

Formandens tale – Danske Regioners generalforsamling 18. april 2013

Det talte ord gælder

Regionerne skaber sammenhæng

Tak fordi I har taget turen til Herning i dag. Vi er glade for at se jer. Det er vi blandt andet, fordi vi har brug for hinanden. Vi har en fælles opgave. Den består i at skabe vækst og beskæftigelse, velfærd, sundhed og livskvalitet i det danske samfund.

I regionerne er vi indstillet på at løfte i flok. Vi vil bidrage til sammenhængen i det offentlige Danmark. Det gælder sammenhæng mellem stat, regioner og kommuner. Det gælder den nødvendige sammenhæng på tværs af og internt i regionerne.

Det er nødvendigt for at skabe mere velfærd for pengene, og fordi der skal være sammenhæng i borgernes hverdagsliv, når de har behov for en offentlig indsats.

Uanset om det handler om patienten, der besøger den praktiserende læge, er indlagt på sygehuset eller overvåger sin sygdom i hjemmet. Uanset om det er den svært handicappede, som har krav på at få høj specialiseret hjælp. Uanset om det berører pendleren, der skal have en hurtig busforbindelse, der hænger sammen med regionaltoget.

Regionerne er klar til nye opgaver

Regionerne er kommet for at blive, sagde økonomi- og indenrigsministeren sidste år i sin tale til vores generalforsamling.

Evalueringen af kommunalreformen viser, at regionerne har gjort det godt. Der er fortsat brug for et regionalt niveau inden for sundheden, det højt specialiserede socialområde, den regionale udvikling og dele af miljøområdet.

Regionerne kan omsætte nationale politikker, så de virker i de enkelte landsdele med hver deres særlige vilkår. Og vi er den samlende faktor, der kan skabe retning og sammenhæng på tværs af kommuner på sundhedsområdet, på socialområdet og i erhvervs- og vækstpolitikken.

Evalueringen var allerede i sit kommissorium meget snævert afgrænset. Ja, faktisk så afgrænset, at jeg i første omgang troede, at jeg kun havde fået tilsendt en del af kommissoriet. Jeg ledte forgæves efter afsnittet om evaluering af de opgaver, som staten havde overtaget efter strukturreformen. Og det var en særegen oplevelse at konstatere, at de ikke er til debat. Og at der ikke var lagt op til at tænke regionerne ind på helt nye opgaveområder.

Det skal dog ikke forhindre os i at gøre det klart over for Christiansborg: I regionerne har vi både evner og vilje til at løse flere opgaver, end vi gør i dag. Vi har styr på økonomien og har skabt resultater inden for sundhed, regional udvikling og det specialiserede socialområde. Så hvorfor ikke bygge videre på de gode resultater på andre områder?

Klart ansvar på det højt specialiserede socialområde

Tag nu det højt specialiserede socialområde. Her er der behov for et klart regionalt ansvar. Der er behov for, at opholdet på sygehuset, den specialiserede genoptræning og den bredere

rehabiliteringsindsats hænger sammen på en fornuftig måde for borgeren. For målet er, at gøre vejen tilbage til hverdagslivet og arbejdsmarkedet så kort som muligt. Der har igennem de seneste år været fokus på inklusion på socialområdet. Inklusion må og skal være målet for alle. Men for nogen er vejen til inklusion en højt specialiseret indsats. Og her kniber det gevaldigt.

Højt specialiserede tilbud, der kræver særlig faglig viden, er forsvundet, fordi mange kommuner i de senere år har valgt de regionale tilbud fra. Det har gjort velfærdssamfundet fattigere på kvalificeret hjælp til de mennesker, der f.eks. er ramt af en sjælden diagnose, en kompleks hjerneskade eller en svær spiseforstyrrelse. Derfor er der brug for at placere et klart og entydigt ansvar for det højt specialiserede socialområde i regionerne.

Behov for trafikalt helikopterperspektiv

Regionerne kan også bidrage til bedre sammenhæng i den kollektive trafik. Regeringen vil investere 27,5 milliarder kr. i en opgradering af det danske jernbanenet. Målet er at nedbringe rejsetiden til én time mellem de største byer i landet – og det er der perspektiver i.

Men når vi nu ved, at hver tredje togpassager også benytter bussen til eller fra togstationen, så skal vi sikre, at den landsdækkende kollektive trafik hænger bedre sammen med de lokale og regionale busser og lokalbanerne.

Vi foreslår regeringen og forligspartierne, at vi i fællesskab som led i den kommende togfond får skabt det nødvendige overblik over den samlede kollektive trafik. Hvis vi for alvor skal flytte passagerer til den kollektive trafik, så skal vi sammen forbedre sammenhængen på tværs af de forskellige transportformer og driftsherrer. Det skylder vi borgerne.

Regionerne skaber rammer for vækst

Regionerne bidrager også til at indfri de nationale målsætninger for vækst, innovation og uddannelse. Det ser vi som en vigtig regional opgave.

De regionale udviklingsplaner og de regionale vækstfora samler regioner, kommuner, virksomheder og uddannelsesinstitutioner med det formål at tegne den samlede retning for regionens udvikling på tværs af sektorområder. De bidrager også til at løse en af Danmarks største udfordringer, nemlig at skabe vækst og beskæftigelse. Vi har i Danmark fundet en god model for effektiv anvendelse af EU strukturfondsmidler, så de støtter op om de nationale og regionale målsætninger.

Regionerne investerer i innovation og har f.eks. taget initiativ til at hæve uddannelsesniveaet, skaffe flere praktikpladser og fremme talentudviklingen blandt unge. Den slags succeser kan kun opnås, fordi regionen er gået dedikeret til opgaven, har taget ansvar - og har involveret en lang række aktører.

Vækst og udvikling i hele Danmark

Vi ønsker at skabe et tættere samspil mellem to af regionernes kerneområder: sundhed og erhvervsudvikling.

En ny undersøgelse blandt virksomheder, der samarbejder med sygehusene om sundhedsinnovation, viser, at 86 procent er tilfredse eller meget tilfredse med samarbejdet. I lounge-området oppe bagved, kan I se mere om den form for samarbejde.

Fremover har vi brug for flere nye løsninger, der fokuserer på en tredobbelt bundlinje. Nemlig: At skabe øget effektivitet, øget kvalitet og en grobund for erhvervsudvikling og vækst. Med oplægget Sund Vækst sætter regionerne en fælles ramme for et styrket erhvervssamarbejde. Oplægget skal understøtte – ikke erstatte – de regionale erhvervs-, forsknings- og innovationspolitikker. Der er fokus på de centrale temaer, der både kan give merværdi for regionerne og erhvervslivet. F.eks. et styrket offentlig-privat innovations- og forskningssamarbejde og flere offentlig-private Partnerskaber i de nye sygehusbyggerier. Vi vil sikre, at byggerierne på denne måde bidrager til vækst og udvikling i hele Danmark.

Brug for bedre sammenhæng i sundhed

De nye sygehusbyggerier er også anledningen til at tænke fremtidens sygehuse i en helt ny ramme. Alle regioner udvikler organisationsformer og kliniske strukturer, så de understøtter høj kvalitet, effektivitet og sammenhæng i patientforløbene både inden for sygehuset og på tværs af sektorer. Et helt centralt omdrejningspunkt i de nye sygehusorganisationer er de fælles akutmodtagelser. Historien om akutmodtagelser er fortsat, at vi har fat i en afgørende forbedring af kvaliteten for patienterne. Det er der ingen tvivl om. Det er også klart, at der vil være forskelle i den måde vi konkret organiserer akutmodtagelserne på. Men vi skal som altid lære af de sygehuse, som er kommet bedst fra start.

Et af de varme diskussionspunkter i forhold til akutmodtagelserne er, hvordan de skal bemannes. Vi står fast på, at vi skal kunne trække på speciallægerne i forreste linje, når patienterne er der. Her synes jeg, vi har fået et godt rygstød og et forbedret udgangspunkt med den overenskomst, vi netop har indgået med overlægerne. Jeg vil også gerne fra denne plads sige tak til overlægerne for at tage ansvar.

De fælles akutmodtagelser er ét – meget synligt – eksempel på den organisatoriske omlægning, der er i gang i sundhedsvæsenet. Det er en omlægning, der har fokus på at skabe sammenhæng for patienten på tværs af sektorer og lægefaglige specialer.

Et andet eksempel er, at sygehusene fremover skal spille meget tættere sammen med de praktiserende læger og den kommunale hjemmepleje. Den alment praktiserende læge og medarbejderne i hjemmeplejen skal i langt højere grad trække på den faglige viden og ekspertise, der findes hos vores dygtige personale på sygehusene. Så får vi mange flere strenge at spille på og kan sikre, at patienterne får den rette behandling på rette tidspunkt, og at unødvendige genindlæggelser undgås. Fremover skal langt flere patienter behandles i deres eget hjem. Ældre medicinske patienter og kronikere kan få besøg af udgående teams af sundhedsfaglige medarbejdere, der behandler og følger op. Det samme gælder kvinder, der lige har født. Det giver høj kvalitet og mere sundhed for pengene – og det betyder, at behandlingen griber mindst muligt ind i hverdagen. Det er bedst for patienten og i øvrigt også én af flere metoder til at sikre, at vi - uden overbelægning - når i mål med den reduktion af senge, som er kravet til de nye sygehusbyggerier.

Vi er klar til at udbygge vores engagement i nye samarbejdsformer om de fælles patienter både organisatorisk og økonomisk.

Vi skal fokusere på kvalitet

Netop for at få mest sundhed for skattekrone, introducerede regionerne for et par år siden en kvalitetsdagsorden.

Allerede i økonomiaftalen med regeringen for dette år har vi fastsat håndfaste mål for, hvordan regionerne vil styrke kvaliteten i behandlingen og patientsikkerheden.

Regionerne vil på tre år reducere antallet af skader i forbindelse med sygehusbehandling med 20 procent og sygehusdødeligheden med 10 procent.

Vi vil også udrydde tryksår på danske sygehuse inden for de næste år.

Alle jordemødre bliver efteruddannet, så vi allerede med udgangen af 2014 forventer at have halveret antallet af børn, der fødes med hjerneskader efter iltmangel ved fødslen.

Og allerede i år skal psykiatrien have reduceret antallet af fikserede psykiatriske patienter med 20 procent i forhold til 2011.

Ambitiøst, håndfast og nødvendigt.

Men vi skal videre.

Vi skal tage fat på danskernes brug af medicin. På det seneste har der været alt for mange historier om uhensigtsmæssig brug af medicin både inden for somatikken og psykiatrien. Det er på tide, at der tages hånd om det problem.

Det kan vi kun, hvis alle tager et ansvar. Regionerne er godt i gang, blandt andet med indførelse af det fælles medicinkort og med behandlingsvejledninger for medicinanvendelse. Men de enkelte praktiserende læger og sygehuslæger skal også påtage sig et større ansvar.

Jeg vil invitere til, at vi – regionerne, staten og lægerne – sætter os om det samme bord og får lagt en plan for, hvordan vi får normaliseret danskernes medicinforbrug.

En af udfordringerne er at få mere fart på udarbejdelsen af behandlingsvejledninger for den medicin, der bruges både i praksis og i hospitalssektoren. Regionerne ønsker derfor at samle Sundhedsstyrelsens Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF), Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) og Koordinationsrådet for ibrugtagning af sygehusmedicin (KRIS) i en stærk enstretiget medicinorganisation, som vi gerne i regionerne påtager os ansvaret for. Det vil højne kvaliteten i behandlingen og sikre større sammenhæng på tværs af sektorerne.

Forandringsvilje er nødvendig

Det gode og sammenhængende sundhedsvæsen, der leverer høj kvalitet til borgerne, kan kun skabes af vores medarbejdere. Og medarbejderne er nøglen til den omstilling, som vi har brug for. Jeg vil gerne kvittere for de netop indgåede overenskomster, hvor de faglige organisationer har udvist ansvarlighed. Jeg oplever i det hele taget, at vores medarbejdergrupper i høj grad bakker op og tager ansvar for den nødvendige fornyelse i sundhedsvæsenet.

Det er dog ikke alle steder, der er vilje til at forandre fortidens strukturer. Efter mange måneders forsøg er der fortsat sammenbrud i forhandlingerne mellem regionerne og en gruppe private erhvervsdrivende – nemlig de praktiserende læger. Lad mig først slå fast: Vi ønsker at bevare modellen med den praktiserende læge i lokalmiljøet som første indgang til sundhedsvæsenet. Men PLO vil ikke acceptere, at det er en myndighedsopgave at stille krav til indholdet, kvaliteten og lokaliseringen af de sundhedsydelser, som betales af offentlige skatte kroner. Og PLO vil ikke acceptere, at de praktiserende læger skal leve op til samme krav som det øvrige sundhedsvæsen, når det gælder produktivitet, kvalitet og opfølgning på, om skattekrone bliver brugt forsvarligt. Rigsrevisionen påpegede sidste år, at regionerne fremover har behov for at styre og monitorere de praktiserende lægers arbejde bedre i fremtiden. Og i denne uge har en ny OECD-rapport slået fast, at almen praksis halter bagefter udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen. PLO må forstå, at sundhedsvæsenet i Danmark er i forandring, og at praksissektoren som privat leverandør af ydelser, der finansieres over skatten, må forandre sig for stadig at være en nøglespiller på sundhedsområdet. Der er i samfundet en udbredt forståelse for, at den offentlige økonomi er stram og kræver nytænkning alle steder. Men vi møder hos PLO ingen anerkendelse af, at målet om mere sundhed for pengene også gælder for almen praksis.

Der er tilsvarende i hele sundhedsvæsenet en forståelse for, at kvaliteten skal monitoreres, data skal gøres tilgængelige og lægerne følge ensartede retningslinjer, så man kan være sikker på kvaliteten, uanset hvor man er i landet. Men hos PLO finder vi ikke denne forståelse. Derfor er vores uenighed med PLO ikke bare et spørgsmål om styring og revision – det handler også om, hvorvidt alle danskere kan regne med, at deres praktiserende læge holder standarden med hensyn til faglig kvalitet og tilgængelighed.

Vi skal bruge tiden rigtigt

Generelt har vi et godt samarbejde med både de selvstændige i praksissektoren og med vores medarbejdere i regionerne. Og vi er klar til dialog om, hvordan vi bruger arbejdstid og skattekrone bedst muligt.

F.eks. har flere faggrupper på sygehusene kritiseret, at der går for meget tid fra patienterne på grund af registrering og indrapportering af data til regionerne og til staten. Den kritik har vi taget til os. Derfor har sundhedsministeren og Danske Regioner inviteret de faglige organisationer til minitopmøde om netop afbureaukratisering den 30. april.

Sammen med medarbejderne og staten er vi klar til at se på, hvordan vi kan fjerne dokumentationskrav, som ikke giver mening eller merværdi for patienterne. Det sætter vi gerne fokus på, men vi skal huske, at dokumentation også er en helt central del af sundhedsvæsnets arbejde med at styrke patientbehandlingen og patientsikkerheden.

Sundheds-it i verdensklasse

De mange IT-projekter, som vi er ved at rulle ud i regionerne, skal også forenkle arbejdsdagen for medarbejderne og skabe sammenhæng i behandlingen for patienten.

Regionerne mener det er tid til at lægge den gamle EPJ-diskussion i graven. Vi er stort set i mål med konsolideringsfasen og kan dele oplysninger på tværs. Nu er opgaven en anden. Nu skal der lægges vægt på at bruge systemerne fuldt ud og knytte dem endnu tættere til de mange kliniske arbejds gange.

Samtidig skal it-systemerne følge med tiden og de skiftende behov. Nye funktioner skal bygges ind, så medarbejderne kan være mobile og ikke er låst til stationære pc'ere. Også borgerne skal have mobil adgang til sundhedsoplysninger.

Det er vores opgave at skabe sammenhæng i it-udviklingen i den enkelte region og regionerne imellem. Derfor nedsatte regionerne i 2010 organisationen RSI – Regionernes Sundheds-IT. Her er udvalgt 24 projekter og pejlemærker, som vi skal være i mål med ved udgangen af i år. Og regionerne har en ny strategi frem mod 2019 klar. Her er visionen at styrke mødet mellem borgerne og sundhedspersoner med sammenhængende og ensartede digitale muligheder.

Vi skal bl.a. udbrede telemedicinske løsninger, så borgerne bliver aktive medspillere i deres eget sygdomsforløb. Vi skal udvikle flere selvbetjeningsløsninger, så borgerne f.eks. selv kan booke tid til undersøgelser, så det passer til deres kalender. Og så skal systemerne være mere stabile, så det bliver nemmere for vores medarbejdere at passe deres kerneopgaver.

Selv om regionerne er nået langt, så er vi fortsat afhængige af, at de nødvendige IT-hovedfærdselsårer er tilgængelige. I dag er det statens ansvar – og det går trægt.

Regionerne er klar til at påtage sig et større ansvar for at få skabt den nødvendige infrastruktur for sundheds-it. Men er staten klar til at overlade regionerne den opgave?

Mere lighed i sundhed

En presserende udfordring i det danske sundhedsvæsen er at få gjort noget ved ulighed i sundhed. Det tror jeg egentlig, at alle er enige i. Regionerne tager gerne en førertrøje på for at skabe mere lighed i sundhed. Ulighed har mange dimensioner, og forebyggelse og bekæmpelse af ulighed kræver en indsats fra alle aktører.

Vi kan ikke vente på masterplanen, der skal løse alt. Nej vi skal gå i gang - tage helt konkrete initiativer – rettet mod helt specifikke målgrupper.

Et helt oplagt område er børn med astma.

20 procent af alle børn i førskolealderen og 10 procent af børn i skolealderen har astma. Det er den sygdom, som er skyld i flest indlæggelse på de pædiatriske afdelinger, og det er den sygdom, der er den almindeligste årsag til akut indlæggelse.

Og så er der en klar social dimension i forekomsten af astma hos børn. Børn af forældre med lav uddannelse og indkomst har større risiko for at udvikle astma. Det er ofte en stor udfordring for forældrene at håndtere barnets sygdom.

Den gode nyhed er, at vi kan hjælpe børnene og deres familier. Samtidig ved vi også, at behandling og kvaliteten i behandlingen varierer på tværs af landet. Herunder at medicinen nogle steder bruges forkert. Det vil vi gøre bedre. Der er behov for klare faglige retningslinjer, der følges af vores klinikere. Der er også behov for, at vi bliver gode til at inddrage børnene og forældrene i behandlingen. Regionerne vil tage initiativ til at styrke kvaliteten i behandlingen af børneastma – det burde ligge lige til højrebænet.

Et andet konkret område med sociale dimensioner er de psykisk sårbare unge, som – hvis de ikke fanges tidligt nok – risikerer at blive til ”tabte generationer”, der dropper ud af ungdomsuddannelsen, får svært ved at finde beskæftigelse og måske ender på offentlig forsørgelse med dårlig livskvalitet og dårligt helbred. Fire ud af fem unge under 30, der får tilkendt førtidspension, lider af en psykisk sygdom.

Hvis den udvikling skal vendes, skal vi have et tættere samarbejde mellem kommunerne, regionerne, de praktiserende læger og uddannelsesinstitutionerne, så vi sammen kan sætte tidligt ind. De sårbare unge er et eksempel på, at vi kan opnå resultater på tværs af de offentlige myndigheder, som giver borgerne et bedre liv og samfundet en bedre sammenhængskraft – uden at det koster mere. Også her kan vi i regionerne bidrage til at skabe bedre sammenhæng.

Vi går nye veje i psykiatrien

Også i psykiatrien skal vi finde nye måder at gøre tingene på. Gennem de seneste år har flere patienter været i behandling, og ventetiden er forkortet. Men vi har brug for at kunne behandle endnu flere patienter fremover, fordi vi vil sætte de samme kvalitetsstandarder i psykiatrien, som vi har i somatikken.

Behandling af psykiske lidelser skal kun foregå på sygehuset, når der er allermest behov. En stor del af behandlingen i psykiatrien foregår i dag ambulant, fordi vi ikke ønsker at institutionalisere mennesker med psykiske lidelser. Vi skal af med de sidste rester af asyl-tankegangen og gribe mindst muligt ind i patientens liv. Vi skal også styrke det lokale samarbejde, så mennesker med psykiske lidelser oplever sammenhæng.

Patienter og pårørende skal inddrages mere direkte i beslutninger om sygdomsbehandling og vi skal have fokus på, hvad patienten oplever, og på hvad patienterne og deres pårørende selv kan bidrage med, når det gælder om at komme over en sygdom.

Jeg ved, at både regeringen og regionerne har et mål om at etablere en udredningsret inden for psykiatrien i lighed med den, der gælder for somatikken. Det gør vi ikke fra den ene dag til den anden, hverken i voksenpsykiatrien eller i børn- og ungepsykiatrien. Men en måde at komme hurtigt i gang er jo at tage udgangspunkt i de områder, hvor regionerne udvikler pakkeforløb. Pakkerne er udarbejdet af fagfolkene, sætter forløbet på formel og definerer hvad der skal leveres i udredning og behandling. Det vil være naturligt at starte her, hvor vi har god faglig grund under fødderne. Der er allerede udviklet pakkeforløb for en række ikke-psykotiske lidelser. De omfatter ca. halvdelen af de ambulante patienter i voksenpsykiatrien. Og udviklingsarbejdet vil fortsætte.

Høj kvalitet i behandlingen skal belønnes

Kommunernes grand old man, Thorkild Simonsen, var for nyligt i bladet Kommunen citeret for at sige, at regionerne havde formået at udnytte rammerne på vores ansvarsområder langt bedre og billigere, end staten ville have kunnet. Det giver mig anledning til at komme med en opfordring fra regionerne til Christiansborg: Lad os blive fri for de mere og mere detaljerede krav til, hvordan vi driver regionerne. For de gør det sværere at udvikle sundhedsvæsenet. Lad os fokusere på resultater i sundhedseffekt pr. krone i stedet for antallet af sengedage eller operationer, som langtfra altid er udtryk for mere sundhed.

Det er tid til en omfattende ændring af finansieringssystemerne i sundhedsvæsenet. Takststyringen blev indført og udbredt til næsten alle områder for over ti år siden. Historien har vist, at det var den helt rigtige medicin på det helt rigtige tidspunkt. Ventetiderne faldt, produktiviteten steg, og udgifterne steg, men ikke så hurtigt som aktiviteten.

Men udfordringerne har ændret sig. Ventetiderne er nu reguleret i rettigheder til både udredning og behandling, og vi kan i de kommende år se frem til væsentlig lavere udgiftsvækst. Vi skal målrette midlerne derhen, hvor vi får mest sundhed for pengene. Vi skal fremme forebyggelse og fjerne overflødig aktivitet på sygehusene. Og vi skal styrke de dele af sundhedsvæsenet, der foregår uden for sygehusenes mure. Det er alle sammen tiltag, der i dag koster DRG-points og dermed kroner. Heldigvis gør vi mange steder det rigtige, fordi det giver faglig mening, men det er på trods af incitamenterne. Og i længden kan man ikke bede sygehusene og afdelingerne om at forfølge en strategi, der direkte koster dem og regionerne penge.

Kommunerne har med den kommunale medfinansiering fået et incitament til at forebygge. Men desværre virker det modsat hos os. Vi har brug for incitament, der understøtter den faglige udvikling med omlægning fra stationær til ambulant behandling. Det gør den kommunale medfinansiering ikke, derfor må laves om. Her til sommer.

Valgdagen 19. november

Til efteråret skal regionsrådene stå til regnskab for de seneste fire års arbejde. Jeg er sikker på, at alle regionsrådsmedlemmerne her i salen har sat kryds i kalenderen ved den 19. november. Også dem, der ikke genopstiller. Selv om der stadig er mange måneder til, at I går af, vil jeg gerne benytte lejligheden til at sige tak for jeres store indsats.

Inden har vi som regionsrådspolitikere dog en opgave. Og det synes jeg vi har, uanset om vi forventer at stille op til næste valg eller ej. Vi skal ud og fortælle om de resultater, som regionerne har nået på deres korte levetid. Jeg fornemmer, at vi alle har fokuseret rigtig meget på at skabe resultater, og samtidig har været for dårlige til at vise, hvad vi reelt har præsteret. Den opgave må vi også tage på os.

Ikke mindst fordi valgdeltagelsen i Danmark har været for nedadgående de seneste år. Måske fordi vi og andre politikere ikke har været gode nok til at fortælle om, hvordan vores politiske arbejde har en betydning for alle i Danmark. Så lad os give hinanden håndslag på, at vi vil gøre en indsats her. Ikke kun for regionernes skyld, men for demokratiets.

Tak for ordet.