

# DSS årsmøde 5-6 maj 2010

---

## **“Nationale handleplaner fordele og ulemper” Systemperspektiv og aktørperspektiv**

Peter Kragh Jespersen

Professor

Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning

Aalborg Universitet

## Grundlaget for dette oplæg

---

- Meget om handleplaner i form af udvalgsrapporter, arbejdsgruppeindstillinger og lignende.
- Næsten *ingen* videnskabelig litteratur om de danske nationale handleplaner set ud fra en politisk, administrativ og organisatorisk synsvinkel.
- Relativt meget om resultaterne set ud fra en sundhedsfaglig synsvinkel, men ingen ekstern evaluering



## Min tilgang

---

- Alle lande er nødt til at prioritere deres ressourcer til sundhedsformål
- Nationale handleplaner kan ses som én måde at gøre det på.
- De rummer deres særlige sæt af politiske, administrative og organisatorisk/ledelsesmæssige problemer.
- Det er dem jeg vil fokusere på. Ikke det sundhedsfaglige som andre tager sig af.

# Fokus på to handleplaner: Hjerfteplan og Kræftplan

---

- De er de ældste (dermed er der erfaringer).
- Det er de mest omfattende og dyre planer til nu.
- Der er mange aktører involveret.
- De udviser en række karakteristiske fordele og ulemper af politisk, administrativ og organisatorisk ledelsesmæssig art.

# Historik: Hjerterplaner

---

- **Forberedelsesfase 1975-1990:**  
Udvalgsarbejder, øget aktivitet, afvejning med andre specialer forsøges. Diskussioner om antal hjertecentre.
- **Konflikt om udbygningstakt 1990-93**  
Uenighed ml. faglige selskaber, SST og amterne. "lig på bordet argumentet spilles" fra faglig side.  
Fælles arbejdsgruppe: Væsentlig udbygning nødvendig 1992
- **Hjerterplanen iværksættes 1993.** Ved aftale.  
Del af generel ventetidsindsats som kun delvist lykkedes. Løbende udbygning af aktiviteten og rutinjering af rådgivning og opfølgning. Danmark nu på niveau med vesteuropæiske lande mht aktivitet efter en 10-dobling af aktiviteten på revaskulerende behandlinger siden 1993.
- **Pakkeforløb efter 2007**

# Historik: Kræftplanerne

---

## ○ **Kræftplan I år 2000**

- Ministeren nedsætter i 98 en bredt sammensat styregruppe "på baggrund af en offentlig debat"
- Bred indsats foreslås, udbygning af kapacitet, bedre kvalitet, rehabilitering og forebyggelse

## ○ **Kræftplan II år 2005**

- Danmark fortsat ikke på niveau med de nordiske lande mht overlevelse.
- Der foreslås en bred indsats med forebyggelse, tidlig diagnostik, pakkeforløb, bedre kirurgisk kvalitet og bedre monitorering

# Historik: Kræftplanerne

---

- “Strålesagen” 2006
  - Viste at implementeringen af kræftplanerne ikke var ligetil.
  - Afslørede at ansvarsfordelingen mellem sygehus, amter og styrelse haltedede.
  - Gav store politiske problemer for ministeren.
- Fokus på kræftpakker og rehabilitering efter 2007
  - Pakkeforløb en ubetinget succes i planlægningsfasen, mindre klart i implementeringen
  - Fokus på rehabilitering i plan III

# Hvad præger politikdannelsen?

---

- Baggrund: Offentlig debat og kritik fra fagpersoner
- Ad.hoc. Beslutningstagen baseret på faglig rådgivning, undertiden i konflikt med generelle hensyn
- Planerne er aftalebaserede og dermed indgår de i den generelle aftalemodel med decentral implementering.
- Planernes omkostninger er temmelig uigennemskuelige. Nogle beløb kan ses, mens andre er utilgængelige.
- Ikke systematisk afvejning ift andre sundhedspolitiske behov og planer

## Hvad præger implementeringen?

---

- Aftaler og decentral implementering i amter og sygehuse er hovedreglen. Risiko for dekobling mellem niveauerne
- I stigende grad central regulering (f.eks. pakkeforløb der monitoreres tæt)
- I stigende grad fokus på hele patientforløbet og dermed også på andre dele af sundhedsvæsenet. (men ikke megen inddragelse af primærkommunerne)

## Fordele: Systemperspektiv

---

- Der er sat fokus på alvorlige lidelser, der rammer mange.
- Der er opnået betydelige fremskridt for disse pt'er
- Der er tilført områderne meget betydelige midler og megen politisk opmærksomhed.
- En betydelig ekspertise har været samlet og har haft incitamenten til at blive enige.
- Har kunnet fremme en strukturændring og en kvalitetsforbedring
- Har *måske* ført til større samlede bevillinger til sundhedsområdet.

# Ulemper: Systemperspektiv

---

- Ad hoc prægede beslutningsprocesser i starten og ingen samlet afvejning ift andre behov.
- Mangel på fokus på andre relevante områder (medicin, hjerne, kronikere)
- "Inflation" i nationale handleplaner
- Decentral implementering vanskelig. Kan medføre "sorteperspil" mellem niveauerne
- Overvejende sygehusplaner. De øvrige dele af sundhedsvæsenet ikke rigtig med.
- Hvem kan foretage uafhængige evalueringer?



## Aktørerne

---

- Sundhedsstyrelsen
- De lægefaglige selskaber
- Skiftende sundhedsministre
- Amter og regioner
- Sygehusledelser og afdelingsledelser

# Sundhedsstyrelsen og de lægefaglige selskaber

---

- Har som hovedregel været enige om anbefalingerne fra ca. 1993
- De nationale planer har styrket styrelsen relativt til amter/regioner.
- De udvalgte lægefaglige selskaber er blevet taget med på råd og har fået institutionaliseret deres indflydelse over tid.



## Skiftende sundhedsministre

---

- Har vist handlekraft i forhold til offentligheden og oppositionen.
- Har brugt handleplanerne til at opnå andre formål (nedbringe ventetider og fremme valgfrihed)
- Har undgået at tage stilling til prioriteringsspørgsmålene
- Planer der ikke realiseres fuldt ud giver politisk risiko

# Amter/Regioner

---

- Har været i en defensiv position i størstedelen af perioden. Har måttet acceptere mere central styring.
- Har koncentreret sig om at få indflydelse via aftaleinstrumentet, med en vis succes
- Har fået tilført betydelige ressourcer
- Har ikke altid kunne levere ydelserne i den forudsete takt eller kvalitet. Legitimitetsproblemer



## Sygehusledelser og decentrale ledelser

---

- De nationale planer er top down styring, der mindsker det decentrale handlerum for sygehusledelser. (Både vertikalt og horisontalt)
- For nogle afdelingsledelser har planerne medført vækst og udvikling
- For andre (serviceafdelinger) uplanlagte opgaver som har øget presset
- For andre igen *måske* dårligere muligheder for udvikling

# Spørgsmål

---

- Handleplanerne har medført fokus på de udvalgte områder og har givet gode resultater. Men var det **de rigtige områder**?
- Har planerne **alt i alt tilført flere ressourcer** til sundhedsområdet eller har det ført til omprioritering? Vi ved det ikke.
- Bliver handleplaner **et mantra på alle områder** og hvad bliver situationen så ?
- Hvad bliver der af **det decentrale ledelsesrum** og fleksibiliteten, hvis der er mange og detaljerede centrale handleplaner?

# Alternativer?

---

- **Samlede nationale prioriteringer** versus enkeltstående handleplaner.
  - Hvem skulle stå for dem?
  - Hvilke prioriteringskriterier?
- **Decentral prioritering** som alternativ ?
  - Kan regionerne og sygehusene alene stå for det evt i samarbejde med sundhedsministeriet og styrelsen?
- Generel **kvalitetsmonitorering** og kliniske guidelines suppleret med **løbende prioriteringer** som alternativ til specifikke handleplaner?

## Citat 2009

---

“Den prioritering, der foregår i dag er præget af skjulte omfordelinger af de midler, der er til rådighed for sundhedsområdet. Tilføres ét område flere midler fjernes de fra et andet område. De hjul, som skrigger højest, får altså mest olie.

Visse stærke områder som f.eks. Hjerte- og kræftområdet har store og stærke patientforeninger og videnskabelige selskaber og formår at tiltrække stor politisk og mediemæssig opmærksomhed. Sjældnere og mindre “populære” områder som f.eks. handicappede og psykisk syge har ikke samme gennemslagskraft....

Det sundhedsfaglige miljø yder således ikke en afbalanceret rådgivning men øver indflydelse inden for den enkeltes speciale eller niche i et speciale.”