

Hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionens rapport

Regionsrådet i Region Hovedstaden hilser Sundhedsstrukturkommissionens rapport og den debat, den allerede har afstedkommet, velkommen. Vi noterer os en bred enighed om, at vi har et godt og velfungerende sundhedsvæsen, som vi kan være stolte af. Men vi tilslutter os også opfattelsen af, at der er behov for forandringer og udvikling af det nære sundhedsvæsen, hvis sundhedsvæsnets fremtidssikres.

Region Hovedstaden er ét, fagligt sammenhængende sundhedsvæsen

Hospitalsvæsnets har oplevet et stort kvalitetsløft siden regionernes tilblivelse i 2007. De ambitioner, man dengang havde om, at fem stærke regioner skulle sikre høj behandlingskvalitet, effektivitet og kort ventetid, er indfriet – og de gode resultater må ikke sættes over styr.

Den regionale hospitalsplanlægning og struktur skabte og skaber mulighed for en sammenhængende klinisk grundstruktur, hvor hvert enkelt akuthospital og Rigshospitalet har særlige speciale-mæssige profiler og faglige styrkepositioner. Ofte fremhæves det, at regionernes kvalitetsløft har ført til markant reduceret dødelighed inden for kræft- og hjerteområdet, men også mange andre specialer som f.eks. urinvejskirurgi, brystkirurgi, karkirurgi, blodsygdomme og gigt-, bindevævs- og rygsygdomme er samlet på et eller få hospitaler med en høj faglighed, specialisering og kvalitet til følge.

Den samme høje faglighed, stordriftsfordele og tværgående planlægning går igen i de understøttende og tværgående funktioner. Et eksempel er det præhospitale område med hurtig responstid og god regional dækning af ambulancer og lægebi-ler – understøttet af et forenet regional- og kommunalpolitisk fokus på de tyndest befolkede områder – og et tæt samarbejde mellem Akuttelefonen 1813 og akutmodtagelserne. Andre eksempler er Apotekets medicinbehandling og koncerntre-nes professionalisering af IT, økonomi, energioptimering, renovering, hospitalsplanlægning, HR osv. Et tredje eksempel er det systematiske politiske og administrative arbejde med at nedbringe ventetid ved at omlægge behandlinger og udnytte kapaciteten på tværs. Det er afgørende for, at det samlede sundhedsvæsen fungerer hensigtsmæssigt og kosteffektivt. Der er tale om store og solide organisationer, hvor kerneopgaven er udviklet og forfinet over år.

Region Hovedstaden er således i dag ét sammenhængende sundhedsvæsen, hvor regionens hospitaler, virksomheder og koncerntre først og fremmest har et tæt samarbejde om at levere en samlet sundhedsydelse i høj kvalitet til gavn for den brede befolkning i og udenfor regionen. Men den stærke struktur er også forudsætningen for at håndtere andre samfundskritiske omstillinger som f.eks. en pandemi eller arbejdet frem mod klimaneutral hospitalsdrift.

Opsplitning i mindre sundheds- og omsorgsregioner er ikke løsningen

På den baggrund finder Region Hovedstaden model 1 i Sundhedsstrukturkommissionens rapport, som vi forestiller os, fører til opsplitning af hovedstadsområdet i tre eller flere sundheds- og omsorgsregioner, bekymrende. Ud over at 17 års opbygning af en stærk og effektiv organisation vil være tabt på gulvet, mener vi også, at modellen i sig selv indeholder svagheder, når man ser på selve hospitalsdriften, uagtet at den har fordele, når man ser på den samlede kæde af sundheds- og omsorgsydelser på tværs af de nuværende kommuner, praktiserende læger og regioner.

Det er for eksempel en svaghed i modellen, at fire akuthospitaler, et Rigshospital og et ø-hospital vil skulle samarbejde om at dække hovedstadsborgerne inkl. bornholmernes behov for sygehusdækning uden at have en fællesadministration eller politikere valgt i forskellige dele af regionen i ryggen. De vil skulle operere i et i forvejen ophedet arbejdsmarked, hvor der let kan opstå konkurrence om arbejdskraften og ikke er et incitament til at se på den bedste samlede anvendelse af medarbejderkræfter og lønmidler. Samme uhensigtsmæssige konkurrence kan opstå i forsøget på at tiltrække de mest interessante specialer, og erfaringen fra amterne og H:S' tid peger på stor risiko for tab af behandlingskvalitet og effektivitet.

Modellen fører heller ikke til de sømløse overgange for borgerne, som den kan give indtryk af. Det er godt, at snitfladerne mellem regionale og kommunale funktioner udviskes. Men den enkelte borger vil ofte skulle behandles uden for egen sundheds- og omsorgsregion. Det er således Sundhedsstrukturkommissionens egen forventning, at op til 40 pct. af hospitalsbehandlinger vil foregå i en anden sundheds- og omsorgsregion end den, borgeren tilhører. Derfor vil modellen også betyde væsentligt behov for afregning mellem sundheds- og omsorgsregionerne, som vil give øgede administrationsudgifter.

Det vil i det hele taget være uhensigtsmæssigt og dyrt at erstatte en stærk administration med tre eller fire nye, der skal opbygges fra bunden i en tid med personalemangel, ønske om lavere administrationsomkostninger og nye opgaver, der stadig kræver tæt koordinering med 29 kommuner af meget varierende størrelse fra landets største med over 650.000 borgere til en af de mindste med under 15.000 borgere.

Vi deler Danske Regioners holdninger

Region Hovedstaden har valgt at udforme sit eget hørings svar. Ovenstående vil i større eller mindre grad gælde for alle regioner, men i særdeleshed i hovedstaden, hvor hospitalerne ligger tæt, og integrationen mellem dem er stor.

Samtidig bakker Region Hovedstaden fuldt ud op om Danske Regioners hørings-svar og ønsket om at samle ansvaret og økonomien for sundhedsindsatserne i én lovgivning og under én myndighed med direkte folkevalgt ledelse af en størrelse, der modsvarer befolkningsgrundlaget. Denne myndighed bør være regional, da nogle kommuner er for små og staten for langt væk til at levere lokalt tilpassede løsninger. Dog bør de mest borgernære omsorgsydelser, f.eks. plejehjem og hjem-mepleje, forblive kommunale. Servicen ud mod borgerne kan styrkes af kvalitets-standarder, have forskellig karakter afhængig af kommunestørrelse og koordineres med regionerne via nærudvalg, som vil få en nøglerolle uanset hvor meget eller lidt, der flyttes mellem de to myndigheder.

Vi deler også Danske Regioners holdning om, at der ikke bør træffes beslutninger om det specialiserede socialområde, miljø, klima, transport og uddannelse på baggrund af en strukturkommission med entydigt fokus på sundhed.

Socialområdet har siden sidste strukturreform været udfordret af tab af specialist-kompetencer og -tilbud. I de regionale tilbud på det specialiserede socialområde er der dog skabt faglige synergier og specialiseret viden på tværs af kommunerne til gavn for de borgere, som er afhængige af tilbuddene. Vi er derfor dybt bekymrede for konsekvenserne for mennesker med svære psykiske lidelser eller handicap, hvis tilbud på det specialiserede socialområde flyttes fra regionerne. Samtidig be-mærker vi, at det taler imod ambitionerne om en specialeplan på området.

Regionerne varetager vigtige miljø- og klimaopgaver som indsatsen mod jordforu-
rening, beskyttelse af grundvandet, råstofplanlægning og klimatilpasning. Vi har
veletablerede faglige miljøer og erfarne medarbejdere, der i dag driver udviklingen
af ny teknologi og viden, som kvalificerer og effektiviserer opgaveløsningen. Regi-
onerne har samtidig den rette geografi både til miljø- og klimaopgaver og til opga-
verne inden for transport og uddannelse, som alle har en tværgående karakter
kombineret med et behov for lokalkendskab og dialog.

Den seneste tids hændelser omtalt i medierne – fra Den sorte svane til afdækning-
en af Nordic Waste – taler i vores øjne for større, frem for mindre regional indfly-
delse på såvel social- som miljøområdet.

Vi ønsker også at fremhæve Danske Regioners holdning om, at der er behov for
en ændret organisering af det almen medicinske tilbud for at sikre bl.a. en faglige
ledelse, varetagelse af flere opgaver og en geografisk bedre dækning og social dif-
ferentiering. Vi respekterer også, at den økonomiske vækst i de kommende år pri-
mært skal ligge i det nære sundhedsvæsen, men gør samtidig opmærksom på, at
sygehusaktiviteten formodentlig ikke vil falde, før f.eks. forebyggelse og håndtering
af kroniske sygdomme er styrket markant. Derfor bør der ikke reduceres i hospita-
lernes budgetter eller nødvendige midler til at følge det demografiske træk. Og slet
ikke allerede fra 2026.

På samme måde bakker vi Danske Regioner op i, at den foreslåede nationale
sundhedsplan og den netop vedtagne 10-årsplan for psykiatrien og mental sund-
hed er en god ramme for at udvikle både somatik og psykiatri, og at der i højere
grad skal ske læring fra somatikken i psykiatrien, men at dette ikke forudsætter en

samling af hverken ledelse eller fysisk placering. De sværeste snitflader ligger desuden mellem behandler- og socialpsykiatri og ikke mellem somatik og psykiatri. For Region Hovedstadens vedkommende vil en fysisk samling desuden kræve meget store investeringer i nye bygninger, hvis den ikke ligefrem vil være geografisk umulig at gennemføre.

Sidst men ikke mindst er vi enige med Danske Regioner i, at det kan være relevant med et tættere strategisk samarbejde om den digitale udvikling, men at den konkrete understøttelse af hospitalernes drift og udviklingsønsker skal håndteres af medarbejdere med stærk IT-faglighed i tæt samarbejde med klinikere. Vi ønsker desuden at fremhæve, at organisering og udbygning af IT-området bør ske med fokus på understøttelse af samlede patientforløb, både af hensyn til udgifter og i forhold til fastholdelse af stabil IT-drift for patienter og medarbejdere.

Afsluttende vil vi konstatere, at det øgede fokus på hhv. fagligt og økonomisk kædeansvar, sammenhæng i patientforløb og geografisk lighed og lægedækning er en spændende og bunden opgave, som kan og skal løses, uanset hvilken overordnet strukturel model, man vælger.

Her er partnerskaber mellem hospitaler i og på tværs af regioner og langt mere udadvendte hospitaler en del af svaret. Allerede i dag samarbejder Bispebjerg og Frederiksberg Hospital tæt med Bornholms Hospital om både bemanning og behandling. Hovedstadens hospitaler vil også gerne samarbejde tæt med hospitaler udenfor regionen, der er geografisk udfordrede, ligesom vi i dag tager imod patienter fra hele Danmark, Færøerne og Grønland.

Etableringen af en lægeuddannelse i Nordjylland har gavnet lægedækning dér i langt højere grad, end en ændring af regionsgrænser ville kunne. Det samme har vi stor forhåbning til vil ske, når Københavns Universitet snart åbner dørene for de første studerende, der skal modtage klinisk uddannelse, have kliniske ophold og forhåbentlig etablere sig i Region Sjælland.

En sammenlægning af regioner, fx Hovedstaden og Sjælland, vil ikke i sig selv løse udfordringerne. Til gengæld vil det øge ubalancen mellem regionerne, hvis der etableres en samlet sjællandsk region, som vil omfatte ca. halvdelen af landets befolkning. Vi mener transaktionsomkostningerne ved en meget stor reform – uanset om den fører til flere eller færre administrative enheder – vil udfordre muligheden for at arbejde med de meget relevante udfordringer, som Sundhedsstrukturkommissionen med rette har sat fokus på.

Med venlig hilsen


Lars Gaardhøj
Regionsrådsformand