dele af praksisområdet er også på plads – her igen med nogle udviklingsspor, vi forventer os meget af.

Ansvar for den økonomiske situation

Perioden fra seneste generalforsamling til nu har således været præget af, at regionerne har taget ansvar – overfor økonomien og over for borgerne.

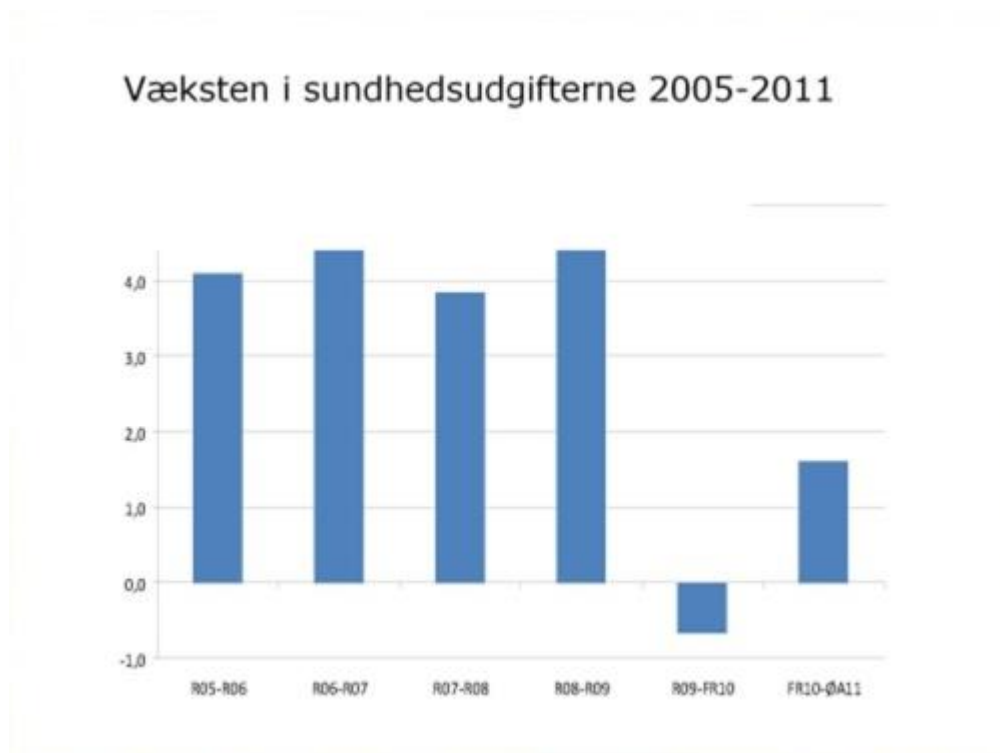
Ansvar har i øvrigt også manifesteret sig i det arbejde, regionsrådene leverer direkte og indirekte via vækstforaene, hvor målet er at få væksten i gang igen.

Regionerne har til opgave at binde erhvervsliv, kommuner og vidensinstitutioner sammen med den nationale indsats. Det har derfor været naturligt at fokusere på uddannelsespolitikken, hvor vi bør sætte alle sejl til for at nå en målsætning om, at 95 procent af en ungdomsårgang skal have en uddannelse.

Et område, som vi allerede for 2 år siden her på generalforsamlingen dagsordenssatte, er sundhedsinnovation. Der er allerede gode traditioner for samarbejdet med erhvervslivet. Tænk bare på, at 5 ud af de 20 største børsnoterede danske virksomheder er udsprunget af det danske sundhedsvæsen. Men vi kan gøre det endnu bedre. Det er derfor godt at se, at alle regioner har sat fokus på dette arbejde.

Vi mærker netop nu en meget stor interesse fra det private erhvervsliv omkring mulighederne for samarbejde. Det gælder om at få mest muligt ud af investeringerne – også når det gælder mulige erhvervsmæssige vækstpotentialer. Vi er meget lydhøre over for gode ideer, som kan fremme dette.

Ingen vækst uden en velfungerende infrastruktur. Derfor nogle korte bemærkninger om kollektiv trafik. Transportministeren har meldt ud, at han ønsker en revision af loven om trafikkselskaber. Jeg vil bare benytte lejligheden til igen at gøre opmærksom på, at busser har hjul og kører på tværs af kommunegrænser. Regionerne er et oplagt koordinationspunkt i en tid, hvor pendlingsområderne bliver større og større.



Som nævnt og som det fremgår af figuren bag mig, har væksten fra 2009 til 2010 været ekstrem lav – og med den økonomiaftale, vi har med regeringen og de tilkendegivelser fra den nuværende regering, der er opfattet omkring perioden 2011-13, skal vi fastholde en forholdsvis lav vækst. Budskabet er ganske klart.

Vi skal huske at dette skal gennemføres i en situation med bagvedliggende udfordringer i form af en større ældrebefolkning, stadig bedre, men dyrere behandlinger og voksende krav fra befolkningen.

En enorm udfordring for os i regionerne, som jeg faktisk tror, vi kan møde – men det kræver en helt anden sundhedspolitik.

Dette skal samtidig ses i lyset af, at regeringen i tirsdags offentliggjorde sin 2020-plan indeholdende bl.a. et oplæg til bedre udgiftsstyring. Danske Regioner støtter flerårige rammer, der giver bedre mulighed for planlægning. Men det skal hænge sammen med mere fleksibilitet og bedre styringsredskaber i stedet for mere kontrol og sanktioner – navnlig i lyset af, at vi i 2010 har bragt vores økonomi på plads. Dertil kommer, at specielt sundhedsområdet er udsat for svingninger i efterspørgslen, der skal kunne rummes i virkelighedens budgetter.

Kvalitetsdagsordenen

Sundhedsvæsenet har i det seneste årti fokuseret meget på kvantitet – på at behandle flere og flere patienter. Nu handler det om at skabe kvalitet. Det kræver et synligt kursskifte og nye styringsredskaber, hvor sundhedsvæsenet i højere grad bliver målt på de resultater, der bliver skabt for patienterne.

Kort sagt:

Vi skal sætte en kvalitetsdagsorden.

På bordene ligger en kortfattet beskrivelse af, hvordan vi tænker – og senere på dagen får vi lejlighed til at høre, hvordan de har grebet denne dagsorden an i Skotland.

Lad mig nævne nogle af elementerne i denne kvalitetsdagsorden.

Regionsrådene må vedkende sig et demokratisk lederskab for denne proces, der på ét og samme tidspunkt håndterer en dæmpet vækst, sætter kvaliteten i højsædet flugtende vore fagligt ansattes mål om god adfærd og mest mulig sundhed for pengene.

Det her kommer ikke af sig selv. Det er en proces, der skal i dybden, den skal have sammenhæng mellem afdelinger, sygehuse, mellem regioner, og mellem regioner og praksisområdet og den kommunale indsats, og der skal systematiseres.

Processen kræver demokratisk legitimitet, mod, vilje og indsigt. Regionsrådene er det rette forum og vi har vist, at vi kan levere varen. Jeg ser ikke noget alternativ i landskabet.

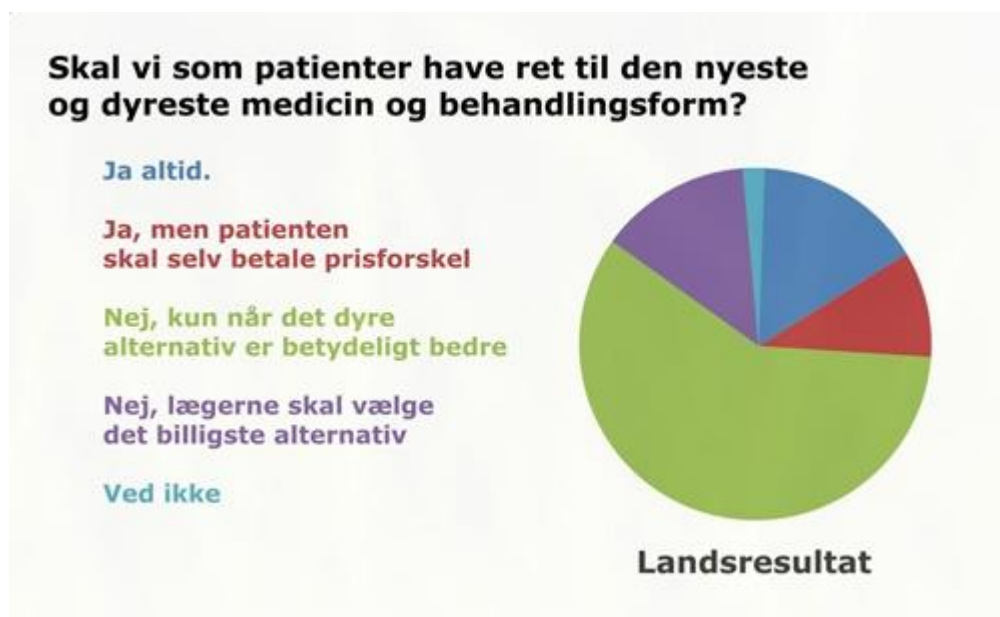
Lad mig give jer nogle eksempler:

- Systematisk indførelse af hurtig diagnostik som sikrer afklaring af patienter med uklare symptomer.
- Indfør ” sikre kirurgiske tjeklister” En opgørelse foretaget på Næstved Sygehus viser et fald på 35 procent af både dødelighed og komplikationer.
- Foretag systematiske basisobservationer. Undersøgelser viser, at der i løbet af de sidste døgn op til et hjertestop hos næsten alle patienter var registreret f.eks. temperaturforhøjelse eller lavt iltindhold.

Det er initiativer, regionerne vil gå i gang med allerede nu. Når erfaringer fra de fem patientsikre sygehuse foreligger, skal resultaterne herfra rulles ud over alle sygehuse, så vi f.eks. undgår liggesår og infektioner.

Prioritering

En kvalitetsdagsorden kræver også, at vi tør prioritere. Ikke alt er lige vigtigt – og det vi bruger ét sted, kan ikke genbruges et andet sted. På 5 borgertopmøder, som regionsrådene afholdt i marts måned, var et af resultaterne, at vi ikke mangler opbakning fra befolkningen i dette spørgsmål.



Som I kan se bag mig, mener 87 procent af befolkningen, at der bør prioriteres i større omfang end i dag

Vi har taget hul på en fornuftig prioritering på visse diagnoser – fedme og rygkirurgi bliver nu fulgt af knæ og skuldre. En god start, men ingen tvivl om, at de værktøjer, vi har til at prioritere, bør være flere og stærkere.

Ny dyr medicin bør analyseres, før det bringes på markedet – jeg synes, vi skal lade os inspirere af det engelske Nice-institut, der ser kritisk på sammenhængen mellem pris og effekt.

Og så må regeringen træde i karakter, når vi snakker om priser for medicin helt generelt. Der er ingen grund til, at vi skal betale mere for medicin i Danmark end i Norge.

En af de største uforbrugte ressourcer i sundhedsvæsenet er borgerne selv. Vi skal blive langt bedre til inddragelse, bl.a. på kronikerområdet, men måske også overveje gensidige krav. Vi skal blive bedre til at møde patienten mere serviceorienteret i forhold til deres ønsker og behov. Omvendt er der ingen tvivl om, at patienterne skal være åbne over for at ændre adfærd, f.eks. om rygevaner for at opnå det bedste resultat.

Borgertopmøderne – igen – efterlader ikke tvivl om, at det er en vej at gå.

Lighed

Lighed i sundhed dukker op i debatten ind imellem. Tiden er kommet til at gøre noget ved det.

Vi skal ikke fortsat acceptere

- at der er så stor social slagside for alle livsstilssygdomme
- at den behandling, vi giver på hjerteområdet, har en ringere effekt på kvinder end på mænd – bare for at give et par eksempler, og
- at gennemsnitslevealderen for patienter, der lider af skizofreni er 58 år – altså 20 år under befolkningen i øvrigt.

Psykiatri

Psykiatrien har været - og bør fortsat være - et væsentligt indsatsområde for os. På det retspsykiatriske område er vi i gang med en række tiltag og bl.a. som opfølgning på vores Psykiatritopmøde her først på året, forventer jeg en snarlig stillingtagen til en række konkrete forslag.

En af de store udfordringer i psykiatrien er, at mange psykiatriske patienter også har et misbrugsproblem. Regionerne har ansvaret for behandlingen i psykiatrien og kommunerne for misbrugsbehandlingen. Det er uacceptabelt, hvis der ikke er sammenhæng.

Kan det ikke opnås på anden måde, tager vi gerne det samlede ansvar.

Det højt specialiserede område

Det højt specialiserede socialområde skal naturligvis inddrages i samfundets samlede prioriteringer. Men omvendt er der en grænse, hvis vi stadig skal være et velfærdssamfund for alle.

Tab af uoprettelig ekspertise kan blive en utilsigtet konsekvens på dette område.

Investeringer

Kvalitet er jo også at investere fornuftigt for at få mere kvalitet – eller mere sundhed for pengene

- ingen sygehusledelse i Danmark gennemlever en eneste dag uden at tænke på en fornuftig arbejdstilrettelæggelse og et fornuftigt patientflow
- som indkøber af varer og tjenesteydelser for 35 milliarder kroner om året kan I være evigt forvisset om, at vi tænker på at gøre det bedre hver eneste dag
- alle regioner benchmarker sig op imod andre. En proces vi understøtter med en lang række initiativer
- vi lavede i sommer en aftale om en arbejdsdeling på IT-området, bl.a. med etablering af Regionernes Sundheds-it. Pejlemærkerne er på plads og der rykkes. Vi kunne godt tænke os lidt statsligt medløb, når vi snakker om definering af standarder og infrastruktur, for slet ikke at tale om, at vores egne IT-anlægs penge for 2011 frigives. Vi er altså midt i april nu. En helt utilfredsstillende situation på et område, hvor vi alle ønsker fremdrift.

Nye sygehuse

Regionsrådene har nu lagt den fremtidige akut-struktur fast. Der arbejdes på at føre disse beslutninger ud i livet, også i form af organisering af arbejdstilrettelæggelse.

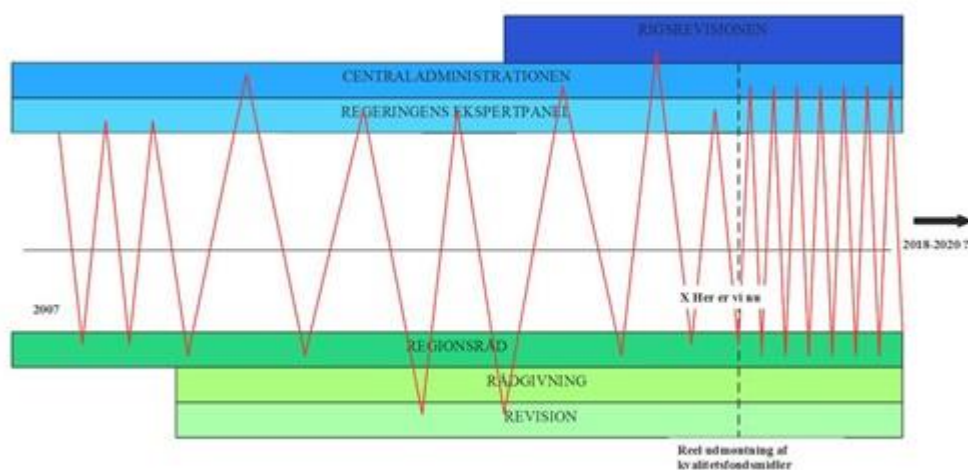
Vi arbejder også alle med at få de ydre rammer på plads.

Det kan gøre en ældre – tenderende gammel – sygehuspolitiker varm om hjertet, at vi står over for en 42 milliard kroners investering i nye sygehuse.

Så langt så godt.

Men hvor bliver de af – pengene. Der er ikke frigjort en eneste krone endnu. Det, der er frigjort og lagt op til, er et kæmpe bureaukrati, som spænder byggeprojekterne ind i rigide rammer – de seneste skud på stammen er, at vi nu skal bygge efter statsbyggeloven – så er det faktisk sundhedsministeren, der har ansvaret. Det eneste, det er godt for, er at antallet af ledige kontorlejemål i København vil falde mærkbart. Vi har prøvet at beskrive den løbende afrapportering, som I ser bag mig. Det bliver til meget papir og mange rapporter i de kommende år.

Proces for ny sygehusstruktur



Min opfordring til regeringen er: Kom nu ind i kampen på fornuftens side. Understøt det ansvar, vi har for de store byggerier. Vi vil gerne bygge økonomisk ansvarligt og for fremtiden – og vi har musklerne og viljen til det, og kan dokumentere, at vi kan håndtere større byggerier inden for et givent budget. Viljen er også til stede, når vi skal lære af hinanden, så vi ikke opfinder den dybe tallerken igen og igen. Med det netværk, vi har bygget op vil gode ideer fra Aalborg kunne genfindes i Hillerød og omvendt.

Regionerne skal herudover fortsat løse anlægsopgaver på den øvrige bygningsmasse - også den psykiatriske.

Sammenhæng

Sammenhæng i sundhedsservice – lige fra forebyggelse, en eventuelt velforberedt indlæggelse, et forløb inden for sygehusvæsenet og et efterfølgende rehabiliteringsforløb – er såvel objektivt som oplevet god kvalitet.

Vi har vist med cancer og hjertepakker, og nu med opbygning af diagnostiske centre, at det kan lade sig gøre at optimere – vi skal videre ad den vej.

Men jeg synes ikke, at tingene hænger godt nok sammen. Bl.a. synes jeg ikke, at det genoptræningstilbud, vi ser på hjerneskadeområdet er godt nok.

På forebyggelsesområdet trænger vi til et kvantespring. Kommunerne har haft opgaven siden 2007, og der er ikke sket nok efter min opfattelse.

Det specialiserede sygehusvæsen kan ganske simpelt ikke klare den vækst, der kommer, hvis ikke forebyggelsen begynder at virke bedre.

Og kom så ikke med, at det jo netop er det, der gøres ved at ændre loven om kommunal medfinansiering. Løfterne er flotte, men prøv at pakke pakken op – og frustrationerne vil brede sig.

På kommunesiden er intentionen at indføre et større incitament til forebyggelse, men modellen er en intern kommunal kannibaliseringmodel, der i bedste fald flytter penge fra nogle kommuner til andre – og realistisk set nedskærer det samlede beløb kommunerne har over tid.

På regionssiden er incitamentet negativt over for den kvalitetsdagsorden, vi ønsker at sætte. Og faktisk kan vi risikere, produktiviteten nedsættes og at der skabes et nyt økonomisk incitament, som ikke flugter det fagligt bedste.

Et alternativ er, at kommunerne og regionerne sætter sig tættere sammen. Jeg er sikker på, at vi kan lave en model, der understøtter forebyggelse og ikke bureaukrati og tekniske mekanismer, der gør det sværere og sværere at gennemskue de økonomiske pengestrømme i sundhedssektoren. Vi er klar og håber på, at KL's bestyrelse kan sænke paraderne.

Vi trænger som sagt til et kvantespring på dette område og ikke et rejehop på stedet.

Økonomiske incitamenter

Læren om processen omkring kommunal medfinansiering er også at økonomiske incitamenter bør understøtte det, vi vil og så gør det ikke noget, at almindelige mennesker kan forstå dem.

Det er altså ikke helt ligegyldigt hvordan de økonomiske incitamentsmodeller i sundhedssektoren virker, så hvis de ikke flugter den gode adfærd, kan de ikke understøtte den kvalitetsdagsorden, vi ønsker at sætte.

Vi ønsker at stå på mål for god kvalitet og efterfølgende blive målt på den. Lad os omlægge vores aktivitetspenge mod at understøtte kvalitet og god adfærd og gøre det på en måde, så det passer med de fremtidige økonomiske vækstmuligheder.

Dramatiske udsagn ligger ikke til os jyder, men jeg tror, at det skal være nu, vi sadler om fra mere af det hele til at fokusere på, om det virker. Vi vil gå til de kommende økonomiforhandlinger under følgende slogan

Fra DRG til DRB

- fra ”Diagnoserelaterede grupper” til
- ”Det Rigtige for Borgeren”.

Det er ganske simpelt det offentlige sundhedsvæsen med fri og lige adgang, der er på spil.

Denne og de seneste beretninger jeg har afleveret, har haft et gennemgående tema – nemlig at understøtte de muligheder og det ansvar, vi folkevalgte i regionerne har påtaget os. Vi må ikke i de nødvendige processer samfundet gennemlever – også nogle af de svære økonomiske processer – glemme at dette samfund bygger på demokrati og solidaritet.

De valg, der i disse år skal træffes regionalt skal træffes af folkevalgte – og ikke i indirekte statskonstruktioner eller via sindrige uoverskuelige mekanismer.

Aldrig har behovet for os været større. Vi er klar til at påtage os opgaven.

Hvis demokrati er et fundament for det danske samfund, er der intet alternativ til os.