



## Anders Kühnaus tale ved Regionernes Politiske Topmøde

**Taler**

Anders Kühnau  
Formand for Danske Regioner

**Dato**

30. marts 2023

**Sted**

Centralværkstedet, Aarhus

Verden er på mange måder ikke til at kende. Det er engagementet her i salen til gengæld. Selvom vi ikke er enige om alt, så er vi alle drevet af den samme lyst til at finde løsninger.

Og dét med at finde løsninger i fællesskab – det er vi faktisk ret gode til i Danmark. Det er der flere eksempler på. Lad mig bare fremhæve ét: I en tid med stor uro i verden, økonomisk krise og med en truende storkonflikt på arbejdsmarkedet blev der indgået et historisk kompromis.

Det var ikke nemt. Jeg kan forstå, at Venstre flere gange måtte fortrække og diskutere internt, om det nu var klogt. Og så foregik det vist også over rigelige mængder whisky.

Men ud af vintermørket kom en aftale. ”Vi har ofret nogle principper”, sagde statsministeren, ”men vi har reddet landet”.

\*\*\*

Det var i januar 1933, og statsministeren hed Thorvald Stauning.

I år er det 90 år siden, at Kanslergadeforliget blev indgået. Forliget, der banede vejen for den lange rejse mod den moderne velfærdsstat. Og lagde en grundsten til den samfundskontrakt, som vi på mange måder stadig bygger på.

En samfundskontrakt, hvor du bidrager til samfundet, når du går på arbejde og betaler skat, men hvor du til gengæld har fri og lige adgang til velfærdsydelser, når du har behov for dem. Og hvor vi kan regne med det sikkerhedsnet, som holder hånden under os alle - ikke mindst dem, som livet har givet nogle svære

odds.

Den formel har bragt os uendeligt langt. Og den tror jeg, at der er bred politisk enighed om – også selvom vi måske lægger trykket lidt forskelligt. Men jeg synes også, at det er rimeligt at spørge, om selve samfundskontrakten på nogle områder er kommet ud af balance og trænger til et eftersyn, så den kan få nyt liv i en udfordret fremtid.

\*\*\*

For meget er forandret siden 1933. Også i sundhedsvæsenet. Først og fremmest til det bedre. Det skyldes ikke mindst de tusindvis af dedikerede medarbejdere, der hver dag bruger deres faglighed til at gøre en forskel for borgere, patienter og pårørende. På sengeafdelinger, akutmodtagelser og operationsstuer, i laboratorier og lægepraksis, på bosteder og psykiatriske afdelinger, i akutbiler eller i helikopterhøjde.

Det er ikke mindst jeres fortjeneste,

- at hospitalerne i dag behandler 330.000 flere patienter årligt end for blot 10 år siden,- at behandlingskvaliteten er løftet markant,- og at markant flere overlever livstruende sygdomsforløb.

Sundhedsvæsenet i Danmark er på mange måder en succeshistorie.

\*\*\*

Men i kølvandet på de store fremskridt må vi også konstatere, at noget har forrykket sig. Der er skabt sprækker i den samfundskontrakt, vi har indgået med hinanden. Sprækker, som kun vil vokse sig større i de kommende år, hvis ikke vi genfinder balancerne.

Der er mindst 3 centrale ubalancer, som vi skal adressere, hvis vi skal fastholde velfærdssamfundet og opbakningen til det:

FOR DET FØRSTE: Vi har ikke kvalificeret arbejdskraft nok til at levere den velfærd, vi ønsker og har behov for.

FOR DET ANDET: Borgernes forventninger til sundhedsvæsenet vokser naturligt i takt med, at vi bliver rigere. Men i længden overstiger forventningerne de ressourcer, vi har til rådighed.

Det stiller krav om mere sundhed for pengene gennem innovation, ny teknologi og digitalisering. Men også til prioritering, dialog og forventningsafstemning.

FOR DET TREDJE: Ulighed i sundhed – og ulige adgang til sundhedsydelse. Sygdomsbyrden er skævt fordelt – det skaber både social og geografisk ulighed. Borgerne har forskellige forudsætninger og ressourcer, som vi ikke er gode nok til at tage hensyn til.

Uligheden forstærkes, når sundhedsvæsenets tilbud er skævt fordelt, så vi har færrest læger dér, hvor behovet er størst. Samtidig ser vi et voksende antal private sundhedsforsikringer, som risikerer at true balancen i samfundskontrakten. Vi står altså med tre forskellige ubalancer, som kan underminere den samfundskontrakt, vores velfærd er bygget på.

\*\*\*

Men inden vi løfter blikket mod de langsigtede udfordringer, vil jeg først adressere den helt aktuelle situation. Her vil jeg gerne fremhæve to ting, der har vores fulde opmærksomhed. Det gælder først og fremmest sagen om kræftpatienter, der i min region – måske også i andre regioner – har ventet for længe. Jeg vil gerne understrege, at det er en sag, som berører mig stærkt personligt, og jeg er sikker på, at det gælder alle i salen.

Det må ikke kunne ske, at patienter i så alvorlig en situation får forkert besked. Og det må ikke ske, at de indberetninger, der foretages, giver et skævt billede, så vi der har ansvaret – i regionerne og i staten – ikke får mulighed for at reagere i tide.

Både i min region og i de andre regioner har vi taget skridt til straks at rette op, så patienterne informeres korrekt, og så vi – de ansvarlige politikere – får information om alle overskridelser af de maksimale ventetider, uanset om patienten har accepteret at vente. Det er helt afgørende for, at vi kan handle – og handle rettidigt - på overskridelserne og varetage patienternes interesser, som er det, vi er sat i verden for.

Det siger sig selv, at vi i alle regioner vil samarbejde med regeringen og de statslige myndigheder om at komme til bunds i sagen, sikre os at der ikke er andre lignende tilfælde og få rettet op på praksis fremadrettet. Vi har over de seneste mange år skabt stor tillid til, at når man rammes af kræft, så kan man regne med, at sundhedsvæsnet reagerer hurtigt, effektivt og med behandling af høj kvalitet. Den tillid skal vi leve op til.

Den anden store aktuelle udfordring er at nedbringe de ventelister, der har vokset sig store i kølvandet på COVID-19. Jeg vil gerne takke regeringen for vores samarbejde om en akutplan, der i høj grad bygger på inspiration fra regionale løsninger.

Aftalen indeholder et meget vigtigt økonomisk løft, som er nødvendigt for at få ventelisterne fjernet. Det er vi glade for! Men jeg håber også, at regeringen forstår, at det kan bringe hele planen i fare, hvis man – under overskriften om mindre administration - ruller store besparelser ud i et sundhedsvæsen, hvor administration fylder meget lidt og især har til formål at aflaste det kliniske personale.

Aftalen rummer også tiltag, der gør det lettere at trække på udenlandsk arbejdskraft og seniorer, som er gået på efterløn eller pension. Det er tiltag, som vi har efterlyst i vores egen 12-punktsplan, og som vi gerne vil kvittere for.

Men fokus i planen er først og fremmest på vores nuværende medarbejdere. Vi har i regionerne et stort ansvar for at gøre arbejdspladserne mere attraktive. Det er vi i fuld gang med. Der skabes nye løsninger, der forbedrer arbejdsmiljøet, fordeler vagtbelastningen og aflaster medarbejderne i klinikken for praktiske og administrative opgaver.

Det skal være muligt at få et fuldtidsarbejde med vagter og et familieliv til at hænge sammen. Derfor er det vigtigt for os at inddrage medarbejdere i at udvikle arbejdsmiljøet og give dem indflydelse på både arbejdstilrettelæggelse og vagtplanlægning.

Opfindsomheden er stor, og vi lærer af hinanden på tværs af regioner. Og meget tyder på, at det går den rigtige vej. At aktiviteten er stigende.

\*\*\*

Noget kan og skal vi løse på den korte bane.

Men på den lange bane kan øget aktivitet på hospitalerne ikke alene være løsningen på den stigende efterspørgsel. For de løsninger, der forebygger sygdom og indlæggelser, skal findes uden for hospitalerne – først og fremmest i borgerens eget hjem.

Derfor bakker vi op om den Strukturkommission, regeringen har nedsat. Vi synes både kommissoriet og kommissionens sammensætning vidner om et seriøst arbejde. Vi er enige i behovet for at få kigget fordomsfrit på sundhedsområdet i sin helhed – på tværs af stat, regioner, kommuner og praksisområdet. På tværs af lovgivning og styringsredskaber. Så vi bruger kræfterne klogt og skaber større nærhed og sammenhæng for patienterne.

Vi tager også gerne diskussionen om regionernes berettigelse. Den har vi efterhånden været rundt i alle hjørner af. Uden at nogen har kunnet forklare, hvordan centralisering og mindre nærdemokrati skulle løse sundhedsvæsenets problemer.

Vi må bare sige, at der ikke er noget særligt regionalt – eller dansk - ved udfordringerne med arbejdskraft, demografi og sygdomsbilleder. Udfordringerne i sundhedsvæsenet trækker overskrifter i hele den vestlige verden – og med det statslige sundhedsvæsen i England som et af de tydeligste og mest triste eksempler.

\*\*\*

Til gengæld kan Strukturkommissionen hente inspiration i Finland, hvor en ny reform netop er trådt i kraft.

Her har de samlet hele sundheds- og socialområdet, herunder også ældreområdet og det specialiserede socialområde i nyoprettede regioner - med direkte valgte regionsråd. Den finske udtale øver jeg mig stadig på... men på svensk kalder de dem Velfærdsregioner.

Tankegangen er, at man ved at samle finansieringen af sundheds- og

socialområdet i samme organisation også sikrer bedre incitamenters til at tænke i sammenhængende indsatser. Med stærke incitamenters til at investere i forebyggelse af indlæggelser. For eksempel gennem en stærkere sundhedsindsats på ældreområdet.

Det er ikke sikkert, at der er lyst til at gå helt så langt herhjemme. Men Strukturkommissionen kan jo starte med at gøre op med den ulogiske opdeling af sundhedsområdet i henholdsvis sundhedslov og servicelov. Det bidrager ikke til sammenhængen for patienterne, at sundhedsområdet reguleres i to forskellige lovkomplekser med helt forskellige principper.

Lad os i stedet få samlet alle bestemmelser om sundhed og pleje til ældre i sundhedsloven.

Lad os på samme måde sørge for, at lovgivningen ikke spænder ben for sammenhængende indsatser for kronisk syge og psykisk syge borgere.

\*\*\*

For seks år siden lancerede Danske Regioner visionen ”Sundhed for Alle”. Allerede dengang meldte vi os klar til at påtage os et større ansvar for danskernes sundhed. Også den del, der foregår uden for hospitalerne. Det spor har vi forfulgt lige siden.

Med udkørende paramedicinere, udkørende teams i psykiatrien, en styrket speciallægepraksis, der understøtter almen praksis - og meget mere hjemmebehandling og brug af digitale løsninger. Og vi fortsætter med at udbygge den udadvendte, fremskudte og nære indsats. Nu med 72 timers behandlingsansvar, sundhedstjek på bosteder, faste læger på plejehjemmene og meget mere.

Lad os bruge sundhedsklyngerne til at komme skridtet videre.

Lad os aftale konkrete opgaver og konkrete mål - som for eksempel færre forebyggelige indlæggelser.

Og lad os sætte fælles penge bag de mål. Så klyngesamarbejdet bliver målrettet og forpligtende.

\*\*\*

Det er der brug for. På ét år oplever 66.000 borgere over 65 år en indlæggelse, der kunne være forebygget. Det trækker veksler på samfundskontrakten.

For én af de forsikringer, vi giver hinanden, må være, at vi efter et langt liv også kan forvente en værdig alderdom. Hvor man ikke ender som svingdørspatient mellem sygehus og plejehjem eller hjemmepleje.

Kan vi bare forebygge halvdelen af de indlæggelser, så har vi taget meget af presset på hospitalerne. Og vigtigst: vi har sparet borgerne for en tur til hospitalet - med alt det bøvl og ubehag, som det fører med sig. Ikke mindst for ældre mennesker.

I Danske Regioner vil vi derfor gerne være med til at se på, hvordan vi endnu bedre kan understøtte plejehjemmene og de kommunale sundhedsindsatser med sundhedsfaglige kompetencer. Hvis vi skal udnytte de samlede kompetencer i sundhedsvæsenet bedre på tværs af sektorer, skal det være muligt for kommuner og regioner at drive opgaver i fællesskab – med fælles ansatte og med adgang til fælles data.

For jeg kan godt afsløre, at sundhedsvæsenets største problem ikke er, at der er to forskellige regionale journalsystemer i Danmark. Det er kun 4 procent af alle patientforløb, der foregår på tværs af regionerne – og endnu færre på tværs af forskellige journalsystemer. I de tilfælde kan lægen og sygeplejersken finde de væsentlige informationer via sundhedsjournalen på sundhed.dk.

Nej. Det helt store problem er at dele data mellem hospitaler, kommuner og almen praksis. Det vedrører over halvdelen af patientforløbene. Her mangler vi en udbygning af sundhedsjournalen og en systematisk adgang til data fra kommunerne og almen praksis. Det håber jeg også, at Strukturkommissionen vil gøre sig tanker om.

\*\*\*

Vi må også konstatere, at der er områder, hvor behovet for specialiseret viden og befolkningsgrundlag er så stort, at opgaven bør placeres i regionerne. Det,

mener vi, er tilfældet for store dele af det højt specialiserede socialområde. Her bør visitationen baseres på regionernes faglige viden og et ansvar for at styre økonomien.

En stærkere og mere sammenhængende indsats er også nødvendig for de mennesker, som lever med en dobbeltdiagnose - for dem, der både kæmper med psykisk sygdom og misbrug. Heldigvis er der bred faglig opbakning til at etablere et integreret regionalt tilbud til patienter med dobbeltdiagnoser.

Så kære regering – lad os komme i gang med at realisere det tilbud, som skiftende regeringer har stillet patienterne i udsigt. Og med en tilstrækkelig økonomi til at løfte opgaven.

Og når nu Folketinget alligevel skal i salen og trykke på de grønne knapper, hvorfor så ikke også ændre rammevilkårene for de 150 særlige pladser, så vi i regionerne fremover selv råder over pladserne. Det er håbløst spild af penge og kapacitet, at de pladser, som er målrettet særligt udsatte mennesker med psykiske lidelser, i vidt omfang står tomme, mens vi samtidig mangler pladserne i den regionale psykiatri.

\*\*\*

Med 10-års planen - og regeringens tilsagn om finansiering af den – har vi fået et vigtigt fundament for et kvalitetsløft af psykiatrien. Vi håber, at der ikke går 10 år, før planen bliver til virkelighed. Men vi har også meget, vi selv kan gøre.

Hvert fjerde barn eller ung er pårørende til et menneske med psykisk sygdom. Og vi ved, at det er en gruppe, der i højere grad er i risiko for mistrivsel og for selv at udvikle psykisk sygdom. Her gør vi det ikke godt nok i dag.

Derfor vil alle regioner nu forstærke indsatsen over for børnene og sikre, at der er relevante tilbud for dem som pårørende. Vi er også godt i gang med at styrke de udgående funktioner og botilbudsteams. Den indsats bør styrkes yderligere, så der bliver hyppigere opfølgning på patienterne efter udskrivning.

Sidste år bestilte generalforsamlingen en rapport om psykologordningen. Den er nu klar, og et resumé ligger på jeres borde. Rapporten viser en ordning, som er kørt skævt. Derfor er jeg glad for, at vi sammen med Psykologforeningen netop



har indgået en aftale, som løser nogle af de mest åbenlyse problemer i ordningen.

Men der er stadig behov for at tænke nyt, hvis vi skal imødekomme det stigende behov for psykisk og mental hjælp. Derfor ser vi frem til at spille ind i det arbejde om psykologsystemet, som er beskrevet i regeringsgrundlaget.\*\*\*

Forebyggelse af mistriivsel, herunder ensomhed, kræver ofte en anden tilgang, end den vi kender fra de klassiske behandlingstilbud. De frivillige kan noget, det etablerede sundhedsvæsen ikke kan. Også af den simple grund, at de har kontakt med dem, der ikke har stor lyst til kontakt med ”systemet”.

Derfor vil vi i Danske Regioner gerne være med til at gøre det lettere at inddrage og samarbejde med civilsamfundsorganisationerne på en mere struktureret måde.

\*\*\*

Med flere opgaver, der skal løses tættere på borgeren, vokser nødvendigheden af en stærk almen praksis.

Folketinget har besluttet at øge antallet af almen medicinere. Det betyder, at der i 2035 skal være ca. 5000 praktiserende læger. Den investering bør følges af nye opgaver og en ny rolle. Hvis almen praksis skal fastholde og udbygge sin centrale rolle, skal den praktiserende læge ikke bare være leverandør af enkelttydelser, men en integreret del af et sammenhængende sundhedsvæsen. Den praktiserende læge skal ikke bare være gatekeeper, men være patientens tovholder, som skaber sammenhæng i patientforløbet og aflaster hospitalerne ved at færdigbehandle flere og forebygge unødvendige indlæggelser.

Naturligvis understøttet af specialistkompetencer fra hospitalet eller speciallægepraksis.

Det er også naturligt, at en øget kapacitet i almen praksis ledsages af krav om langt bedre fysisk, telefonisk og digital tilgængelighed – også mere end et par timer om dagen. De praktiserende læger må – som alle andre sundhedsprofessionelle - tage medansvar for et sundhedsvæsen, som skal være til rådighed - døgnet rundt - landet rundt.

Vi må sige det helt tydeligt:

Vi skal sikre, at de første nye læger bliver placeret der, hvor den praktiserende læge i dag er en mangelvare.

Derfor har vi brug for at tænke i alternativer, hvis den nuværende model ikke kan levere det.

Lægedækningen er en forudsætning for, at vi kan bekæmpe ulighed i sundhed og leve op til samfundskontrakten.

Derfor er det en bunden opgave for os alle at sikre, at vi får gode lægetilbud til alle.

\*\*\*

Vi har brug for kvalificeret arbejdskraft i hele landet.

Det kræver også, at vi bryder vanetænkningen og åbner for, at flere faggrupper kan være med til at løse opgaverne i sundhedsvæsenet. Derfor synes vi, at apotekerne skal overtage opgaven med dosispakket medicin fra de praktiserende læger.

Og derfor vil vi nu afprøve, om optikerne kan lave en række undersøgelser, så øjnlægerne på hospitalet aflastes og kan koncentrere sig om den egentlige diagnosticering. Omstillingen af vores sundhedsvæsen kommer også til at kræve noget af uddannelserne. Vi har fortsat brug for, at mange har lyst til at arbejde og udvikle sig i sundhedsvæsenet. Samtidig skal uddannelserne tilpasses de nye sygdomsbilleder.

Derfor lancerer vi i dag et uddannelsesudspil.

Her peger vi på, hvordan vi kan skabe bredere kompetencer og forbedre mulighederne for at videreudanne sig og skifte spor med adgang til merit. Vi har også brug for mere praksisnære uddannelser, og vi har brug for, at kommuner og regioner får mere indflydelse på indhold og dimensionering af uddannelserne på sundhedsområdet.

Vi ser frem til at drøfte det med jer alle!

\*\*\*

Manglen på kvalificeret arbejdskraft er massiv og kan ikke løses uden, at vi gør noget radikalt anderledes med hjælp fra teknologien. Teknologi, der kan frigive tid til det vigtigste, og som kan hjælpe med at få behandlingen helt hjem til borgerne.

Derfor foreslår vi sammen med Dansk Industri en Teknologifond for et Sundere Danmark. En fond, der kan udvikle, implementere og skalere innovativ, ny teknologi. Til gavn for patienterne, sundhedsvæsenet og erhvervslivet.

Samtidig skal vi sætte et højt ambitionsniveau for sundhedsforskningen i Danmark, som er med til at gøre Life Science til en dansk styrkeposition. Vi ønsker stærkere forskningsmiljøer i hele landet. Det er også med til at styrke rekrutteringen uden for de store byer.

I regionerne ønsker vi også at styrke den uafhængige kliniske forskning, forskningen i det nære sundhedsvæsen og i de sygdomme, som i dag er overset.

\*\*\*

Der må drejes på alle håndtag.

For efterspørgslen på sundhedsydelser vokser. Det gør forventningerne også. Og vi har hverken finansiering eller medarbejdere til at levere uden at prioritere. Derfor må vi også i langt højere grad forholde os til udviklingen i det private sundhedsmarked.

2,5 millioner danskere har en sundhedsforsikring enten via arbejdspladsen, pensionsordningen eller individuelt. Er det ikke en skævvridning af samfundskontrakten, at man kommer uden om køen ved at have en privat forsikring?

Jeg taler bestemt ikke imod at have en privat sundhedssektor. Men vi er nødt til

at tage debatten om prioritering og indretning af den samlede sundhedsindsats - også den, der er finansieret privat. Det er nødvendigt, hvis vi skal opretholde tilliden til det offentlige tilbud og sikre, at vi har tilstrækkelig offentlig kapacitet til at behandle de alvorligt syge.

Ellers sker der automatisk en prioritering, som risikerer at skubbe til balancen i samfundskontrakten.

\*\*\*

Vi er også nødt til at prioritere i de krav, retningslinjer og faglige normer, der lægges ned over medarbejderne i sundhedsvæsenet fra statslige styrelser, faglige selskaber og lokale vejledninger.

Alt for ofte ender de faglige ambitioner og standarder med at stille større krav til vores medarbejdere, end ressourcerne rækker til. Kernen i dokumentation, i data og i vidensopsamling skal vi holde fast i. Det er hele fundamentet for at levere sundhed af højeste kvalitet. Men der er brug for at rydde op i de mange standarder og retningslinjer og sikre balancen mellem de mange krav og de ressourcer, der er til rådighed.

Udviklingen minder mig lidt om en tilgroet villahave i april. Hvor gressaksen skal frem – måske en gang hvert forår?

\*\*\*

Andre steder skal vi lade det grønne få meget mere plads.

For vi skal også leve op til en generationskontrakt – et løfte om at sikre en grønnere fremtid for kommende generationer. Regionerne går derfor også med stor alvor til opgaven med at håndtere de jord- og grundvandsforureninger, der truer mennesker og miljø.

For det er også velfærd ikke at skulle bekymre sig om, hvorvidt sandkassen er giftig. Eller om man kan bygge nyt hus og anlægge køkkenhave uden at bekymre sig om jorden.

PFAS har med god grund optaget os alle det seneste års tid. Uvisheden skaber

utryghed. Derfor har regionerne taget ansvar for at kortlægge, undersøge, oplyse. Vi samarbejder med virksomheder for at finde nye oprensningmetoder. Og vores dygtige læger arbejder på at skabe større vished om sundhedseffekterne.

PFAS er ét blandt mange farlige stoffer. Med vores indsats omkring punktkilder beskytter vi drikkevandsforsyningen til 1 million borgere. Det kan vi ikke nedprioritere. Derfor indgår PFAS i vores samlede prioritering af, hvor risikoen er størst. Den prioritering vil vi gerne aftale med regeringen, så vi også er enige om, hvor langt pengene rækker.

Derfor ser vi frem til dialogen om den kommende handlingsplan for PFAS-forurening.

\*\*\*

Der skal ikke alene være rent drikkevand, men også råstoffer nok til de kommende generationer. Råstoffer er en ressource, som ikke lige kan fornyes. Råstoffer bliver brugt, når vi udbygger infrastruktur som motorveje, jernbaner og forsyningsledninger, og i byggeriet til boliger, hospitaler og lignende.

Vores forbrug er faktisk så højt i Danmark, at det svarer til, at hver dansker forbruger, hvad der svarer til 1,3 kilo råstoffer i timen. Genbrug og genanvendelse skal op i et helt andet gear.

Det er også en udfordring, at råstofferne er ulige fordelt i landet. Derfor har regionerne netop indgået en aftale om fælles planlægning for sammen at levere råstoffer til det nationale behov. Dermed har vi også taget det første skridt mod den fælles råstofstrategi, som regeringsgrundlaget lægger op til.

\*\*\*

Jordens ressourcer er begrænsede. Og samtidigt bliver klimaet varmere, vådere og vildere. Hvis ikke vi er i stand til at begrænse klimaforandringerne, skaber vi problemer for os selv og ikke mindst de kommende generationer.

Vi har et ansvar for at begrænse klimabelastningen fra sundhedsvæsenets aktiviteter. Derfor står ”grønne hospitaler” højt på vores dagsorden.

Regionerne har også i en årrække samarbejdet med og understøttet kommunerne i arbejdet med klimatilpasning. Og vi er klar til at påtage os et større ansvar for at lede og koordinere indsatsen gennem dialog og regionale klimatilpasningsplaner.

Vi har ekspertisen, vi har geografien - og vi har rigtig gode erfaringer fra store samarbejdsprojekter på klimaområdet. Vi er klar til at løse opgaven.

\*\*\*

For jeg tror faktisk, at den regionale model med fem regioner rummer noget af det, der er brug for i fremtiden.

Alle de vilde problemer, der udfordrer vores samfundskontrakt, har dét til fælles, at de kræver, at vi kan se på tværs, sikre sammenhæng og samle aktører om at nå vores fælles mål. Det ligger i vores regionale DNA at samarbejde – det er sådan, man så klogt konstruerede os i sin tid.

Landet over er regionspolitikere i de fem regioner hver dag i dialog med borgerne om kollektive trafikforbindelser, jordforureninger, råstofplaner, gymnasiefordelinger og naturligvis sundhedsvæsenet. Alt sammen emner, som har stor betydning for hverdagen, trygheden og livskvaliteten i alle dele af Danmark.

Om det er debatten på borgermøder, i brugerråd eller i Brugsen, så er regionalpolitikere med til at sikre borgernes stemme – også dem, der ellers bliver overset - i vigtige samfundsbeslutninger.

Demokratisk valgte i landets fem regionsråd er med til at sikre både de politiske og de geografiske balancer. Det er afgørende for, at vi – inden for de rammer, som udstikkes på Christiansborg - kan finde holdbare løsninger på tidens vilde problemer.

\*\*\*

Jeg indledte med Kanslergadeforliget. Den aften i 1933 valgte vi i Danmark samarbejdet og demokratiet. Sådan gik det ikke alle steder i verden.

I dag står vi igen med en alvorlig trussel i Europa, og med store og svære udfordringer. Også udfordringer, der truer balancerne i vores samfundskontrakt. Vores udgangspunkt er langt bedre end i 1933. Og svarene er stadig samarbejde og demokrati.

Staten, de fem regioner, kommunerne, den private sektor og civilsamfundet, kan levere svar på de store udfordringer. Også de vilde og dybt komplekse. Når vi gør det sammen.

Mange tak for ordet.

**Kilde**

regioner.dk

**Kildetype**

Dokumentation på online medie

**Tags**

Politisk tale, Velkomsttale

**URI**

<https://www.dansketaler.dk/tale/anders-kuhnaus-tale-ved-regionernes-politiske-topmode>