

Utvecklingsplan

KPP

- kunskapsbaserad ledning av vården

Kort slutligversion 2012-05-25

Innehållsförteckning

1. SAMMANFATTNING	3
2. BAKGRUND	5
3. NULÄGESANALYS	8
3.1 EXTERN ANALYS (AV EXTERNA FAKTORER KRING KPP-PROJEKTET)	8
3.2 INTERN ANALYS (AV KPP-INFÖRANDET SOM PROJEKT)	11
3.3 SWOT	15
4. UTVECKLINGSIDÉ	16
5. MÅL	17
6. HANDLINGSPROGRAM & RESURSER	18
7. PERSONAL & ORGANISATION	20
8. FINANSIERING & BUDGET	21
9. RISKANALYS	22

1. Sammanfattning

Utvecklingsplanen för KPP är framtagen på uppdrag av SKL inom ramen för Dagmar-överenskommelsen mellan SKL och Socialdepartementet. Syftet med planen är att påskynda implementeringen av KPP i alla landsting och vårdgrenar för att säkra möjligheterna att jämföra sjukvårdens effektivitet såväl lokalt som nationellt och ge möjlighet att använda analyserna i ledning och styrning av vården .

Arbetsgången för planen har i korthet inneburit att enkäter till landstingen samt intervjuer med nyckelpersoner har sammanställts och bearbetats till en nulägesanalys. Utifrån denna har en brett sammansatt arbetsgrupp bestående av KPP-ansvariga på SKL och några landsting samt representant från Socialstyrelsen arbetat fram utvecklingsplanen under processledning från Ardevo AB som också har stått för dokumentationen.

Nulägesanalysen visar att det finns många intressenter som har behov av KPP-data. Av dessa utgör förstås landstingen/vårdproducenterna en stor och viktig del men även Socialstyrelsen, Socialdepartementet, olika privata vårdgivare, läkemedelsföretag och försäkringsbolag samt den nybildade Myndigheten för vårdanalys är intressenter som på olika sätt är beroende av bra KPP-data.

I nuläget levereras KPP-data från närmare 70% av den somatiska slutenvården men från psykiatri och primärvården är siffran betydligt lägre, mellan 15-20% av psykiatri och inte alls från primärvården. Tre av landstingen har ännu inte infört KPP alls i någon vårdgren, 9 st har inte börjat införande i psykiatri och 14 st har inte påbörjat införande i primärvården.

De landsting som använder KPP gör det på olika sätt. Många använder KPP enbart för att kunna sätta och prisa utomlänsvård men allt fler använder KPP som analysredskap för ledning och styrning, exempelvis produktionsplanering, förbättringsarbete och prognoser/prioriteringar. För dessa är det numera en självklarhet att kunna få svar på frågan ”vad kostar det” snabbt utan att göra en utredning.

Landstingens KPP-ansvariga har behov/önskemål om stöd i sitt KPP-arbete för att kunna påskynda detta. Dessa behov är bland annat att få hjälp med att informera om KPP mot de egna ledningsnivåerna, att få hjälp med utbildning och information samt att det görs intressanta nationella jämförelser som skapar intresse för lokala analyser av egna KPP-data. Eftersom man har knappa resurser för KPP-arbete så har man också behov av någon form av resursförstärkning för att kunna arbeta mer kontinuerligt med KPP.

De olika intressenterna som intervjuades framförde i stort samma syn på sina behov av KPP-data. Man behöver mer heltäckande data från alla vårdgrenar och alla landsting för nationella jämförelser och för underhåll av NordDRG. Man vill ha med primärvården så snart som möjligt och få bättre data kring rehab och läkemedel för att täcka mer av vårdprocesserna. En synpunkt som framfördes var att man utan KPP inte kan följa upp hur resurser motsvarande 10-14% av BNP används vilket bedöms vara en stor nackdel om Sverige skall klara det framtida vårdbehovet.

Framgångsfaktorer för att påskynda införandet av KPP i landstingen är framförallt att engagera landstings- och verksamhetsledningar genom att skapa insikt om vad KPP kan bidra med, att säkra resurser för arbetet både lokalt och på SKL, att samverka mer inom SKL mellan Ekonomi & Styrning och Vård & Omsorg samt se till att data är kvalitetssäkrade och lättillgängliga.

Detta leder till en utvecklingsidé som kan uttryckas som : *Verka för att KPP-data används på stor bredd nationellt genom att på ett verksamhetsnära sätt visa på verktygets möjligheter att bidra till kunskapsbaserad ledning, styrning och uppföljning av vården.*

De långsiktiga mål som föreslås i utvecklingsplanen är att ha infört KPP i somatiken i alla landsting senast 2014, i psykiatrin senast 2015 och i primärvården senast 2017.

De viktigaste målen för 2012/2013 blir då att landstingen har accepterat handlingsplanen, att finansieringen är säkrad fram till 2017 och att databas, analysarbete och hantering av KPP-data möter de önskemål som landstingen har.

De föreslagna aktiviteterna för att realisera målen innehåller bland annat:

- Utarbeta en handbok för KPP-införande i vårdgrenarna för de som inte startat ännu
- Sammanställa en "case-bok" med tydliga exempel på när KPP-data har skapat nya insikter och utvecklat vårdarbetet
- Informera och engagera ledningspersonerna i de olika landstingen samt i privata vårdföretag
- Genomföra utbildningar
- Kvalitetssäkra inrapportering av KPP-data
- Öka samverkan inom SKL i KPP-frågor
- Öka och bredda analysarbetet med nationella jämförelser

För att klara ambitionsnivån i planen krävs resurstillskott både på SKL och ute i landstingen/vårdproducenterna. För SKL's del behövs mellan 2013-2017 fyra nya tjänster för att klara rådgivning och information till fler landsting och i fler vårdgrenar samt analyser av en större datavolymer.

På landstingen behövs också resurstillskott för KPP-arbetet och bedömningen är att minst en projektledare per landsting/region behövs mellan 2013-2015 för att få fart på arbetet och hålla ihop det.

För att klara av dessa mål och aktiviteterna enligt den föreslagna tidplanen och den bemanning detta kräver föreslås en finansiering på 13,5 MSEK per år i tre år varav 6,4 M går till tjänster och aktiviteter på SKL och 7 M föreslås användas för att finansiera 50% av en projektledartjänst per landsting/region.

År 4 och 5 är finansieringsbehovet 4,9M på SKL för att hantera primärvårds-KPP och efter år 5 åtgår 3,2 M utöver dagens budget för KPP för att för att säkra resurser att förvalta och utveckla KPP samt för analysarbete till Öppna jämförelser mfl nationella analyser.

Arbetsgruppen för denna utvecklingsplan bedömer avslutningsvis att intresset för KPP återigen är på uppgång ute i landstingen och bland privata vårdgivare och andra intressenter. Tidpunkten är därför lämplig för att göra en större satsning på att få till stånd en nationell KPP-användning på bredden.

Ett uttalande från ett av de landsting som har kommit längst med användningen av KPP-data för ledning och styrning lyder: *"Det handlar om att gå från känslobaserade till faktabaserade beslutsunderlag – då är KPP en viktig del"*

En rapport från SKL som diskuterar hur moderna vårdorganisationer fungerar säger bland annat:

- *Låt ledningsarbetet baseras på mätbara resultat som härstammar ur serier av möten mellan patienter och vårdgivare i praktiken.*
- *Knyt forskningskompetens till den strategiska ledningen för att skapa och tillgängliggöra underlag för utövandet av "evidensbaserad ledning".*

Därför är rubriken på denna utvecklingsplan också ett förslag till nytt namn på KPP. Förslaget är att namnet breddas till ett begrepp: *KPP- kunskapsbaserad ledning av vården*

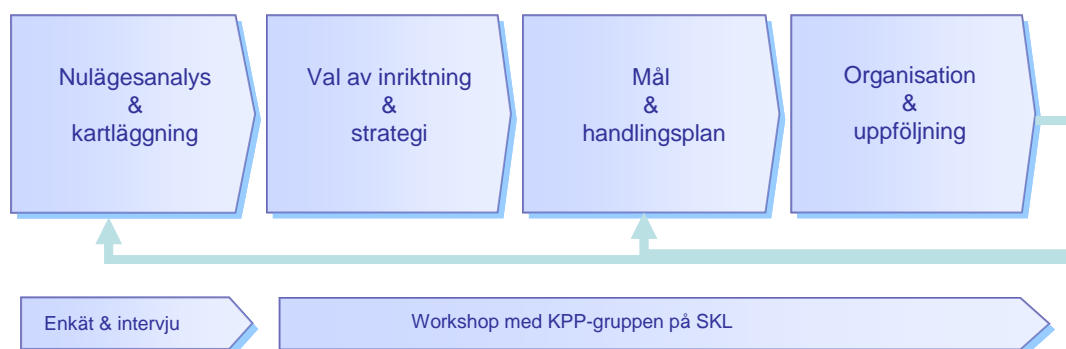
2. Bakgrund

Bakgrund till utvecklingsplanen

Inom ramen för SKL:s arbete med KPP har beslut tagits om att ta fram en mer långsiktig utvecklingsplan för fortsatt införande av KPP i samtliga landsting/regioner och för samtliga vårdgrenar. Utvecklingsplanen ska dels bygga på SKL:s nuvarande och framtida uppdrag samt landstingens/regionernas ambitioner och förutsättningar. Utöver detta skall det nationella perspektivet beaktas. Planen skall innehålla en kartläggning av nuläge, nytta och användningsområden samt de olika intressenternas syn på KPP-utvecklingen. Utöver kartläggningen ska planen bl.a. innehålla förslag på aktiviteter, kostnader och finansiering för dessa samt förslag på hur KPP-arbetet bör organiseras och vilka roller de inblandande intressenterna bör ha.

Kartläggningen och utvecklingsplanen för KPP-arbetet skall också utmytna i en rapport och förslag till Socialdepartementet för det fortsatta nationella arbetet med KPP.

Ardevo, ett konsultföretag med lång erfarenhet av verksamhets- och organisationsutveckling inom sjukvården och landstingen, fick uppdraget att ta fram ovanstående utvecklingsplan enligt arbetsgången nedan:



Arbetet inleddes med intervjuer av olika intressenter i KPP-arbetet på landstingen, Socialstyrelsen, Socialdepartementet, Myndigheten för vårdanalys, Svenskt Näringsliv, Capio, Ensolution mf. Parallellt med detta fick KPP-ansvariga i landstingen svara på en enkät kring KPP-arbetet med syfte att fastställa nuläge, erfarenheter och planer för KPP-arbetet lokalt.

Med intervjuer och enkät som grund arbetades sedan utvecklingsplanen fram tillsammans med deltagare från KPP-gruppen på SKL, från landstingen i Skåne, Stockholm, Västernorrland och Norrbotten samt Socialstyrelsen. Huvuddragen i den föreslagna planen har sedan presenterats för SKL's ledning, för Socialdepartementet samt KPP-nätverket och landstingen KPP-kontaktpersoner.

Perspektiv

Utvecklingsplanen är framtagen utifrån "KPP-projektets" perspektiv, dvs det som i planen benämns "externt" är sådant som KPP-gruppen på SKL och KPP-ansvariga ute i landstingen inte själva rör över utan måste förhålla sig till. Följaktligen rör den interna analysen sådant som ligger inom ramen för arbetet med införandet av KPP och som KPP-gruppen och KPP-ansvariga kan påverka, eller borde kunna påverka.

Bakgrund KPP

Sedan början av 1999 har SKL arbetat med att stödja sjukvårdshuvudmännen i arbetet med att införa KPP-redovisning i sjukvården. KPP står för Kostnad Per Patient och är en metod som gör det möjligt att för varje enskild vårdkontakt redovisa aktiviteter och beräkna sjukvårdens kostnader för den omvårdnad och de åtgärder som utförs. Arbetet startade som ett projekt som pågick under perioden 1999-2002 därefter har KPP blivit en del i förbundets ordinarie arbete.

Uppdraget har varit att verka för enhetliga principer för KPP, att vidareutveckla den gemensamma KPP-databasen samt att ta fram och redovisa exempel på analyser baserade på KPP-uppgifter. Samverkan med landsting och sjukhus för att initiera och driva pilotprojekt och nätverksarbete är viktiga inslag i arbetet. Syftet med den individrelaterade kostnadsredovisningen är att få fram uppgifter som ger en bättre grund för jämförelser och analys av vårdens och omsorgens kostnader och verksamhet än vad den traditionella kostnadsstatistiken gör. Därmed kan också underlaget förbättras för fördelning av resurser och för styrningen av deras processer.

KPP-arbetet har sedan början av 2000-talet vilat på en överenskommelse med Socialstyrelsen. Överenskommelsen stadgar att SKL ansvar för KPP-databasen och man bidrar med underlag för utvecklings- och den årliga uppdateringsprocessen av NordDRG. Överenskommelsen föreskriver även att parterna samverkar kring informationsinsatser. SKL erhåller årligen vissa medel via Socialstyrelsen (riktat bidrag från Socialdepartementet) för sina insatser inom ramen för överenskommelsen.

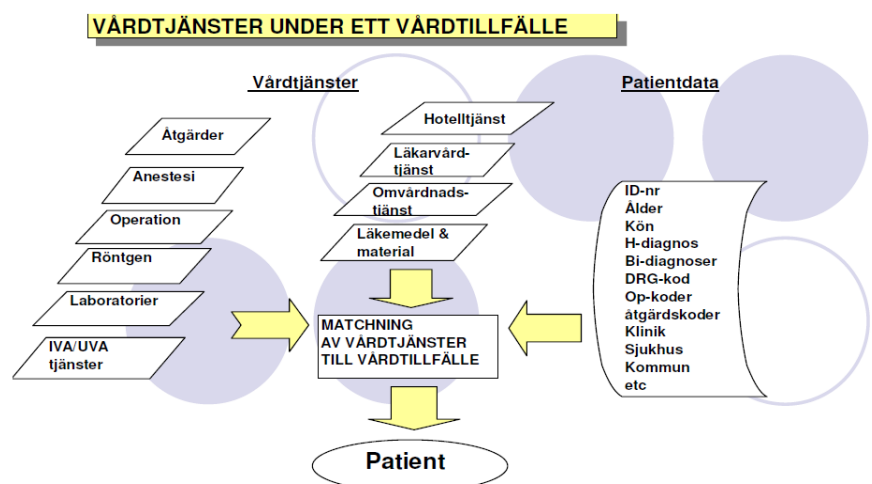
KPP-arbetet har under åren sedan 1999 prioriterats olika högt i landstingen och införandet därför inte gått lika snabbt fram i alla landsting. Några landsting har också hittills avstått från att påbörja införande av KPP, därför kan inte ännu heltäckande nationella jämförelser av kostnader och effektivitet göras.

Vad är KPP?

KPP står för kostnad per patient och är enkelt uttryckt i grunden ett sätt att identifiera/matcha alla de åtgärder som utförs vid ett vårdtillfälle/vårdkontakt för en patient med relevanta kostnader och diagnosgrupp (se bild 1). Detta ger en unik sammansatt insikt i vilken vård som har givits och vilka resurser som har nyttjats vid varje vårdkontakt.

När dessa vårdkontakter sedan läggs samman under en tidsperiod så beskriver de den vårdprocess som patienten har genomgått på ett sätt som ingen annan statistik eller data kan ge en lika heltäckande bild av. KPP ger därigenom en betydligt bättre grund för jämförelser och analyser av vårdens kostnader och processer än vad den traditionella kostnadsredovisningen gör.

Bild 1: Matchning av KPP-data vid en vårdkontakt.



Registreringen av alla indata sker vid varje vårdkontakt i olika administrativa system på sjukhus, öppenvårdsmottagningar, vårdcentraler mfl enheter. Dessa lagras på lite olika sätt men ofta i någon form av datalager. Vid matchningen genereras så patientunika KPP-data som dels används av den enhet/landsting där vården har bedrivits. Data levereras också till SKL som ansvarar för den nationella KPP-databasen.

Med SKL's KPP-databas kan de landsting/enheter som levererar KPP-data också jämföra sin egen verksamhet med andra som finns i databasen. SKL levererar också KPP-data till Socialstyrelsen som bland annat använder dessa för att uppdatera DRG-vikter och utveckla logiken i NordDRG. KPP-information förekommer också i Öppna jämförelser. I dag registreras närmare 70 procent av alla vårdkontakter inom den slutna somatiska vården i KPP-databasen och en utveckling av KPP inom den öppna vården och psykiatrin pågår.

Uppgifterna i databasen används för såväl strategiska ställningstaganden på övergripande nivå som för att utveckla vården på en mer verksamhetsnära nivå. Databasen öppnar möjligheterna för jämförelser och analyser på flera olika nivåer, vilket är ett villkor för att de ansvariga ska kunna fördela resurserna på bästa sätt mellan hälso- och sjukvårdens olika verksamheter.

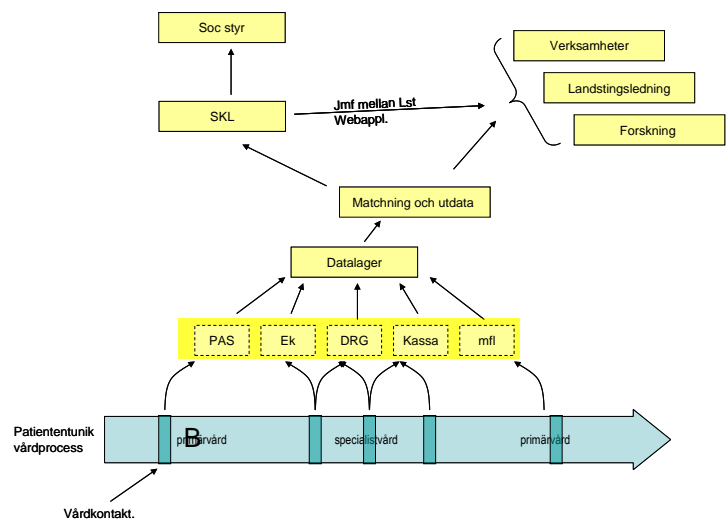


Bild 2: Hantering av KPP-data

Ett bra ledarskap kräver en väl fungerande verksamhetsuppföljning som inkluderar kostnader, processer och kvalitet — och det är precis det som är KPP-databasens syfte. KPP bygger också på att kostnaden för de olika vårdinsatserna som utförs i sjukvården är beräknade på ett standardiserat sätt.

Med hjälp av dessa KPP-data så kan man snabbt få svar på exempelvis:

- Vad som görs i vården
- Vad det kostar
- Vilka patientgrupper som får vård
- Hur resurserna fördelas
- Ekonomiska konsekvenser när en vårdprocess förändras med nya behandlingsmetoder
- Vilka behandlingsmetoder som är mest kostnadseffektiva
- Om sjukvården betalar rätt pris/tar rätt betalt för utomlänsvård

3. Nulägesanalys

3.1 Extern analys (av externa faktorer kring KPP-projektet)

3.1.1 Intressentanalys

Det finns många intressenter till framtagandet, användningen och analysen av KPP-data. Flertalet av dessa finns i kartläggningen nedan. Förutom landstingen med sina olika verksamheter och privata vårdgivare är det förstås SKL's olika verksamheter, socialstyrelsen, Socialdepartementet, den nyinrättade Myndigheten för vårdanalys samt en mängd andra aktörer.

Eftersom KPP är den enda möjligheten att kontinuerligt jämföra och beskriva vården som bedrivs med sina kostnader utifrån gemensamt fastställda kriterier så är det en viktig källa till olika jämförelser och analyser för många olika intressenter förutom verksamheterna själva.

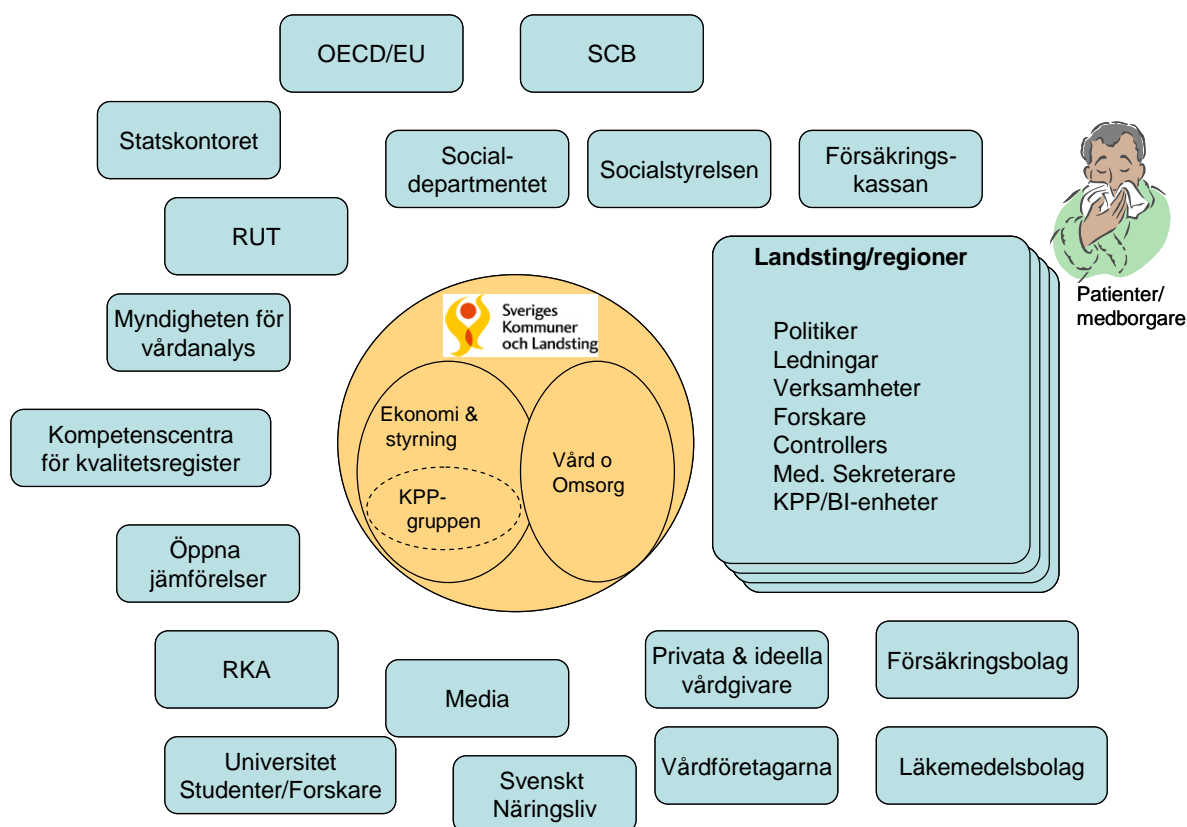


Fig 1: Kartläggning över KPP-intressenter

Krav och behov hos kunderna

Landstingen

Landstingen är de största vårdproducenterna i landet och är förstås de som både genererar mest KPP-data och de som har mest nytta av KPP-data för analyser av de egna verksamheterna. Som framgår i denna utvecklingsplan så är landstingen i olika faser av implementeringen av KPP. Därför skiftar deras behov beroende på hur långt de har kommit men nedanstående behov är förhållandevis generella.

För politiker/medborgarföreträdare är det av största vikt att de tillgängliga resurserna fördelas på bästa sätt. Detta kan KPP-analyser ge vägledning för.

Särskilda intressenter i landstingen är landstingsledning, verksamheter/verksamhetsledningar, forskare, controllers samt medarbetare på KPP/BI-enheter och läkare/läkarsekreterare

Huvudsakliga behov:

Ledningsarbete

- Öka förståelse av hur produktion och sjukvård hänger ihop
- Tillgång till bra verktyg för ledning och styrning
- Gå från känslobaserade till faktabaserade beslutsunderlag
- Uppföljning och analys ur många olika perspektiv
- Kunna beskriva den utförda sjukvården
- Säker ekonomistyrning
- Genomföra benchmarking
- Koppla medicinsk utveckling och prioriteringar
- Hantera ersättningar och uppföljning vid vårdval

Verksamheter

- Genomföra benchmarking
- Identifiera förbättringsområden
- Säker ekonomistyrning
- Kvalitetssäkring
- Förbättra processer
- Faktabaserad fakturering och prissättning
- Hantera uppföljning och analys ur många olika perspektiv
- Faktabaserad input till verksamhetsplanering och Lean-arbete
- Identifiera resurskrävande patientgrupper
- Lyfta fram kostnader och effektivitet för specifika behandlingar och diagnoser
- Data att använda i forskning
- Matchning mellan primärvård och kommunens verksamheter ex. för äldre multisjuka

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är också uppdragsgivare till KPP-arbetet vilket regleras i avtal. Förutom vad som regleras i detta så har Socialstyrelsen uttryckt följande önskemål och behov avseende KPP-arbetet:

- Få med fler landsting och vårdgrenar, inklusive primärvården
- Kvalitetssäkra inrapporteringen av data
- Underlag för Öppna jämförelser
- Få med rehab och läkemedel i KPP

- Enade termer och begrepp – koppla till DRG och Hälsodataregister
- Koppla ihop effektivitet och kvalitet med process
- Koppla ihop med kommunal omsorg
- Kritiskt system för underhåll av DRG
- Fundamentalt för beskrivning av patientens väg genom vården
- Mer mångfacetterad användning av KPP: Ledning, styrning, forskning mm

Socialdepartementet

Socialdepartementet önskar en snabbare implementering av KPP baserat på följande önskemål och behov:

- Vill få med alla landsting och vårdgrenar så snart som möjligt
- Måste klara att finansiera vården framgent trots stigande vårdbehov
- Fokusera mer på processer än funktioner
- Använda och stödja Öppna jämförelser
- Belysa även kommunnivån
- Bör lyfta KPP till en strategisk nivå
- Kunna belysa viktiga politiska frågeställningar som
 - o Äldresjukvården
 - o Psykiatri
 - o Väntetider
 - o Folkhälsa
 - o Läkemedelskostnader
 - o Mäta resultatet av olika satsningar

Privata vårdgivare (representerade av Svenskt näringsliv och Capio)

För de privata vårdgivarna, åtminstone de större, är det en självklarhet att kunna följa upp sin verksamhet med hjälp av ett processororienterat verktyg som KPP. Man ser mycket positivt på KPP som redskap för såväl uppföljning som ledning och styrning, exempelvis för jämförelser av produktivitet och för resursfördelning.

Man lyfter också fram att KPP används i Europa, framförallt i Tyskland med framgång och att KPP-användningen bör breddas till fler verksamheter och att de privata vårdgivarna bör vara med i detta.

Svenskt näringsliv uttrycker att KPP är viktigt för effektiviseringar som gör det möjligt att klara vårdens finansiering framgent och att det också gör det möjligt att göra vården mer jämlik.

Myndigheten för vårdanalys

Den nybildade myndigheten har som uppgift att analysera olika aspekter av vård och omsorg ur ett patient/brukar/medborgarperspektiv och för deras arbete är KPP-data i många avseenden helt grundläggande och avgörande för att överhuvudtaget kunna ta fram relevanta analyser .

Myndighetens önskemål, behov och synpunkter:

- KPP är en oerhört viktig beståndsdel och en viktig byggsten i arbetet med att beskriva och förstå vården
- KPP är det enda som i nuläget möjliggör en evidensbaserad kostnadsuppföljning nationellt
- Krävs för att kunna prognosticera framtida vårdbehovet
- Resurser motsvarande 10% av BNP kan inte följas upp utan KPP
- Namnet KPP upplevs som lite missvisande

3.2 Intern analys (av KPP-införandet som projekt)

3.2.1 Införandearbetet hittills

För att analysera exakt vad som har fungerat bra respektive mindre bra i det sätt som SKL och landstingen har genomfört införandeprojekt av KPP så har hela införandeprocessen granskats steg för steg.

Det finns förstås stora skillnader i hur de olika landstingen har arbetat, därför är analysen ett sammanställning av de olika erfarenheter som har kommit fram.

Syftet med analysen är att bygga vidare på de styrkor som har identifierats och att bli bättre på de förbättringsområden som vi har sett.

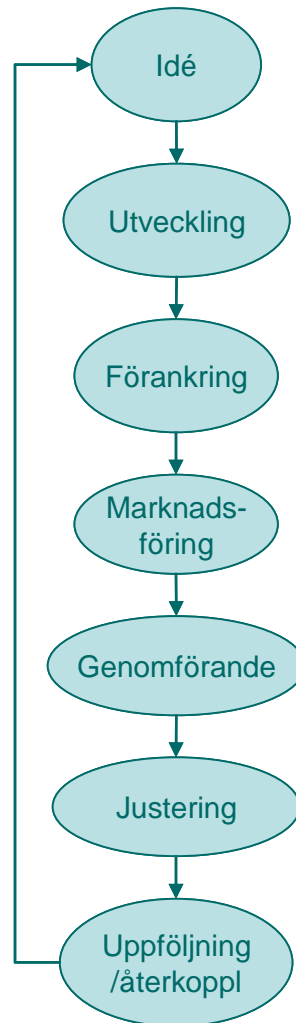
Huvudsakliga styrkor för KPP-projektet:

- Nationella ambitioner för KPP är höga och skyndar på införande
- Fastlagda Nationella principer att utgå ifrån
- Det finns relevant kompetens att låna eller köpa in även för de som inte har startat ännu
- KPP är det enda verktyg som kan leverera snabba, relevanta och patientrelaterade kostnadsdata för att beskriva den vård som har utförts

Huvudsakliga förbättringsområden för KPP-projektet:

- Måste bli bättre på att engagera ledningarna
- Öka prioriteringen för KPP-arbete i organisationerna
- Öka efterfrågan för analyser från verksamheter och ledningar i landstingen
- SKL's resurser för KPP är för knappa
- Mer samverkan inom SKL på alla nivåer för att skapa intresse hos ledningar och verksamheter i landstingen

Införandeprocessen med sina principiella steg



3.2.2 SKL och rollen i KPP-arbetet

SKL har sedan mer än 10 år tillbaka arbetat med att utveckla, samordna och stödja landstingen i införandet av patientrelaterad redovisning (KPP). SKL ansvar idag för den nationella KPP-databasen vilken årligen uppdateras med aktuellt data. Arbetet bedrivs i nära samverkan med regionerna/landstingen och regleras av en överenskommelse med Socialstyrelsen.

Överenskommelsen stadgar att SKL ansvar för KPP-databasen och man bidrar med underlag för utvecklings- och den årliga uppdateringsprocessen av NordDRG. Överenskommelsen föreskriver även att parterna samverkar kring informationsinsatser. SKL erhåller årligen 1.730 tkr via Kammarkollegiet (riktat bidrag från Socialdepartementet) för sina insatser inom ramen för överenskommelsen (tidigare uppgick bidraget till 1.920 tkr men reducerades fr.o.m. 2010).

Organisation

KPP-arbetet bedrivs i ett antal nätverk/referens/arbetsgrupper och kan illustreras enligt bilden nedan. Förutom nätverksträffar, insamling & sammanställning av KPP-data görs analyser/benchmarking. Två årliga beskrivnings- och jämförelserapporter publiceras även utifrån det KPP-material som inkommit. Ett antal informationsträffar och årliga seminarium arrangeras även av SKL i samarbete med Socialstyrelsen.



Nätverket för primärvård har inte kommit igång ännu. En arbetsgrupp kring kalkylering av resurskrävande åtgärder inom den specialiserade öppenvården existerar även men är inte inritad i organisationsskissen. SKL medverkar även i några andra grupper som administreras av Socialstyrelsen (Nationella Policygruppen, NordDRG:s viktgrupp)

En brist i nuläget är att KPP-arbetet idag inte har någon naturlig ingång till nätverken för landstingsdirektörer samt hälso- och sjukvårdsdirektörer då dessa hanteras av Vård o Omsorg på SKL och inte på Ekonomi o Statistik dit KPP-arbetet hör organisatoriskt.

3.2.5 Resultat hittills

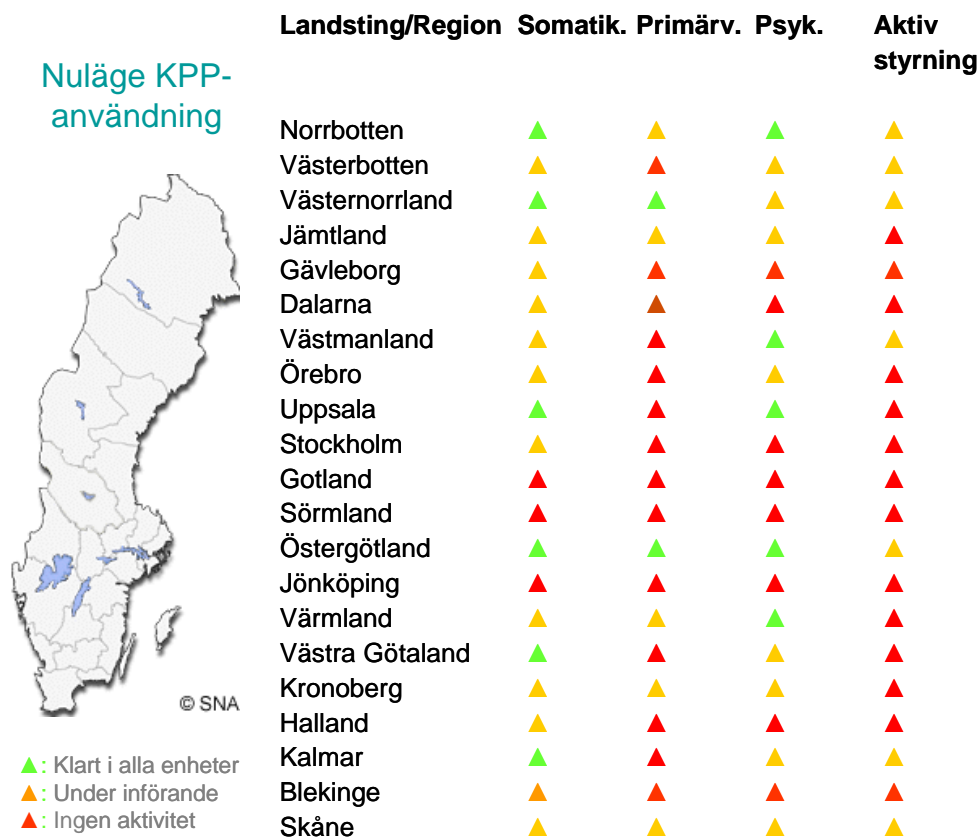
Införandegrad i landstingen

Resultatet av arbetet med att införa KPP i landstingen framgår av bild 3 nedan. Somatiken har kommit längst och här är det sex Landsting som är helt klara och levererar KPP-data från alla enheter. Från Stockholm kommer också mycket data men det är många enheter att hantera och alla är inte klara ännu. De flesta landsting är dock på gång och bara tre har inte påbörjat något KPP-arbete inom somatiken.

Inom primärvården och psykiatrin är det färre som är klara och särskilt inom primärvården är det få som har kommit igång alls. Primärvården är också svårare att komma igång med eftersom den är mer diversifierad än de övriga.

Vad gäller användning av KPP-data för aktiv styrning (för verksamhetsplanering, produktionsplanering, LEAN eller annat förbättringsarbete) så är det inte så många landsting som har kommit så långt ännu. De två landsting som har kommit längst här är Norrbotten och framförallt Östergötland där KPP spelar en viktig roll i styrningen och används i resultatrapportering, planering och analyser.

Uppskattningsvis så har det tagit c:a 10 år för landstingen att införa KPP i alla vårdgrenar och c:a 1-2 år att införa KPP i en vårdgren beroende på landstingets storlek. Vid starten av KPP-införandet 1999 var engagemanget stort i landstingen men har under åren minskat och i vissa fall nedprioriterats. I nuläget rapporterar dock landstingen att intresset har börjat tillta igen och man uppskattar att med lite ytterligare stimulans och information så kan arbetet ta fart.



Lokal organisation för KPP-arbete

En stor del av förklaringen till att landstingen har kommit olika långt i införandet av KPP är hur högt arbetet har prioriterats och hur mycket resurser som har allokerats för KPP-arbete. I Östergötland som har kommit längst har det tidigt funnits ett stort engagemang i landstingsledningen och man har också avsatt resurser för arbetet.

Östergötland hade i inledningen av arbetet 2,5 centrala tjänster för KPP-arbete, en siffra som ökades till 7 tjänster under perioden när KPP skulle införas på bredden i alla verksamheter. Sedan årsskiftet är de centrala tjänsterna åter 2,5 för att hantera underhåll, analyser mm. Övriga i den centrala KPP-enheten har flyttats ut i verksamheterna och fungerar där, förutom sina vanliga arbetsuppgifter, som KPP-ambassadörer och initierar analyser av olika slag.

Andra landsting har valt andra lösningar där KPP-arbetet ofta sköts av en person centralt på deltid och där controllers ute i verksamheterna framförallt arbetar med KPP i början av året då data sammanställs och kvalitetssäkras. I dessa landsting har införandet tagit längre tid.

Kvalitativa resultat

De resultat som har åstadkommit rent kvalitativt i KPP-arbetet ute i landstingen beskrivs på följande sätt:

- Finns klar insikt om att KPP är helt nödvändigt för DRG-viktning
- Gör det möjligt att beskriva den utförda vården på en mängd olika sätt som annars kräver utredningar
- Finns många bra case att lyfta fram där KPP har givit viktiga insikter (men dessa är inte sammanställda eller dokumenterade ännu)
- Ökad medvetenhet om att KPP är den enda möjligheten att kostnadsberäkna vården och svara på vad enskilda insatser/processer kostar
- Det finns nu en ökad medvetenhet om nyttan av KPP och en vilja att införa KPP på många håll

3.3 SWOT

Som sammanfattning av nulägesanalysen har arbetsgruppen prioriterat de viktigaste hoten och möjligheterna för ett snabbare införande av KPP ur den externa analysen samt de viktigaste styrkorna och svagheter/förbättringsområdena i som framkommit i den interna analysen enligt nedanstående.

3.3.1 Viktigaste möjligheter och hot

De viktigaste hoten mot en snabbare implementering av KPP i alla landsting och vårdgrenar som identifierats har hittills varit: bristande stöd från landstings- och verksamhetsledningar i många landsting, brist på resurser för utökad KPP-arbete ute i landstingen och på SKL samt konkurrens med andra angelägna projekt.

De viktigaste möjligheterna för att lyckas med en snabbare implementering är att KPP i allt högre grad efterfrågas ute i landstingen, att de nationella ambitionerna från olika håll ger draghjälp åt det lokala arbetet samt den konkreta funktionaliteten i KPP, förmågan att ge snabba svar på hur vården bedrivs. Ett bredare samarbete inom SKL, med landstingen och övriga intressenter är också viktiga möjligheter.

3.3.2 Viktigaste styrkor och svagheter/förbättringsområden

De viktigaste styrkorna är funktionaliteten i KPP som beskrivningsmodell för vården och som analysredskap men också de fastlagda nationella principerna och kopplingen till DRG och ACG. Andra styrkor är den kompetens som finns runt KPP och det nätverksarbete som bedrivs löpande. Det är också en styrka att det finns nationella ambitioner för jämförelser i vården och för KPP men SKL har inte hittills genomfört detta i någon större utsträckning.

På förbättringssidan är bemanningsfrågan och förmågan att engagera ledningarna på alla nivåer i landstingen och verksamheterna de viktigaste frågorna tillsammans med behovet att kvalitetssäkra KPP-data. Dessutom är det viktigt att involvera SKL's ledning mer i informationsarbetet, ha större uthållighet och öka samverkan internt inom SKL mellan Ekonomi och Statistik och Vård och Omsorg i första hand.

4. Utvecklingsidé

Verka för att KPP-data används på stor bredd nationellt genom att på ett verksamhetsnära sätt visa på verktygets möjligheter att bidra till kunskapsbaserad baserad ledning, styrning och uppföljning av vården

Denna utvecklingsidé består av flera nyckelord som innebär följande:

Stor bredd

I alla landsting/regioner i alla vårdgrenar samt privata vårdgivare

Verksamhetsnära

Den primära målgruppen för kommunikationen är landstingsledningar och verksamhetschefer eftersom det är där som KPP gör mest nytta när det aktivt används som redskap för ledning och styrning

Visa på verktygets möjligheter

Informera genom fakta som visar hur användbart KPP är och genom att visa på praktiska case, genom att visa på drivkrafter på nationell nivå, genom att aktivt jämföra vård i olika landsting samt genom att erbjuda stimulansmedel

Kunskapsbaserad ledning, styrning och uppföljning av vården

Visa på olika sätt att KPP-data behövs för att ledningsarbetet i vården skall kunna gå från känslobaserade till kunskapsbaserade beslutsunderlag. Vi skall också visa att modern ledning innebär att ha kontroll på kostnader och ha underlag för produktions- och effektivitetsutveckling.

Visa att KPP behövs för att kunna svara på:

- Vad som görs i vården
- Vad det kostar
- Vilka patientgrupper som får vård
- Hur resurserna fördelas
- Om man gör rätt saker i vården
- Om man betalar rätt pris/tar rätt betalt för utomlänsvård

5. Mål

5.1 Mål på lång sikt (2017)

Utifrån den överenskommelse som finns kring KPP-arbetet samt ambitionsnivån som uttryckts från intressenterna till KPP-arbetet och en bedömning från KPP-ansvariga i landstingen om vilken ambitionsnivå som är realistisk har följande mål formulerats: (Möjligheten att uppfylla tidplanen förutsätter dock finansiering enligt förslaget)

	Mål	Klart
•	Alla landsting och många privata vårdgivare har infört KPP i alla vårdgrenar	2017
	○ Somatiken	2014
	○ Psykiatrin	2015
	○ Primärvården	2017
•	Resurser är säkrade för att klara stödet till landstingens implementering och den fortsatta förvaltningen enligt planen	

5.2 Mål på kort sikt (2013)

För att klara de långsiktiga målen och lyckas med att genomföra ett införande av KPP i alla landsting till 2017 så har följande mål på kort sikt identifierats: (Möjligheten att uppfylla tidplanen förutsätter dock finansiering enligt förslaget)

Nr	Mål	Klart
1	Alla landsting känner stöd från SKL och har beslutat införa KPP enligt tidplanen till 2017	31/12
2	Säkrat långsiktig samsyn inkl finansiering kring utvecklingsplanen med Soc.dep, SoS, Svenskt Näringsliv, Vårdföretagarna och SKL	1/9
3	En tillgänglig och funktionell databas för KPP är klar	1/6 2013
4	Initierat arbetssätt och samverkan för jämförelser och analyser av kostnader tillsammans med kvalitet i vården	31/5
5	Landstingen har förtroende för KPP-data	31/12
6	Tydliga principer för utlämnande och öppenhet kring KPP-data är fastlagda och accepterade av alla aktörer	31/12
7	Ekonomer och controllers på landstingen samt forskare är aktiva med att analysera och använda sina egna data och dessa efterfrågas av landstingsledningarna	1/4 2013
8	”Nationella principer” för KPP är uppdaterade och förtydligade	30/9 2013
9	Mer verksamhetsrelevanta kostnadsdata i ”Öppna jämförelser”	31/8

6. Handlingsprogram & Resurser

För att realisera målen fram till slutet av 2013 så har projektgruppen identifierat ett antal aktiviteter per mål. Dessa har också förankrats och kompletterats i dialog med de KPP-ansvariga i landstingen.

Aktivitetslista/handlingsplan

Stödjer mål	Aktivitet	Färdig	Kostnad	Ansvarig	Samverkan
1	<ul style="list-style-type: none"> - Ta fram en handbok/checklista för lokal implementering av KPP - Utarbeta kommunikationsplan och material inklusive case att använda för verksamhetschefer, ledningar och politiker. - Genomfört en informationsinsats på plats i alla landsting för olika målgrupper. (anpassad till de lokala behoven med lokala "case") - Stödja utarbetandet av implementeringsplaner i landstingen - Genomför utbildningar och workshops för "ny/omstartare" - Fördela stimulanspengar 				
2	<ul style="list-style-type: none"> - Möten med VO för att etablera gemensamt arbetssätt - Förankra och komplettera utvecklingsplanen i dialog med intressenterna - Genomför seminarier kring samverkansformer runt KPP-data - Skapa nya mötesforum 				
3	<ul style="list-style-type: none"> - Strukturera databas för psykiatri - Utveckla webgränssnitt för somatiken - Ta fram projektplan för ny webportal - Skapa ny databas för Primärvård 				
4	<ul style="list-style-type: none"> - Ta fram modell för hur jämförelser kan göras - Koppla Sos indikatorbibliotek och kvalitetsregister med KPP - Ha dialog inom NPK - Kartlägg kvalitetsbrister i KPP - Initiera projekt i Lst+SoS+VO 				Komp- centra psykiatri Lst,SoS,V O
5	<ul style="list-style-type: none"> - Dokumentera kvalitetssäkringsprocessen - Validera genom samarbete med landstingen och andra aktörer 				
6	<ul style="list-style-type: none"> - Klargör nuvarande regler för åtkomst av KPP-data - Se över nuvarande "biträdesavtal" - Diskutera frågan i nätverken - Arbeta fram nytt förslag - Förankra och genomför 				

**Kompletteras
efter
finansieringsbeslut**

7	<ul style="list-style-type: none"> - Marknadsföring till ekonomidirektörer mfl: - Gör KPP till aktiv del i uppföljningen - Del i budgetarbete/ planeringsarbete - Analys av processeffektivitet - Bredda gruppen som arbetar med analyser - Sälj in nyttan av analyser i verksamheten - Underlätta dataåtkomsten 				
8	<ul style="list-style-type: none"> - Dra ihop en arbetsgrupp från nätverken för genomgång - Ta fram projektplan - Utveckla strategi för hur hantera läkemedelskostnader 				SoS, Priv vårdgiv. mfl
9	<ul style="list-style-type: none"> - Ta fram förslag på jämförelser - Koppla till ersättnings/styrmodeller 				SoS Samvgrp

7. Personal & Organisation

KPP-arbetet har de senaste åren genomförts med en mycket slimmad organisation som knappt har mäktat med att förvalta uppdraget från Socialstyrelsen och haft stora svårigheter att räcka till för det informationsarbete som krävs för att få landstingsledningar och verksamhetsledningar att börja efterfråga KPP-data.

När nu många andra intressenter som Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Svenskt Näringsliv och Myndigheten för Vårdanalys efterfrågar en betydligt snabbare implementering av KPP-arbetet i alla landsting och vårdgrenar så kräver detta en tydligare och mer kraftfull organisation på SKL.

Roller och ansvar

SKL

KPP-gruppen är huvudansvariga för KPP-arbetet och utvecklingsplanens genomförande. De har därmed också huvudansvar för planering, koordination, genomförande och uppföljning av mål och aktiviteter i planen. En ny viktig roll är också att på ett pedagogiskt och engagerande sätt motivera landstingen och SKL's organisation att implementera och använda KPP fullt ut som ett viktigt redskap för ledning och styrning av sjukvården.

På landstingen/regionerna

Landstingens KPP-ansvariga och medlemmar i KPP-nätverken är ansvariga för att genomföra KPP-implementeringen enligt planen i alla vårdgrenar, att koordinera med SKL samt att delta i gemensamma aktiviteter, workshops och nätverksmöten. De är också ansvariga för att förvalta KPP-arbetet och databasen lokalt.

Bemanning

På SKL

Följande bemanning utöver de 2,4 tjänster som idag finns i KPP-gruppen bedöms krävas för att kunna genomföra planen och förvalta KPP:

1st projektledare med ansvar för planen och koordination/kommunikation med intressenterna

1st Analytiker med erfarenhet inom Hälso o Sjukvård

1st databasadministratör/programmerare

1 st projektadministratör

På Landstingen/regionerna

Ute i respektive landsting bedömer vi, baserat på landstingens tidigare erfarenheter, att det behövs en projektledare på heltid för att hålla i implementeringsarbetet lokalt. Utöver denna person är resursbehovet helt beroende på landstingens upplägg och fördelning av arbetsuppgifter inom befintliga resurser

8. Finansiering & budget

Utgångspunkten för denna utvecklingsplan har varit att identifiera och föreslå strategi och aktiviteter för att kunna implementera KPP snabbare än hittills. Detta innebär med automatik att resurserna för KPP-arbetet behöver öka i förhållande till dagens resurser.

De mål och aktiviteter som projektgruppen har identifierat bedöms som realistiska men också resurskrävande. De resurser som åtgår utöver dagens resurser för KPP-arbete framgår av kalkylen nedan. Huvuddelen är personal, dels på SKL men också en finansiering av 50% av en projektledartjänst på landstingen för att hålla i KPP-arbetet.

Övriga kostnader är aktiviteter enligt aktivitetsplanen samt IT/databasuppbyggnad och underhåll.

Huvuddelen av finansieringen används de tre första åren för att sedan trappas av år 4 och 5. Från år 6 (2018) behövs bara finansiering för förvaltning och underhåll samt visst kontinuerligt utbildnings- och nätverksarbete.

Finansieringsbehov utöver nuvarande budget

	Resursbehov	2013	2014	2015	2016	2017	2018- ff
SKL	Projektledare	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	
	Projektadministratör	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	
	Analytiker	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
	Databashanterare	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
	Aktiviteter	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0
	IT-system + utv/uhåll	1,0	1,0	1,0	0,5	0,5	0,5
	<i>Summa SKL</i>		6,4	6,4	6,4	4,9	4,9
LT	Projektledare	7,0	7,0	7,0			
	SUMMA TOT	13,4	13,4	13,4	4,9	4,9	3,2
	ACK Summa tot	13,4	26,8	40,2	45,1	50,0	

Budget

Fastställs senare

9. Riskanalys

Målen i planen är högt ställda och är givetvis helt beroende på i vilken mån resurser kan ställas till förfogande både inom SKL och lokalt ute på landstingen. Förutom resurs- & finansieringsfrågan har en del andra potentiella risker identifierats vilka påverkar hur framgångsrikt arbetet med utvecklingsplanen blir om de skulle inträffa:

Potentiella risker att uppmärksamma:

- Bristande stöd & prioritering från ledningen på alla nivåer i något/några landsting och/eller på SKL
- Primärvården kan inte enas om enhetliga KPP-principer och hur man definierar termer/begrepp samt registrerar vården
- Omorganisationer på landstingen och inom SKL
- Svårt för SKL att rekrytera projektpersonal med rätt kompetens
- Svårt för landstingen att rekrytera projektpersonal med rätt kompetens
- Insamling till en KPP-databas för primärvård mer komplicerat än förväntat

Konsekvenserna om någon av dessa händelser inträffar innebär att planens mål skjuts framåt i tiden. Hur långt framåt beror på hur man förebygger och hanterar respektive risk. En kontinuerlig uppdatering av riskanalysen med återrapportering till projektledning och andra ansvariga skulle kunna reducera risken för fördröjning av planen.