Anders Kühnaus tale ved Regionernes Politiske Topmøde

Taler	Dato	Sted
Anders Kühnau Formand for Danske Regioner	11. april 2024	Centralværkstedet i Aarhus

Kære alle sammen.

Endnu engang velkommen til Regionernes Politiske Topmøde!

Jeg har glædet mig meget til at se jer alle her i Centralværkstedet i Aarhus. Men jeg vil faktisk gerne starte min tale et helt andet sted. Mere end 6000 kilometer væk. I et stort havområde mellem Florida, Bermuda og Puerto Rico. Området er bedre kendt som Bermuda-trekanten – dér, hvor flere skibe og fly gennem historien er forsvundet, ganske sporløst.

Britiske forskere har for nylig løst mysteriet – og aflivet myten. Og forklaringen er hverken ufo'er, tidslommer eller ormehuller. Nej, forklaringen er meget mere simpel.

Når de rejsende forsvinder, skyldes det, at der opstår vilde og voldsomme storme, der støder sammen netop i Bermuda-trekanten. Stormene kommer fra

både nord, syd og vest, og de udløser ekstreme bølger og vejrforhold.

***

Nu er jeg ikke ekspert i vejrforhold – måske med undtagelse af politiske stormvejr. Men man behøver vist heller ikke være meteorolog for at konstatere, at det også stormer i den hjemlige Bermuda-trekant. Den, der udgøres af regioner, kommuner og almen praksis. Her risikerer borgerne også at blive kastet rundt og føle sig fortabte.

I vores verden er stormene udløst af den måde, vi har opdelt ansvaret i sundhedsvæsenet på. Vi har hver vores opgave, hvert vores budget og hvert vores fokus. Alle vil gøre det bedste for patienten, men vi står i hvert vores verdenshjørne - vi har forskellige vindretninger. Og derfor bliver den samlede rejse gennem sundhedsvæsenet usammenhængende og bøvlet.

Hvis vinden skal lægge sig, kræver det, at vi placerer et klart og entydigt ansvar for at organisere sammenhængen i sundhedsvæsenet. Så patientrejsen bliver tydelig, og så patienten bliver sejlet trygt i havn – uden omveje og unødvendige besøg på hospitalet.

Og dermed er vi vist landet tilbage på dansk grund.

Hvis nu nogen af jer allerede er blevet tabt på rejsen fra Bermuda til Aarhus, så

lad mig allerede nu sige, at det bliver mit vigtigste budskab i dag: Tiden er løbet fra sektorgrænser og kassetænkning. Det er tid til at samle ansvaret for patienten og sundheden i én myndighed, ét budget og under én lovgivning. Så vi sikrer patienterne en bedre sammenhæng og høj kvalitet uanset, hvor de har brug for et sundhedstilbud.

***

Med reformen fra 2007 fik vi et klart placeret ansvar for udviklingen af sygehusene i regionerne. De fem regioner fik til ansvar at udvikle et specialiseret sygehusvæsen, der sikrede borgerne et markant løft af kvaliteten og meget mere sundhed for pengene. Det er vi lykkedes med. I dag kan vi behandle langt flere patienter. Vi kan behandle dem hurtigere, og vi kan behandle dem med en kvalitet, der kan måle sig med de bedste hospitaler i verden.

Den udvikling skeler resten af verden nu til. Det må vi ikke sætte over styr.

***

Men vi må også helt ærligt sige, at udviklingen uden for hospitalerne ikke er fulgt med. Alt det, der skulle holde os raske længst muligt, forebygge forværring af sygdom - og ikke mindst hjælpe os på benene igen efter længere sygdomsforløb. Der er ikke sket den nødvendige udvikling af de nære

sundhedstilbud. Selv om det var en vigtig forudsætning for reformen i 2007.

Derfor har vi nu brug for et tigerspring.

Vi har ikke som samfund stillet de samme klare krav til kvalitet, tilbud eller tilgængelighed for sundhedsvæsenet uden for hospitalet. Og det har konsekvenser. For mange borgere kommer på hospitalet med tilstande, der kunne have været forebygget, behandlet hjemme eller tæt på, hvor de bor. Og hvert år er der tusindvis af patienter, som ikke kan udskrives fra hospitalet, fordi der er ikke et tilbud til dem i det nære.

Sidste år havde hospitalerne besøg af 2,9 millioner unikke patienter – det svarer til halvdelen af Danmarks befolkning. Det er jo et helt vildt tal. Langt de fleste har brug for hospitalsbehandling, men der er også mange besøg, som kunne være forebygget.

***

Derfor har regionerne i de senere år prioriteret en markant del af væksten i sundhedsvæsenet til de praktiserende læger og til indsatser, hvor sygehusene rækker ud og løfter kvaliteten i det nære.

Det gælder fx 72 timers behandlingsansvar efter udskrivelse eller tiltaget om at sikre faste læger på plejehjemmene.

Det gælder investeringen i dosispakket medicin, som forventes at frigive 900 årsværk i kommunerne.
Det gælder udkørende paramedicinere og sundhedstjek på bosteder.

Men der er for mange diskussioner om økonomi og opgaveansvar. Derfor går det for langsomt, og det bliver til for lidt. Selv når der er tydelig dokumentation for færre dødsfald, færre genindlæggelser og bedre livskvalitet hos borgerne, kan det tage flere år at få tilsagn fra alle kommuner til at gøre det nødvendige. Det så vi f.eks. med projektet "Kom trygt hjem" i Region Syddanmark.

Det er med til at presse vores sundhedsvæsen. Et sundhedsvæsen, hvor alt for mange borgere bliver indlagt, selv om deres tilstand kunne have været forebygget eller håndteret tæt på eget hjem.

I en ny struktur, hvor ansvar og budget er samlet, bliver det naturligt at prioritere de indsatser, der skaber sammenhæng for borgerne, og som forebygger de dyre løsninger på hospitalet. Når der ikke er et samlet ansvar, kræver hver sektor betaling for hver enkelt ny opgave eller aktivitet.

Vi ser det i honorarsystemet for almen praksis, der belønner enkelte aktiviteter i stedet for kvaliteten og effekten af den samlede indsats. Det bærer vi og PLO et fælles ansvar for, men vi er også ret enige om, at det er tid til en kursændring.

Vi ser det også helt aktuelt med forsøgene på at stille kvalitetskrav til den kommunale opgaveløsning. Her ender det hele tiden med, at ”skal” bliver til ”kan”, fordi regningen for et ”skal” er for stor.

Derfor er der en kæmpe ulighed i de tilbud, som borgerne møder, alt afhængigt af hvor i landet de bor.

Og derfor går det alt for langsomt med at udvikle det nære sundhedsvæsen. Alle parter fokuserer i dag på deres del af opgaven og ikke på helheden.

Det er en konsekvens af strukturreformen fra 2007. Reformen bidrog til den vigtige udvikling af vores sygehuse. Med den nødvendige specialisering, mere sundhed for pengene og med markante fremskridt i kvaliteten af behandlingen.

Men det var også reformen, der splittede sundhedsområdet op. Reformen, der gav aktørerne modsatrettede incitamenter, og som bidrog til patienternes utrygge rejse gennem sundhedsvæsenets Bermuda-trekant.

***

Med Strukturkommissionen og udsigterne til en sundhedsreform er der åbnet for at rykke på de fastlåste kasser og strukturer.

Tiden er løbet fra sektorgrænser og kassetænkning. Det er tid til at samle ansvaret for patienten og sundheden i én myndighed, ét budget og under én lovgivning.

Det er den eneste farbare vej ud af situationen med overbelastede hospitaler. Den eneste farbare vej til at gøre sundhedsvæsenet bæredygtigt i en tid med ændret demografi og sygdomsmønstre.

Den eneste farbare vej for det voksende antal mennesker med kronisk sygdom, multisygdom og mange kontakter på tværs af sektorer.

Det vil ikke mindst hjælpe de sårbare ældre patienter.

Som 92-årige Rosa, der boede næsten hele sit liv i den lille by, Tommerup. På sin sidste fødselsdag var hun frisk – fik højtbelagt smørrebrød og et slag Uno med sine børnebørn og oldebørn. 14 dage senere kom første indlæggelse efter et fald i hjemmet. Så hjem igen. Nu kunne hun knap nok gå. Maden stod urørt hen. Og kort efter var det med ambulance på hospitalet igen, nu med en urinvejsinfektion og en lungebetændelse. Denne gang kom hun ikke hjem igen. Hun endte sine dage i en midlertidig sengeplads på et plejehjem.

Det forløb, Rosa havde, er desværre karakteristisk for alt for mange. For mange ture ind og ud af hospitalet og en utryg afslutning på livet. Vi har næsten vænnet os til, at det er sådan, det er at blive gammel. Men det er ikke godt nok.

Når man bliver gammel, skal man ikke ryge ind og ud af hospitalet, fordi man ikke kan få den rette kvalitet i behandlingen derhjemme. Tværtimod. Vi skal investere mere i palliative indsatser og give flere mulighed for at få opfyldt deres ønske om at afslutte livet i trygge og velkendte rammer derhjemme.

***

Vil vores forslag om et samlet ansvar helt afskaffe snitflader mellem sektorer?

Nej. Men de vil blive mindre, og det vil gøre patientrejsen i Bermuda-trekanten

sammenhængende og tryg – ikke mindst for de mest sårbare og vindfølsomme.

Vil vores forslag løse udfordringen med mangel på arbejdskraft?

Nej. Men vi ville kunne frigøre ressourcer, der i dag bruges på spild, dobbeltarbejde, koordinationsopgaver - og ikke mindst på unødige indlæggelser og genindlæggelser.

Vi anerkender, at nogle af de store kommuner kan løse meget selv. Det vil de fortsat kunne i et samlet sundhedsvæsen, hvor der bør være en mangfoldighed af leverandører. Regionen skal være garanten for en ensartet sundhedsfaglig indsats på tværs af kommunerne. Men den skal ikke udføre alle opgaver selv.

***

En reform af sundhedsvæsenets strukturer er forudsætningen for bedre sammenhæng for patienten og en mere bæredygtig fremtid for vores sundhedsvæsen. Men hvad er så den politiske ambition for et samlet sundhedsvæsen? Det skal vi også kunne svare på.

Derfor præsenterer vi i dag 24 konkrete forslag, der tilsammen skaber et nært sundhedsvæsen, vi kan være trygge ved. Vi kalder udspillet: I en nær fremtid.

I en nær fremtid vil vi have patientrettigheder i det nære sundhedsvæsen. Vi har som danskere nogle af verdens højeste standarder for patientrettigheder, når det kommer til udredning og behandling på sygehusene. Rettighederne har været med til at styrke fokus på patienterne og sikre hurtigere behandling af høj, ensartet kvalitet. Men de har også været med til at drive en høj sygehusaktivitet.

Dermed har det også drevet en udvikling, hvor flere patienter behandles på sygehuset frem for i det nære. Med patientrettigheder i det nære sundhedsvæsen ændrer vi på den dynamik. Vi siger til danskerne: Retten til et sundt liv gælder også uden for sygehusene.

Som borger bør man have ret til frit valg af akutplads, så man f.eks. kan være tættere på sine pårørende. Det frie valg bør selvfølgelig også gælde tilbud om rehabilitering og patientrettet forebyggelse. Og i et moderne sundhedsvæsen bør man selvfølgelig også have digitale rettigheder, så mere kan foregå hjemmefra – ret til virtuel konsultation og ret til at have pårørende med virtuelt.

I en nær fremtid skal man som borger være tryg ved, at man får god pleje og behandling alle steder i sundhedsvæsenet. Uanset hvor i landet man bor. Derfor skal alle sengepladser uden for sygehusene reguleres i sundhedsloven. Der skal fastsættes klare faglige krav til kvalitet, funktioner og kompetencer. Der skal være faste læger tilknyttet. Og der skal ikke være brugerbetaling.

Det lyder måske dyrt, men i dag er alternativet jo en endnu dyrere hospitalsseng. Og i en nær fremtid skal mennesker med kronisk sygdom kunne forvente samme høje kvalitet på tværs af geografi – og med udgangspunkt i den enkeltes behov.

Det er ikke godt nok i dag. Vi foreslår grundpakkeforløb med ambitiøse kvalitetsstandarder og nationale mål for indsatsen, når det gælder de store kroniske sygdomme.

Jeg håber, I vil dykke ned i alle 24 forslag – det er ikke et færdigt arbejdsprogram.

Men det er et ambitiøst bud på de første vigtige skridt i et samlet og bæredygtigt sundhedsvæsen.

***

Intet af det gode, vi vil, kan vi gøre alene. Og slet ikke uden de praktiserende læger.

Vi vil almen praksis – vi vil meget mere af det. Vi vil have 5000 praktiserende læger, og vi vil have dem i hele landet. Lægedækning er helt centralt for det nødvendige opgør med social og geografisk ulighed. Derfor skal det være mere attraktivt at være praktiserende læge der, hvor der er mest brug for dem.

Og med flere alment praktiserende læger skal vi også rykke grænserne for, hvilke opgaver der løses på sygehusene, og hvilke der løses i almen praksis. Det kræver, at almen praksis er tilgængelig for borgerne, når de har brug for det. Det vil vi være optagede af, når vi lige om lidt går i gang med forhandlingerne om en ny overenskomst med PLO.

Men det kræver også noget nyt af de strukturelle rammer, vi laver aftaler under. Vi anerkender fuldt ud almen praksis som et liberalt erhverv. Det er på mange måder en velfungerende model. Men den forudsætter jo, at vi som ansvarlig politisk myndighed selv kan definere den opgave, som vi ønsker løst. At ikke alt er til forhandling.

Vores udspil om almen praksis har udløst stormfulde reaktioner i Bermudatrekanten. Og der har vist været et eller andet med vindretningen, der har blæst PLO og KL i armene på hinanden…

Jeg vil bare minde om, at når først stormen har lagt sig, så venter arbejdet med at finde konkrete løsninger stadig. Derfor er vi også glade for at mødes til

forhandlinger lige om lidt – for uanset vind og vejr skal vi lave en god aftale, der peger frem.

***

Det skal vi ikke mindst, fordi behovet for at tænke nyt, prioritere og frigive tid til det voksende behandlingsbehov er stort.

Det mærker I både i almen praksis og i kommunerne, og det ser vi på hospitalerne.

Pandemien har sat eftertrykkelige spor på hospitalerne og på ventetiderne. Der knokles med at få aktiviteten yderligere op, så ventetiderne kan komme ned. Sidste år opererede vi 70.000 flere patienter end året før. Og vi udreder markant flere. Men selvom det går den rigtige vej, så vi gerne, at det gik hurtigere.

Samtidig kommer flere patienter til, og behandlingsbehovet vokser. Det presser kapaciteten over alt i sundhedsvæsenet.

***

Kapacitetsudfordringerne gælder også kræftområdet. Det tager vi meget alvorligt. Det samme gør regeringen. Derfor var vi glade for at indgå en aftale om udmøntning af en akut og ekstraordinær indsats.

Vi har meget at værne om, når det gælder den udvikling, der er sket inden for kræftbehandlingen. På 10 år er dødeligheden for brystkræft faldet med 26 procent. For lungekræft er faldet på 24 procent. Samlet set er kræftdødeligheden faldet med to procent hvert år. Det er ikke bare tal. Det betyder, at mange flere får lov at se deres børnebørn vokse op. At flere får lov at leve et langt liv med dem, de elsker. Det er det, vi skal passe på – også når flere af os rammes af kræft.

***

Også i psykiatrien er antallet af patienter vokset markant de senere år. Det gælder særligt for vores børn og unge. Siden Covid-19 er antallet af patienter i børne- og ungdomspsykiatrien steget med 20 procent. Og ventetiderne til udredning er for lange. De skal ned.

I forvejen er barndommen kort – den skal ikke bruges på en venteliste. Det bærer vi et fælles ansvar for at sikre.

Det kræver, at vi i fællesskab gør meget mere for, at færre får behov for psykiatrien.

I regionerne vil vi blandt andet udbygge internetpsykiatrien og give regionerne mulighed for at etablere egne psykologtilbud, hvor der kan tilbydes virtuelle løsninger og gruppeforløb.

Kommunerne har fået til opgave at etablere et lettilgængeligt tilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel. Vi har indgået en aftale med regeringen og KL og ser frem til et højt ambitionsniveau hos alle parter. For det her er simpelthen for vigtigt til andet end høje ambitioner.

Det gælder også behandlingen af de alvorligt psykisk syge. Et af de første tiltag i 10-års planen for psykiatrien var at samle behandlingsansvaret for psykiatriske patienter med et samtidigt misbrug i regionerne. Endelig, fristes man til at sige!

Vi bør ikke stoppe her. Næste skridt bør være at samle ansvaret for bostederne for de sværest psykisk syge og ansvaret for psykiatrien under én aktør. For alt for ofte havner mennesker med alvorlig psykisk sygdom som svingdørspatienter i psykiatrien. Også her er der brug for at se sundhedsvæsenet i en sammenhæng.

***

Samfundets mest udsatte mennesker får i mange tilfælde ikke tilbudt den rette behandling – og nogen har svært ved at tage imod den. Vi har et særligt ansvar for at hjælpe de mennesker, som har de største behov. Mennesker, som ofte har et spinkelt netværk. Eller slet ikke noget.

Gennem årene har regionerne samarbejdet med frivillige og en lang række civilsamfundsorganisationer, store som små. Indsatsen skaber værdi for den enkelte - på andre måder end systemet kan.

Derfor giver vi i dag et løfte. Et løfte om at styrke samarbejdet med frivillige, med patientforeninger og civilsamfund. Vi vil skabe en tydelig indgang, klare rammer for samarbejdet og udbrede brugen af sociale henvisninger til tilbud i lokalsamfundet.

For på mange måder er billedet af Bermuda-trekanten selvfølgelig utilstrækkeligt. Hvis vi alene betragter sundhedsvæsenet ud fra de tre sædvanlige aktører, så overser vi værdien af andre aktører som patientforeningerne og de mange andre aktører, der spiller en meget vigtig rolle for borgerne og for målet om mere lighed i sundhed.

***

Derfor er strukturer selvfølgelig heller ikke svaret på alt. Strukturerne udgør kun det skelet, der skal holde systemet oprejst.

Hvis strukturerne er skelettet, så er medarbejderne det bankende hjerte. Og i lang tid har medarbejderne oplevet, at pulsen har været for høj og kollegaerne for få.

Jeg vil gerne sende en stor tak til alle jer – i alle faggrupper – der hver dag lægger en kæmpe indsats for patienterne og vores sundhedsvæsen.

Travlheden er ikke blevet mindre. Men vi har med afsæt i arbejdet i Robusthedskommissionen sat ind for at skabe bedre fleksibilitet, mere inddragelse i vagtplanlægningen og bedre brug af de enkelte faggruppers kompetencer. Med trepartsaftalen og overenskomstaftalerne er også fulgt lønforbedringer og muligheder for en bedre fordeling af vagtarbejdet.

Jeg vil gerne takke organisationerne for gode og konstruktive forhandlinger i forbindelse med OK24. Vi har fået en overenskomstaftale, der leverer væsentlige lønløft - ikke mindst til dem, der tager vagter. Det er jeg glad for. Jeg er også glad for, at vi har aftalt at udvikle de regionale arbejdspladser, så ingen fremover er i tvivl om, at sundhedsvæsenet tilbyder et arbejde med mening og et godt arbejdsmiljø.

***

Samme gode melodi håber jeg, vi finder med regeringen ved de kommende økonomiforhandlinger. Der er hårdt brug for, at vi finder en måde at håndtere medicinudgifterne.

Aftalen for i år indeholdt faktisk flere midler end sidste år. Det er vi glade for. Men udgifterne til tilskudsmedicin er på himmelflugt. Det er udgifter, som regionerne skal afholde inden for deres økonomiske ramme – og det fjerner det løft af sundhedsvæsenet, som regeringen ellers havde sat penge af til. Det kan hverken vi eller regeringen være tilfredse med.

Det betyder besparelser på hospitalerne – og det kan ikke undgå at få betydning for, hvor hurtigt vi får nedbragt ventetiderne.

Vi skal have redskaberne til at styre udgifterne til tilskudsmedicin bedre. Så vi kan købe effektivt ind og sikre os, at vi ikke betaler mere end i andre lande.

Det skal ikke gå ud over patienterne, når excel-arket ikke stemmer overens med

virkeligheden. Derfor skal flere styringsredskaber også kombineres med en medicingaranti, så staten og regionerne tager et fælles ansvar for risikoen, hvis det økonomiske skøn ikke holder stik.

Vores anlægsbudgetter rækker heller ikke til at renovere og vedligeholde bygninger og it-systemer. Der er brug for en langsigtet plan, som sikrer, at vi ikke pludselig står med en umulig opgave med at rette op på de fysiske og teknologiske rammer for sundhedsvæsenet – det håber vi, regeringen vil lytte til i forhandlingerne om næste års økonomi.

***

Jeg synes, det er værd at anerkende, at regeringen har sat mærkbare midler af til sundheds- og ældreområdet og dækningen af det demografiske træk frem mod 2030. Så kan vi her til sommer diskutere, om midlerne burde komme patienterne lidt hurtigere til gode - i stedet for at lune i den efterhånden velpolstrede statskasse.

Med vores udspil om struktur og dagens udspil om de nære sundhedstilbud har vi rakt ud efter mere ansvar og givet 24 bud på, hvad vi gerne vil udrette, hvis vi får det i en sundhedsreform. Vi har også sagt, at med et samlet ansvar og budget mener vi, det kan lade sig gøre inden for den afsatte økonomi frem mod 2030 – hvis vi her til sommer finder en løsning på medicinudgifterne.

Der skal investeres massivt i det nære sundhedsvæsen. Ikke mindst i almen praksis, så vi i 2035 har ca. 5000 praktiserende læger. Det er en stor investering.

Og tager man også hensyn til de forventede udgifter til teknologi og medicin, ja, så vil en stor del af de lovede midler allerede være brugt. Samtidig vil behovet for hospitalsbehandling fortsat vokse – også selvom mere kan og skal forebygges.

Derfor skal vi også levere en markant omstilling af hospitalerne. Med brug af ny, arbejdskraftbesparende teknologi, med et mindre klimaaftryk, med et kritisk blik på procedurer og rutiner, der ikke har tilstrækkelig effekt. Og med konstant fokus på at understøtte borgeren i at håndtere sygdom og genoptræning mest muligt i eget hjem.

Det er heldigvis en udvikling, der allerede er i fuld gang, fordi ledelser og medarbejdere på hospitalerne ser behovet for at fjerne spild og dobbeltarbejde. Men de har brug for hjælp fra os alle i salen. Fra regionsrådene, som har stor erfaring i at prioritere knappe ressourcer, men også fra regeringen, Folketinget og de statslige myndigheder.

Vi har brug for hjælp til at bekæmpe en udvikling, hvor sundhedsprofessionelle foretager ekstra undersøgelser og bruger unødig tid på at dokumentere, fordi de frygter en kontrolindsats, der har for lidt fokus på læring og for meget på sanktion.

Vi har brug for hjælp fra regeringen til at investere i teknologisk innovation, der frigør arbejdskraft, og til at understøtte national skalering af de bedste og mest innovative løsninger. Og vi har brug for en klar opbakning til vores prioriteringsindsats.

Det kræver politisk mod og langsigtede investeringer at skabe et bæredygtigt sundhedsvæsen. Men jeg er helt overbevist om, at modet og perspektivet er rigt repræsenteret her i salen, uanset om man er fra regionsrådene eller fra Christiansborg.

***

Helt inde i maven af et demokrati ligger opgaven med at prioritere. At fastsætte og fordele værdierne. Derfor har sundhedsvæsenet selvfølgelig brug for regioner med direkte folkevalgt ledelse! Regioner, der i dialog med befolkningen og med respekt for de forskellige vilkår rundt om i landet, kan udforme et godt sundhedsvæsen inden for de nationalt definerede rammer.

Men folkevalgte regionsråd har værdi på mange flere områder end sundhed. Regionernes geografi, størrelse og kompetencer er helt centrale i at løse de opgaver, hvor kommunerne bliver for små, og hvor staten er for langt væk.

Det er f.eks. tilfældet på det højt specialiserede socialområde. Her kunne mange have gavn af den kapacitet og det fokus på kvalitet, specialeplanlægning og effektiv drift, som kendes fra sundhedsområdet.

Men det gælder også klimatilpasning. Skal vi lykkes med det, så er vi nødt til at arbejde med regionale perspektiver på kyststrækninger og vandløb, som går på tværs af kommunegrænser. Det samme gælder anvendelsen af vores arealer, når vi skal indfri målene for vedvarende energikilder og øget biodiversitet.

Når der skal sikres rent drikkevand, og jorden skal renses for gift, så har vi – i hele landet - brug for den ekspertise, der er i regionerne. Og regionerne har også kapaciteten og geografien til at påtage sig et større ansvar for miljøgodkendelser og miljøtilsyn. Her er det måske på tide, at pendulet fra reformen i 2007 svinger den anden vej. Og så vi sikrer et stærkt fagligt udgangspunkt i alle egne af landet.

Når vi skal sikre adgang til ungdomsuddannelser i hele landet og fordeling af elever til gymnasier – så skal det foregå på tværs af større geografiske områder – men med indsigt i lokale forhold.

Når vi skal planlægge og tilpasse transporttilbud på tværs af kommunegrænser og transportformer – og under hensyn til decentrale behov og muligheder – ja, så har vi brug for regionerne.

I Kommissoriet for Sundhedsstrukturkommissionen står der, at de ved ændring af forvaltningsniveauerne skal beskrive "afledte konsekvenser" for andre opgaveområder.

Hvis man tilhører nogle af de grupper, der følte sig overset ved seneste reform, så tror jeg, at sådan en formulering får det til at løbe koldt ned ad ryggen. Lad os ikke begå de samme fejl denne gang.

Lad os i stedet bruge reformen til at styrke sammenhængen – og styrke demokratiet.

***

Da jeg sidste år stod på denne talerstol, gjorde jeg det klart, at vi i regionerne ville gå helhjertet ind i debatten om fremtidens sundhedsvæsen. Det har vi gjort. Og vi er kommet med ambitiøse bud på, hvordan vi får stormen i Bermuda-trekanten til at lægge sig, så patienterne kan føle sig trygge på hele rejsen.

Vi vil noget med det her. Vi vil skabe et tryggere sundhedsvæsen og et bedre samfund. Det er derfor alle jer, der stiller op og stiller jer til rådighed for demokratiet, bruger så mange af jeres vågne timer på det. Alle jer, der sidder til sene møder, læser tunge dagsordener, forholder jer til komplekse sager og svære

prioriteringer.

Som stiller op til debatter, dialogmøder og en snak på det lokale strøg. Som står til ansvar, når det er svært. Det er derfor, I sidder her i dag.

Vi ved om nogen, at opgaven ikke bliver let. Uanset struktur.

Netop derfor skal vi gøre os umage. Have en åben og ærlig debat om, hvad der skal til. Det ved jeg, vi får i dag. Med landets statsminister, med indenrigs- og sundhedsministeren, med en skarp partilederdebat. Og med hinanden.

Tak for ordet.

Kilde
regioner.dk

Kildetype
Dokumentation på online medie

Tags
Beretningstale

URI
https://www.dansketaler.dk/tale/anders-kuhnaus-tale-ved-regionernes-politiske-topmode-2024