

Formandens tale

Bent Hansen, formand for Danske Regioner

DANSKE
REGIONER



Danske Regioners generalforsamling
Torsdag den 23. april 2015
Centralværkstedet, Aarhus



Formandens tale

Danske Regioners generalforsamling, den 23. april 2015

Det talte ord gælder.

Velkommen til Danske Regioners generalforsamling. Velkommen til alle regionsrådsmedlemmer og til gæster fra regeringen, Folketinget og organisationerne. Jeg er glad for at se jer alle i dag.

Danmark har et sundhedsvæsen, vi kan være stolte af, med høj patienttilfredshed, høj kvalitet og høj produktivitet. Vores nabolande kigger misundeligt på vores lave administrationsomkostninger, på kræftpakkerne og på vores korte ventetider til operation. Det er ikke kommet af sig selv. Takket være en stor indsats fra vores dygtige medarbejdere, takket være regionsråd, der tør træffe de nødvendige beslutninger og takket være et godt samarbejde med alle jer, der er her i dag, har vi et sundhedsvæsen i topklasse – og det skal være endnu bedre.

Vi er alle optaget af at skabe de bedste løsninger for borgerne. For få måneder siden viste en undersøgelse imidlertid, at tre ud af fire danskere mener, at vores samfund er blevet for meget system og har for lidt respekt for det enkelte menneske. Kære kolleger, det skal vi gøre noget ved! Vi skal insistere på at tage hensyn til den enkelte borgers ønsker og behov. På generalforsamlingen sidste år varslede jeg en handlingsplan for borgernes sundhedsvæsen. Den offentliggør vi i dag, og det drejer sig om borgernes behov frem for systemets.

Vi ønsker en grundlæggende kulturændring i sundhedsvæsenet, og det kræver, at vi samler alle kræfter på området. Jeg er stolt af, at vi i dag kan offentliggøre en fælles erklæring om Borgernes Sundhedsvæsen, som er indgået med en række centrale patientforeninger, faglige organisationer og KL.

Vi har forpligtet hinanden på at skabe den kulturændring sundhedsvæsenet trænger til – det er historisk!

Alle regioner har i februar holdt borgermøder, hvor vi har spurgt borgerne, hvad der er vigtigt for dem. Borgerne ønsker bedre sammenhæng i deres behandlingsforløb. De ønsker en behandlingsplan og en ansvarlig læge, de kan kontakte. Borgerne ønsker kommunikation, der er til at forstå og mulighed for privatliv, selv når man er indlagt. De vil inddrages og have mulighed for at have deres pårørende med - fysisk eller digitalt - og så efterlyser de, at vi bliver langt bedre til at tilrettelægge kommunikation og behandling efter deres ønsker og ressourcer.

Borgerne skal ikke opleve, at de er på besøg i sundhedsvæsenet. Det er sundhedsvæsenet, der er på besøg i borgernes liv. Det er slut med at tale forbi patienten. Slut med at træffe beslutninger hen over hovedet på patienten og de pårørende. Slut med at tro, at én standardløsning passer til alle.

Hvilken handling er der så i vores plan for at realisere Borgernes Sundhedsvæsen? Vi vil sørge for, at patienterne får en behandlingsansvarlig læge. Det er en stor opgave, men ambitionen er klar. Den behandlingsansvarlige læge skal sikre, sammenhæng, trykthed og kvalitet for patienten – ikke mindst ved de mere komplicerede forløb. Samtidig skal sygeplejersker, SOSU-assistenten og lægesekretærer bidrage til at sikre, at forløbet hænger godt sammen og respekterer patientens tid og ressourcer.

Vi vil målrette kommunikationen til den enkelte patient og de pårørende. Sproget skal være til at forstå, og det skal være nemt at få adgang til den information, man har brug for. Vi vil gøre patientinddragelse til en del af kulturen på alle afdelinger. Derfor skal det være en central del af pensum i de sundhedsfaglige grunduddannelser og indgå i den løbende efteruddannelse. Vi vil gøre det til en del af hverdagen at inddrage pårørende – også digitalt – når patienten ønsker det, og vi vil via enestuer på de nye sygehuse og en adfærd, der tager hensyn til den enkelte, skabe rum for privatliv – også selv om man er indlagt. Vi vil sørge for, at patientens og de pårørendes feedback bliver brugt aktivt af den enkelte afdeling og det enkelte sygehus. Den bedste drivkraft for forandring er ofte de tilbagemeldinger, som man får her og nu – ikke et år efter mødet mellem patienten og sundhedsvæsenet. Det er vores allesammens sundhedsvæsen - det skal vi alle kunne se og mærke.

Det vigtigste for borgerne er naturligvis, at kvaliteten af vores behandling er i top. Det gælder på alle sygdomsområder. Et af de områder, som helt natur-

ligt har stor bevågenhed i befolkningen, er kræftområdet. Regionerne har – godt hjulpet af de løbende initiativer fra Christiansborg og senest regeringens sundhedsudspil – gjort en kæmpe indsats for at forbedre kræftbehandlingen. Indsatsen har båret frugt. Sammenlignet med vores nabolande har Danmark i en årrække været bagud i kræftbehandlingen. Nu ligger vi på mange områder på højde med eller foran vores nabolande. Vi har fået kortere ventetider, vi har fået bedre behandling, og flere overlever kræft. Men vi må også erkende, at der er forskelle i både behandlingstider og behandlingskvalitet regionerne imellem – og det skal vi have gjort noget ved! Specialeplanlægningen skal give regionerne mulighed for samarbejde på tværs. Og vi vil i regionerne forpligte hinanden på at få afklaret årsagerne til de regionale forskelle. De forskelle der kan udlignes – ja de skal udlignes – så vi får et ensartet højt niveau i hele landet.

På et andet område – udredningsretten – har vi også brug for at gøre mere. Selvom vi i regionerne har skruet rigtig meget op for aktiviteten, er det ikke alle patienter, der bliver udredt inden for 30 dage. Nogle vælger selv at vente for at komme til på en bestemt afdeling. I andre tilfælde kan der være lægefaglige begrundelser for, at udredningen trækker ud. Men vi må også erkende, at der er flaskehalse, hvor vi mangler specialister, og derfor ikke i dag kan opfylde udredningsretten. Det er naturligvis ikke godt nok. Vi skal derfor fortsætte med at optimere arbejdstilrettelæggelsen, se fordomsfrit på opgaveglidning mellem faggrupper, fjerne flaskehalse og udnytte den private kapacitet, så vi med sikkerhed kan sige, at der enten er lægefaglige begrundelser eller tale om eget valg, når en udredning ikke er afsluttet i løbet af 30 dage.

I psykiatrien går det anderledes godt med at opfylde udredningsretten. Ventetiderne for børne- og ungespsykiatrien er faldet helt ekstraordinært de seneste år. Og tallene for voksenpsykiatrien følger godt med. Regionerne og ikke mindst personalet har ydet en imponerende indsats. Men jeg vil også gerne kvittere for Folketingets aftale om satspuljemidlerne, der har været med til at styrke psykiatrien. Fra den 1. september i år har de psykiatriske patienter ret til udredning inden for kun 30 dage. Det skal vi også klare, og flere regioner er allerede tæt på målstregen.

Det overvejende fokus i styringen på sygehusområdet har gennem en årrække været høj aktivitet og høj produktivitet. Det har været effektivt til at øge omfanget af behandlinger i en tid, hvor vi skulle komme ventelister til livs. Vi har et meget produktivt sygehusvæsen, og vi øger produktiviteten år for år. Men vi måler produktiviteten som ”stykkproduktion”, og det betyder,

at der er mindre fokus på, hvordan vi samlet set, bedst og billigst, kan imødekomme den enkelte patients behov. Det skal vi have lavet om på. Vi kan ikke sætte borgeren i centrum, hvis styringen og incitamenterne ikke arbejder i samme retning. Vi skal have fokus på, hvad der skaber værdi for patienten, og målet skal være at indrette forebyggelse og behandling efter patienternes behov.

Derfor har vi i Danske Regioner taget initiativ til at afprøve nye afregningsmodeller baseret på værdi på patienten. I regionerne samarbejder vi gerne om at tilrettelægge styringen af sundhedsvæsenet på en måde, som virkeliggør ordene kvalitet og patientfokus i sundhedsstrategien ”Jo før, Jo bedre”. Det giver ikke mening at fastholde, at regionerne skal levere en bestemt aktivitet for at få udbetalt de penge, som vi allerede har aftalt med staten. Det fjerner fokus fra det, som bør være sundhedsvæsenets kerneopgave, nemlig at skabe værdi for borgerne i form af bedre sundhed.

Borgerne må ikke opleve, at den ene hånd i sundhedsvæsenet giver slip, før den anden griber dem. Borgerne ønsker sammenhæng i deres forløb – også når de udskrives fra sygehuset og krydser sektorgrænsen til kommunen. Det er ærgerligt, at vi fortsat har en kommunal medfinansiering, der skaber splid og mistillid.

Fusionen af KL og Danske Regioner blev kvalt før fødslen på KL’s Topmøde i marts. Men tilbage står behovet for at styrke samarbejdet mellem kommuner og regioner – og mellem KL og Danske Regioner – til gavn for borgerne. Også her er vores melding klar: Vi samarbejder med alle dem, der kan og vil medvirke til at styrke borgernes sundhed og skabe vækst og beskæftigelse i hele Danmark. Der er allerede gode takter i sundhedsaftaler og regionale udviklingsstrategier, men vi skal de kommende år være mere ambitiøse i at skabe sammenhæng for borgerne på tværs af myndighedsgrænser. Vi ser derfor frem til et endnu tættere samarbejde mellem regioner og kommuner om denne opgave.

En anden vigtig forudsætning for borgernes sundhedsvæsen er, at medarbejderne bruger tid på kerneopgaven. Overflødige procedurer og unødvendig dokumentation skal være fortid. Regionerne har det seneste år holdt konferencer og workshops med tillidsfolk fra alle personalegrupper. Vi har tilbudt udvalgte afdelinger at blive ”bureaukratifri zoner”, og vi har sammen med regeringen gennemført en analyse af de regler og procedurer, der hæmmer vores medarbejdere i dagligdagen.

Der er sagt mange rigtige ord om afbureaukratisering gennem tiden. Men skal vi reelt frigøre mere tid til kerneopgaven, må vi gå konkret til værks og fjerne en række tidskrævende procedurer og kontroller ved at udfase Den Danske Kvalitetsmodel på sygehusene. Den Danske Kvalitetsmodel har bidraget positivt til kvalitetsudviklingen på sygehusene – ligesom vi forventer, at den vil gøre det de kommende år i praksissektoren – men efter flere runder opleves den ikke længere som et bidrag til det lokale kvalitetsarbejde. Derfor skal vi tænke nyt og genopfinde kvalitetsarbejdet, så det giver mere mening på den enkelte afdeling.

Som erstatning for den nuværende akkrediteringsmodel på sygehusene foreslår vi at indføre et kvalitetsprogram, der bygger på tydelig kliniknær ledelse, feedback fra patienter, systematisk brug af tidstro data og åbenhed om resultater. Og så skal få nationale mål for kvalitet fungere som overordnede pejlemærker for kvalitetsudviklingen. Jeg har med glæde noteret mig, at Ministeriet for Forebyggelse og Sundhed og Lægeforeningen også gerne ser, at kvalitetsudviklingen går i den retning.

På forhandlingsområdet er Danske Regioners mål at have overenskomster og aftaler, der understøtter fokus på borgernes behov, kvalitet og sammenhæng – og det er lykkedes os at komme ganske langt. Jeg vil særligt kvittere for aftalen med de praktiserende speciallæger, som giver mulighed for at imødekomme et stadigt stigende behandlingsbehov og sikre patienterne hurtigere og mere sammenhængende behandlingstilbud. Og i forhandlingerne med de ansatte lægers organisationer ved OK-15 fik vi yderligere forbedret vores muligheder for at tilrettelægge arbejdet på sygehusene ud fra patienternes behov. Her vil jeg særligt kvittere for Yngre Lægers vilje til at søge fælles resultater ved forhandlingerne.

Vi har også i forhandlingerne haft fokus på det psykiske arbejdsmiljø. Der er allerede i regionerne stor opmærksomhed på de problemer, som af og til dukker op på travle afdelinger, der håndterer alvorlige spørgsmål om liv og død. Men nu sætter vi med OK-15 ekstra fokus på nogle af de ting, der kan og skal blive bedre på vores arbejdspladser, og vi ser frem til et konstruktivt samarbejde herom med blandt andet Dansk Sygeplejeråd og FOA.

Aftalen med almen praksis fra sidste år har skabt gode betingelser for at få samarbejdet tilbage på sporet. Vi har stor respekt for det arbejde, som de praktiserende læger udfører. De praktiserende læger er patienternes værdsatte tovholder og primære indgang til sundhedsvæsenet. Vi har brug for en god almen praksis, og i regionerne ser vi mange fordele i det engagement,

som følger af den nuværende organisering. Vi tror og håber til gengæld, at de praktiserende læger også ser fordelene i et endnu tættere samspil med det øvrige sundhedsvæsen. Jeg vil derfor gerne invitere PLO til en dialog om, hvordan vi udvikler almen praksis.

Et andet vigtigt element i et sundhedsvæsen med borgerne i centrum er deling af sundhedsdata. Anvendelse af sundhedsdata er i dag en integreret del af sundhedsvæsenet, og borgerne forventer, at vi i alle dele af sundhedsvæsenet ved hvilke undersøgelser og behandlinger, der er foretaget i andre dele af sundhedsvæsenet. Samtidig er sundhedsdata grundlaget for den forskning, planlægning og løbende kvalitetsudvikling, som er med til at skabe et endnu bedre sundhedsvæsen i fremtiden.

Borgerne skal være trygge ved den måde, vi bruger deres data på. I regionerne skal vi sørge for, at både teknologi, processer og medarbejdere er indstillet på at beskytte borgernes data. Og vi skal være åbne om den måde, data anvendes på i sundhedsvæsenet. Det er essensen af den datapolitik, som vi i regionerne lige har præsenteret.

Borgernes adgang til egne data – og deres mulighed for at bidrage med egne data – er et vigtigt element i borgernes sundhedsvæsen. Derfor vil regionerne fra den 1. september i år fjerne den forældede praksis om, at borgerne skal vente to til tre uger på at se deres egne data i sundhedsjournalen. Det er der ingen god grund til i nutidens sundhedsvæsen.

Et af de områder, hvor forskningen og patienternes data kan bidrage til væsentligt forbedrede behandlingsformer med færre bivirkninger, er Personlig Medicin. Personlig Medicin er brugen af genteknologi i diagnostik og behandling. Ved at kende arvemassens hemmeligheder kan vi blive meget bedre til at forebygge, give den rigtige medicin og forudsige sygdommes forløb. Vi kan fra starten vælge den behandling, som virker og giver færrest mulige bivirkninger. Personlig Medicin sætter utvetydigt patienten i centrum og åbner nye muligheder for vores dygtige sundhedsindustri. Men der er også en række etiske aspekter af personlig medicin, som vi skal tage alvorligt i det videre arbejde.

Danske Regioner ønsker en bred debat om mulighederne i personlig medicin og om de etiske problemstillinger. Men vi skal ikke blive ved debatten – vi skal handle. Derfor samarbejder vi med universiteter og patientorganisationer om et oplæg til en samlet national indsats omkring personlig medicin. Et af de forslag, som vi overvejer, er, at 100.000 danskere får lavet en

analyse af deres arvmasse som grundlag for forskning og udvikling af personlig medicin. Andre lande er allerede godt i gang, og vi håber, at der også nationalt vil være opbakning til, at Danmark kommer med i kapløbet om at udnytte de nye muligheder til gavn for patienterne.

Personlig medicin sikrer en målrettet medicinering af patienten og muliggør et reduceret forbrug af medicin. Det er kærkomment i sundhedsvæsenet. Desværre hjælper det ikke lige nu og her på regionernes økonomi, som er presset af stærkt stigende udgifter til medicin. Og det ser ikke ud til at blive bedre de kommende år. Tværtimod. De stigende medicinudgifter skyldes blandt andet forskningsmæssige gennembrud, der har givet mange nye præparater til gavn for patienterne. Det er glædeligt. Dertil kommer, at vi har et sundhedsvæsen, som tager de nye innovative lægemidler i brug hurtigt og ensartet til gavn for borgerne – det skal vi fortsætte med.

I regionerne skal vi have fokus på at sikre en rationel anvendelse af medicin på afdelingerne og på hele tiden at udvikle vores indkøbsmetoder. Men med et stigende antal kronisk syge og med flere nye lægemidler er vi også nødt til at gøre noget ved kerneproblemet – de høje priser.

Vi vil i Danske Regioner tage politiske initiativer, der kan bidrage til at få styr på dette vanskelige område. Et første skridt kunne være, at Koordineringsrådet for ibrugtagning af sygehusmedicin – i daglig tale KRIS – får mulighed for at inddrage prisen på lægemidlet i tillæg til rådets faglige kriterier. Prisen indgår allerede ved vurdering af ny medicin i primærsektoren, og den tilgang bør kunne udbredes til også at omfatte den dyre sygehusmedicin. Et andet skridt kunne være at indføre et referenceprissystem, der sikrer, at vi ikke i Danmark betaler mere for medicinen, end man gør i vores nabolande. Et tredje skridt kunne være at åbne en generel debat om mulighederne for en mere åben og retfærdig prioritering af de midler, sundhedsvæsenet har til rådighed. På det punkt tror jeg, vi kan hente inspiration i Norge, som via et særligt prioriteringsråd er kommet langt i at synliggøre de vanskelige valg, som må træffes i ethvert sundhedsvæsen.

Jeg håber, at regering og Folketing vil være med i en konstruktiv dialog om disse emner. Men her og nu har alle regioner store udfordringer med de stigende medicinudgifter. Vi har i regionerne lagt budgetterne efter de skøn, som lå til grund for økonomiaftalen for 2015. De holder ikke stik. Derfor bliver håndteringen af medicinudgifterne helt central i de kommende økonomiforhandlinger.

Et andet område, der presser regionernes økonomi er anlæg. Med kvalitetsfondsmidlerne er der blevet tilført mange milliarder til nye sygehusbygninger – det glæder vi os over. Vi er i regionerne i fuld gang med at vende og dreje hver en krone, så vi får mest muligt ud af pengene. Men patienter og medarbejdere på de andre sygehuse har også brug for tidsvarende rammer.

I regionerne er vi godt klar over, at der er grænser for, hvor meget der kan investeres i den offentlige sektor, og at investeringerne på sundhedsområdet indgår i en samlet prioritering. Men vi ser gerne, at der udarbejdes en samlet analyse af investeringsbehovene på tværs af sektorer, så prioriteringen sker på et sagligt grundlag.

Befolkningen trækker som bekendt imod byerne. Byerne er vigtige for væksten, men vi skal sikre gode levevilkår i hele Danmark. De største byer er stærke, men de kan ikke trække væksten i Danmark alene. Eksport- og produktionsvirksomhederne ligger f.eks. som oftest uden for de største byer. Jeg behøver bare at nævne Danfoss, Grundfos og Lego. Også store dele af fødevareerhvervet, den vedvarende energiproduktion og turismeerhvervet ligger uden for byerne. For at udnytte Danmarks fulde vækstpotentiale må vi styrke og optimere de sammenhænge, der binder byer, deres oplande og yderområderne sammen. Det har regionerne fokus på i de nye vækst- og udviklingsstrategier.

Mange snakker om behovet for vækst og regional udvikling. I regionerne gør vi noget ved det. Når Region Syddanmark prioriterer offshore energi med det resultat, at de deltagende virksomheder nu har 15 procent flere beskæftigede. Når Region Sjælland tiltrækker et trecifret millionbeløb i kapital til regionale virksomheder. Når Region Nordjylland overtager ansvaret for den regionale togbetjening af Nordjylland fra staten og skaber flere afgang, færre skift for passagererne og på nogle afgang også hurtigere rejsetid. Når Region Midtjylland skaber flere jobs ved at satse på kompetenceudvikling i regionens virksomheder. Og når Region Hovedstadens praktikpladsenhed skaffer 2.500 praktikpladser, så er det alt sammen udtryk for, at de regionale indsatser skaber udvikling i hele Danmark gennem vækst, mobilitet og nye kompetencer.

Hvis det skal være attraktivt at bo i alle dele af landet, skal vi også sikre god adgang til ungdomsuddannelser. Netop i år skal erhvervsskolerne søge om nye godkendelser af deres udbud. Det ser ikke ud til, at de unges transporttid bliver et hensyn, som skolerne skal lægge vægt på. Derfor vil tendensen til centralisering i store byer fortsætte. Selvejet betyder, at hensynet

til institutionens bundlinje bliver prioriteret højere end de unges adgang til uddannelse uden for byerne. Det er måske god skoleøkonomi, men ikke god samfundsøkonomi, og det er slet ikke godt for borgerne. Derfor har vi netop foreslået ministeren, at uddannelsesinstitutionerne skal have pligt til at sikre uddannelsesmuligheder i hele deres geografiske område. Hvis ikke selvejet kan løse problemet, må der politisk handling til.

Ved indgangen til 2015 trådte en ny organisering af den offentlige turismefremmeindsats i kraft. Regionerne har fået større ansvar og arbejder aktivt for, at der bliver skabt endnu mere fokuseret produktudvikling, branding og markedsføring af Danmark som et attraktivt turismemål. Det er til gavn for vækst og jobskabelse.

Også på miljøområdet har regionerne fået et styrket ansvar. Regionerne overtog den 1. juli 2014 den fulde kompetence på råstofområdet. Vi har effektiviseret og digitaliseret råstofområdet, så sagsgangen er mere transparent for borgerne, og det er nemmere for virksomhederne at søge tilladelse til indvinding af råstoffer til de store byggeprojekter. Det medfører en sammenhængende forvaltning af Danmarks undergrund til gavn for miljøet, borgerne og de erhverv, der har brug for råstoffer fra Danmarks undergrund.

I regionerne kan vi godt være vores indsats bekendt. Det er også dokumenteret sort på hvidt i den nye udgave af Regionernes Resultater, som ligger på bordene. Regionernes medarbejdere har siden strukturreformen leveret flotte resultater. Regionsrådene har taget det politiske ansvar på sig, og vi bliver bakket op af en række eksperter, der samstemmende siger, at folkevalgte regioner er det bedste alternativ. Hvad er problemet? Hvorfor risikere at knække de gode kurver? Lad os i stedet bruge kræfterne på borgerne, på at øge kvaliteten og på at gøre et godt sundhedsvæsen endnu bedre, i stedet for at tale om struktur for strukturens skyld. Omdrejningspunktet må og skal være hensynet til velfærden og demokratiet: at de løsninger, vi tilbyder borgerne, er besluttet af direkte folkevalgte politikere, der kan stilles til demokratisk ansvar.

Der er nok af udfordringer vi skal tage fat på i fællesskab. Lad os bruge kræfterne på sammen at skabe vækst og velfærd i hele Danmark. Her vil alle fem regioner have en helt central rolle i at skabe fremtidens Danmark.

Tak for ordet.