



Fremtiden er regional

Regionerne blev etableret som et politisk kompromis og er med jævne mellemrum blevet spået nedlagt. Men regionerne har både leveret og overlevet, og med de udfordringer, vi står over for i Danmark såvel som i resten af Europa, er det svært at se en fremtid for sig uden et stærkt regionalt led.



AF SENIORKONSULENT ANNE SOFIE SØRENSEN OG ADM. DIREKTØR ADAM WOLF, DANSKE REGIONER

På Danske Regioners årlige generalforsamling i april fremlagde regionerne en vision for det næste store spring for sundhedsvæsenet. En vision, hvor regionerne påtager sig et langt større ansvar for folkesundheden end alene rollen som sygehuslejer. Hvor regionerne skubber til nogle firkantede rammer for hvem, der gør hvad og aflyser potentielle abespil på sundhedsområdet: Regionerne vil gerne tage ansvar for at sikre, at sundhedsvæsenet i Danmark hænger sammen – uanset hvor opgaven løses.

Generalforsamlingen var godt nok et 10-års jubilæum for regionerne, men det var de næste ti år, der var i fokus.

Da regionerne blev oprettet i 2007, var det på et bagtæppe af store uenigheder om den regionale struktur. Regionerne var et kompromis, og presset var af samme årsag stort. Der skulle leveres fra dag ét.

Og som så ofte før i dansk politik har kompromiset vist sin styrke. Når regionerne i 2017 fokuserer på de næste ti år for sundhedsvæsenet, så er det fordi en lang række af de presserende opgaver, der bankede på i 2007, i dag er inde i en rigtig god udvikling. Regionerne har de sidste ti år leveret produktivitetstigninger ulig noget andet sted i den offentlige sektor, ventetiderne på operatio-

ner er rekordlave, hospitalerne er blevet langt bedre til at behandle kræft- og hjertesygdomme og har således leveret et markant fald i dødeligheden på de områder, samtidig med patienttilfredsheden ligger på et stabilt højt niveau. Hele hospitalssektoren har gennemgået en omfattende specialisering, og regionerne er i gang med Danmarkshistoriens hidtil største byggeprojekt siden kirkebyggerierne i middelalderen!

Det er ikke en opgave, regionerne har løst alene. Tværtimod ligger det netop i regionernes DNA, at de skal samarbejde og skabe samme direkte magt, som amterne havde – og selvom den status til tider nok har været savnet i regionerne, så har det vist sig at give en langt mere tidssvarende myndighedsrolle.

Regionerne er involveret i hundredevis af offentlige-private innovationsamarbejder, 15 offentlige-private partnerskaber og utallige samarbejdsaftaler om sundhedsforskning og produktudvikling samt klinisk afprøvning af medicin eller medicinsk udstyr. Men samarbejdet gælder også i forhold til borgerne. Vi kigger ind i en fremtid, hvor samskabelse og inddragelse er mainstream i sundhedsvæsenet. Der er en stærk politisk vilje til at skabe et sundhedsvæsen sammen med borgerne – og med borgeren i centrum. Vi ser det udfolde sig i alle regioner: Retskaber, der støtter patienten i at træffe egne beslutninger omkring behandling, bruger- og pårørendeorientering, der inviteres med til at udvikle og kvalificere

indretningen af nye sygehusbygninger, samarbejde om tilrettelæggelse af behandlingsforløb. Brugerinddragelse er indarbejdet i den nye SOSU-assistentuddannelse og i de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser, herunder sygeplejerskeuddannelsen, der er blevet revideret i 2016.

I særdeleshed inden for regional udvikling består regionernes rolle i at formulere og skabe enighed om regionale mål og samle regionens aktører om at nå målene. Det er den mobiliserende magt sat på formel, og som i dag er så efterspurgt i enhver myndighedsudøvelse.

Sidst men ikke mindst har regionerne været i stand til at levere, fordi folkevalgte politikere står på mål for resultaterne. Der er i regionernes levetid blevet truffet svære beslutninger om blandt andet lukninger af sygehuse og placering af behandlinger. Beslutninger, som eksempelvis "bestyrelsesmodellen" i Norge, ikke har haft samme succes med, og hvor sygehusstrukturen derfor fremstår væsentligt mindre specialiseret end i Danmark.

Fremtiden er regional

Den regionale struktur har ikke alene vist sig at være en effektiv, tidssvarende og bæredygtig model herhjemme, men også en model til efterfølgelse. I Finland, hvor man indtil nu har haft et system baseret på kommuner og kommunale fællesskaber, har regeringen fremlagt et lovforslag, der vil overføre det overordnede ansvar for social- og sundhedstjenesterne fra kommunerne til 18 nye regioner. Herudover får regionerne ansvar for regional udvikling, erhvervsfremme og en række miljø- og planlægningsopgaver. De nye regioner skal indrettes med direkte valgte repræsentanter og får ingen beskæmmeret. Ønsket med reformen er at skabe større faglig og økonomisk bæredygtighed.

I Norge har regeringen også netop fremlagt et lovforslag til en strukturreform, der reducerer antallet af kommuner fra 118 til 46 og antallet af regioner fra 19 til 10, måske 11. Med reformen følger også nye opgaver inden for regional udvikling samt planlægningsopgaver til regionerne. Regeringen ønsker, at valgte niveau som samfundsudviklere". Den norske regering har også ønsket at genbesøge modellen for styring af sygehuse, hvor man siden 2002 har haft såkaldte professionelle bestyrere til at stå i spidsen for fire re-

¹<https://www.regjeringen.no/contentassets/0db6ace4fbfd4e9c6bc5f8bd615c6fa1e/no/pdf5/mou2016201600250004-ddp-dfs.pdf>

»» Regionerne var et kompromis, og presset var af samme årsag stort.

Der skulle leveres fra dag ét.

gionale helsetjeneste. Et ekspertudvalg nedsat af regeringen har anbefalet, at der også fremover bør være selvstændige beslutningsorganer på regionalt niveau. Dels af hensyn til legitimiteten, og dels fordi flertallet i ekspertudvalget mener, at det regionale niveau udgør det bedste grundlag for planlægning af specialhelsetjenesten. En analyse af den offentlige debat i Norge foretaget for ekspertudvalget viser i øvrigt, at det mest udtalte kritikpunkt af de regionale helsetjeneste er, at de ikke er folkevalgte, og at deres beslutninger – fx om sygehushlukninger – derfor opfattes som illegitime.¹

Og nu vi er i Norden, så lad os også lige runde Sverige, hvor man de sidste 10 år har gjort flere forsøg på at samle de 21 landsting til større regioner efter dansk mønster. Men trods flere rapporter om mulighederne og potentialet er det ikke lykkedes endnu. Regeringen har ellers så sent som i 2016 på baggrund af et kommissionsarbejde forsøgt at omdanne landstingene til seks regioner med udvidet ansvar for regional udvikling foruden sundhedsvæsenet. Kommissionens argumenter for en reform byggede bl.a. på, at øget mobilitet og pendling har skabt behov for større, regionale enheder, og at seks stærke regioner ville kunne styrke væksten og mulighederne for at skabe mere ensartet velfærd.

Men regioner er ikke bare et nordisk fænomen. I OECD og EU har regioner længe dannet udgangspunkt for analyser og politikudvikling. Og årsagen er lige til: Rigtig mange af de udfordringer, vi ser i de kommende år, har et regionalt ophæng. Udfordringer med at sikre kvalificeret arbejdskraft, herunder manglen på faglærte og pendlingsudfordringer, har en regional geograf. Der kan tælles 19 pendlingsområder i Danmark – vi pendler på tværs af kommuner, men typisk inden for regionen. Derfor er der også brug for regionale løsninger.

Klynger og vækstcentre opererer regionalt og er oftest i konkurrence med regioner i andre lande. Derfor er udfordringerne med at skaffe kvalificeret arbejdskraft ikke de samme i Nordjylland som i Syddanmark – forskellige kompetencer efterspørges, fordi der er forskellige erhvervsfaglige styrkepositioner. Og så når det gælder miljø- og klimaudfordringer, stiller fremtiden krav til en langt større samtanke på indsatsen på tværs. Og så her kan der være forskelle på potentialer og udfordringer på tværs af regionerne, mens

» Men argumenterne for at nedlægge regionerne kan deri- mod godt virke noget forældede.

der er væsentlige fælles udfordringer og ressourcer inden for den enkelte region. At fremtiden er regional betyder ikke nødvendigvis, at der er mindre brug for kommunerne. Men der er brug for, at nogen tager ansvaret for den regionale sammenhæng for borgerne.

Alligevel dukker diskussionen om regionernes fremtid af og til stadig op. Selvfølgelig skal vi fortsat kunne drøfte strukturer og opgaveløsning. Inet er låst fast. Men argumenterne for at nedlægge regionerne kan deri- mod godt virke noget forældede. Regionerne leverer, hvorfor også fremtidens udfordringer kræver et regionalt setup. Derfor kniber det også med at finde de gode eksempler på, hvor en anden struktur har løst opgaverne bedre og med samme demokratiske legitimitet. Kritikken af opgaveløsningen i kommunale fællesskaber kan ses som et af hovedargu- menterne for reformen i 2007, og det er efter- hånden ganske svært at se, hvilke gode uden- landske erfaringer man trækker på, når man ønsker et statsligt styret sundhedsvæsen.

Hvad er ikke lykkedes?
Når regionerne har lagt en vision frem, der sætter fokus på at skabe mere sundhed frem for alene at fokusere på behandling af syg- dom, så er det dels fordi, verden har rykket sig siden 2007. Det meget høje aktivitetsni- veau – som effektivt har nedbragt ventelister – udløses i dag ikke alene af behandlingsbe- hov, men også af uhenigtsmæssige økono- miske incitamenter. Det driver udgiftsni- veauet op. Men vi står også over for et øget behandlingsbehov: Der bliver flere ældre, flere kronisk syge og flere borgere med flere sygdomme. Ifølge en ny analyse fra KORA vil der i 2025 være behov for over 173.000 fuldtidsansatte i regionerne mod knap 120.000 i dag, hvis sundhedsvæsenet skal kunne håndtere det stigende antal patienter. Samtidig udbyder vi hele tiden nye dyre be- handlinger. Vi kan ikke producere os ud af udfordringer – det har vi ganske enkelt ikke råd til. Derfor bygger regionernes vision for sundhedsvæsenet på, at vi fremadrettet løser opgaverne på en anden måde.

Det kræver, at vi får løst en udfordring, som strukturreformen alene ikke har formået at løse, nemlig udfordringen med at få skabt bedre sammenhæng mellem en lang række sundhedsaktører, herunder hospitaler, prak- tiserende læger og kommunale sundhedsstil- bud. En bedre sammenhæng muliggør en langt tidligere indsats for at forhindre syg- dom, forværring af sygdom, genindlæggelser mv. Vi skal blive bedre til at se på specifikke

grupper i befolkningen, som er i risiko for at udvikle sygdom, og med viden og data mål- rette indsatserne.

Ansvaret for sammenhængen kan kun ligge ét sted; nemlig i regionerne. Lars Løkke Ras- mussen sagde det tydeligt på Danske Regio- ners generalforsamling for et år siden: ”Det er i sidste ende regionernes ansvar, at der er sammenhæng mellem sygehuse, almen prak- sis og kommunernes indsats”.

Så klart er det næppe sagt tidligere. Men re- gionerne påtager sig gerne ansvaret for den samlede leveringskæde i sundhedsvæsenet og for at arbejde for et økosystem, hvor alle bidrager til, at opgaverne løses der, hvor de skaber størst mulig værdi for patienten, for befolkningens sundhedsstilstand og for sam- fundskøkonomien.

Derfor har regionerne også rejst debatten om produktivitetkravet og aktivitetsstyringen. Det har været nyttige redskaber til at ned- bringe ventelister og indlæggelstid, men de løser ikke de udfordringer, vi står over for de kommende år. Tværtimod. Det nytter ikke noget, at vi alene kigger på antallet af eksem- pelvis knæoperationer, hvis patienterne al- drig får den nødvendige genoptræning eller kan vende tilbage til deres hverdag i bedre form end før.

Hvorfor oplever vi 10 år efter strukturrefor- men fortsat problemer med sammenhængen i sundhedsvæsenet? Ifølge den danske-norske forskningsbog ”Hvordan har vi det i dag, da? Fjernrådgivning og samarbejde i norsk og dansk helsepolitik” (2014) reducerer omfårende strukturreformer sjældent kompleksiteten eller øger sammenhængen i sundhedsvæ- senet. De peger i stedet på, at reformer altid vil medføre nye elementer, som kræver nye ko- ordinations- og samarbejdsstrukturer. Bo- ordinations- og samarbejdsstrukturer. Bo- rders- og sammenhængsproblemer i et så komplekst og højt specialiseret system, som sundhedsvæsenet er. Men regionerne er til gengæld i dag et sted, hvor de har erfaring og specialisering nok til at påtage sig opgaven med at skabe sammenhæng. Regionerne er en del af løsningen.



Sverigesmodellen – en ny tilgang på det specialiserede børneområde

Herning Kommune har opbygget et markant økonomisk gevinst på anbringelsesområdet gennem en investering i flere socialrådgivere. Den svenske model, som tilgangen kaldes, er i de seneste år indbragt til mange danske kommuner, og det aktualiserer en række opmærksomhedspunkter: Rekruttering af specialiserede plejefamilier, institutionsernes faglige og økonomiske bæredygtighed samt manglende viden om effekten af den svenske model på børn og unges trivsel.

AF HANNE SONDERGÅRD PEDERSEN, PROJEKTCHIEF, KORA OG HANS SIKOV, KLOPPENBORG, PROJEKLEDER, KORA

Herning Kommune etablerede i 2013 et Sve- rigesteam, der dækkede fire skoledistrikter, hvilket svarede til ca. 20 % af børnene i Her- ning Kommune. Formålet med Sveriges- teamet var at spare penge på området for ud- sætseudsugter. Derfor investerede byrådet i Herning i perioden fra 2013-2016 årligt to mio. kroner i ekstra socialrådgivere med en forventning om, at investeringen ville være dækket ind ved udgangen af 2015, hvorefter der skulle opnås en nettobesparelse.

Table 1. Oversigt over Sverigesprogrammets investeringer og forventede besparelser i Herning Kom- mune i årene 2013-2016. Beløb i 1.000 kr., 2013-priser.

	2013	2014	2015	2016
Fire ekstra sagsbehandlere og en teamleder i Børne og Familierådgivningen	2.000	2.000	2.000	2.000
Forventet besparelse på anbringelser	-1.000	-2.000	-3.000	-4.500

Kilde: Opsøvelser fra Herning Kommune

» I stedet for at skære i udgifterne i nu og her valgte man at investere i markant flere socialrådgivere i forsøgsdistrikterne.