

# Slutrapport

## Projekt

**“Uppföljning av ledtider inom klinisk patologi – Etapp 4”**

## Förord

Detta är slutrapporten från projektet "Uppföljning av ledtider inom klinisk patologi – Etapp 4", SKL:s diarienummer 19/00043.

Projektet har drivits inom ramen för En ny, uppdaterad kömiljard 2019, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, 2019.

Stockholm 12 december 2019  
Harald Grönqvist, beställare/Lena Kierkegaard, styrgruppsordförande  
Avdelningen Vård och Omsorg  
Sveriges Kommuner och Landsting

Frågor om innehållet besvaras av  
Annika Brodin-Blomberg  
08-452 76 36

## Innehåll

<b>1</b>	<b>Projektdeltagare .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Basfakta .....</b>	<b>8</b>
	2.1 Projektet .....	8
	2.1.1 Uppdragsgivare och uppdragstagare .....	8
	2.1.2 Definitioner .....	9
<b>3</b>	<b>Dokument som beskriver projektets resultat .....</b>	<b>10</b>
	3.1 Slutrapport .....	10
	3.2 Bilagor – Projektresultat .....	10
	3.3 Bilagor - Förutsättningar för projektgenomförande .....	11
<b>4</b>	<b>Idé och mål .....</b>	<b>12</b>
	4.1 Bakgrund .....	12
	4.2 Effektmål .....	12
	4.3 Projektmål .....	12
	4.3.1 Projektmål .....	12
	4.4 Tidplan .....	13
	4.5 Projektorganisation .....	13
<b>5</b>	<b>Projektförlopp .....</b>	<b>14</b>
<b>6</b>	<b>Summering av projekten 2015 - 2018 .....</b>	<b>16</b>
	6.1 Projekt etapp 1 - 3, 2015 - 2018 .....	16
	6.1.1 Projekt 1, 2015-01-21 – 2016-02-18 .....	16
	6.1.2 Projekt 2, 2016-09-01 – 2017-12-14 .....	17
	6.1.3 Projekt 3, 2017-12-01 – 2018-12-11 .....	18
	6.1.3.1 Implementering av uppföljningsmodellen .....	18
	6.1.3.2 Stöd för återföring av resultat till verksamheten .....	19
<b>7</b>	<b>Resultat projekt, Etapp 4 .....</b>	<b>20</b>
	7.1 Målområde "Möjliggöra återföring av resultat som underlag för analys .....	20
	7.1.1 Syfte med målområdet .....	20
	7.1.2 Projektmål kopplade till målområdet .....	20
	7.1.3 Resultat/"leveranser" kopplade till målområdet .....	20
	7.1.4 Måluppfyllelse .....	20
	7.1.4.1 "Vidareutveckla funktionalitet för regionernas interna återföring som möjliggör för verksamheten att ta del av sina resultat som underlag för analys" .....	21
	7.1.4.2 av rapporterad data" .....	22
	7.1.5 Rekommendation .....	22
	7.2 Målområde " Beskriva hur resultat kan utgöra underlag för planering och utveckling av verksamheten" .....	22
	7.2.1 Syfte med målområdet .....	22

7.2.2	Projektmål kopplade till målområdet.....	22
7.2.3	Resultat/"leveranser" kopplade till målområdet.....	23
7.2.4	Måluppfyllelse .....	23
7.2.4.1	" Identifiera och presentera på vilket sätt resultatet kan öka förståelsen och kunskapen om verksamheten" .....	23
7.2.4.2	" Stödja regioner i att använda sina publicerade data som underlag för analys och verksamhetsutveckling" .....	24
7.2.5	Rekommendation .....	24
7.3	Målområde "Kommunicera/Förankra" .....	24
7.3.1	Syfte med målområdet .....	24
7.3.2	Projektmål kopplade till målområdet.....	24
7.3.3	Resultat/"leveranser" kopplade till målområdet.....	24
7.3.4	Måluppfyllelse .....	25
7.3.4.1	"Ta fram informationsmaterial" .....	25
7.3.5	Rekommendation .....	25
7.4	Målområde "Ge fortsatt stöd till regionerna vid implementering av uppföljningsmodellen" .....	26
7.4.1	Syfte med målområdet .....	26
7.4.2	Projektmål kopplade till målområdet.....	26
7.4.3	Resultat/"leveranser" kopplade till målområdet.....	26
7.4.4	Måluppfyllelse .....	27
7.4.4.1	"Bistå regionerna i det lokala förankringsarbetet" .....	27
7.4.4.2	"Bistå regionerna med framtagna mallar och underlag för implementering" ..	28
7.4.4.3	Uppföljningsmodellen 2019.....	29
7.4.5	Rekommendation .....	29
<b>8</b>	<b>Erfarenheter .....</b>	<b>30</b>
8.1	Fördelning av synpunkter bedömda som + .....	31
8.2	Fördelning av synpunkter bedömda som -, utrymme för förbättring .....	32
8.3	I = Intressant, vad kan vara intressant att ta med in i arbetet inför nästa projektgenomförande.....	33
<b>9</b>	<b>Förslag till fortsatt arbete.....</b>	<b>34</b>
9.1	Återföring av resultat till verksamheten .....	34
9.2	Stöd till regionerna för att slutföra implementering av uppföljningsmodellen .....	34
9.3	Informationsspridning/Kommunikation/Förankring .....	34
<b>10</b>	<b>Referenser.....</b>	<b>35</b>

Utgåvehistorik för dokumentet

Utgåva	Datum	Kommentar
P1.0-1	2019-12-02	Version för synpunkter från styrgrupp
1.0	2019-12-12	<p>Version beslutad på styrgruppsmöte med följande justeringar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kapitel 1 Projektdeltagare <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ingela Pirtillä, Region Västernorrland, tillagd i projektledningen</li> </ul> </li> <li>• Kapitel 3.2 Bilagor – Projektresultat <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Justerat numreringen i bilageförteckningen då tidigare bilaga 3 " Översiktlig beskrivning av Patologiapplikationens innehåll i word alternativt powerpoint" utgår</li> </ul> </li> <li>• Kapitel 6 Summering av projekten 2015 – 2018 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inledande stycket förtydligat</li> </ul> </li> <li>• Kapitel 6.3.1, Implementering av uppföljningsmodellen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ny bild inlagd</li> </ul> </li> <li>• Kapitel 7.1.4.1 Vidareutveckla funktionalitet för regionernas interna återföring som möjliggör för verksamheten att ta del av sina resultat som underlag för analys <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Stycket "som underlag för jämförelse har domänen "Organspecifika processer" med nedanstående "processer" skapat <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hudexcision eller ytligt skrapmaterial från hud, seborroisk keratos</li> </ul> </li> <li>○ Stycket " Översiktlig beskrivning av Patologiapplikationens innehåll i word alternativt powerpoint är under utarbetande" har ändrats till <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Översiktlig beskrivning av Patologiapplikationens innehåll i word alternativt powerpoint har inte tagits fram inom ramen för projektet. Diskussion pågår att ta fram material synkroniserat och i enhetlig struktur för samtliga QlikView-applikationer inom tillgänglighetsområdet. Detta kommer att hanteras inom förvaltningsorganisationen</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Kapitel 7.1.5 Rekommendation <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Andra stycket förtydligat <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frågan kvarstår att hantera av förvaltningsorganisationen, då den inte har bearbetats vidare under projektet</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Kapitel 7.3.4.1, stycket Equalis <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Följande stycke borttaget <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ I de regioner där uppföljningsmodellen är implementerad levereras data för uppföljning av resultat på 2 parallella sätt; dels till Equalis, dels till väntetidsdatabasen SiGN-e</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

## 1 Projektdeltagare

Beställare	Harald Grönqvist, Sveriges Kommuner och Regioner	
Styrgrupp	Lena Kierkegaard, Sveriges Kommuner och Regioner, styrgruppsordförande	
	Fredrik Enlund, Kalmar Läns Landsting	
	Gunilla Gunnarsson, Sveriges Kommuner och Regioner	
	Johan Lindholm, RCC Stockholm/Gotland	
	Lena Lundgren, Region Östergötland, representant för HSD-nätverket	
	Harald Grönqvist, Sveriges Kommuner och Regioner	
Projektledning	Martin Midböe, Sveriges Kommuner och Regioner, projektledare till 2019-08-01	
	Johan Assarsson, Sveriges Kommuner och Regioner	
	Yvonne Alfes, Sveriges Kommuner och Regioner, projektadministratör, metodstöd, projektledare från 2019-09-01	
	Ingela Pirttilä, Region Västernorrland, från hösten 2019	
Nationell Projektgrupp/ Lokala projektledare	Jessica Isaksson/Svenson, från 2019-03	Region Blekinge
	Britta Wallén, till 2019-09	Region Dalarna
	Petra Hedberg, från 2019-04	Region Dalarna
	Leo Musikka, från 2019-11	Region Dalarna
	Magnus Höök	Region Gotland
	Carina Werner	Region Halland
	Kerstin Silfver, från 2019-09	Region Jämtland/Härjedalen
	Anders Lundgren/Irene Silverlo	Region Gävleborg
	Jenny Thuresson	Region Jönköping
	Jenny Björkemar, till 2019-06	Region Kalmar län
	Hanna Arvidsson, från 2019-06	Region Kalmar län
	Sanda Beglerbegovic	Region Kronoberg
	Jennie Karlsson, från 2019-03	Region Norrbotten
	Josefin Persson/ Per Arne Lundgren	Region Skåne
	Magnus Höök	Region Stockholm
	Annbritt Wall	Region Sörmland
Nina Anundsson/Helen Askebro, till 2019-04	Region Uppsala	
Diari Ghafouri, från 2019-04	Region Uppsala	

Yvonne Alfes  
2019-12-12

	Sandra Röjdén Thyberg	Region Värmland
	Maria Näslund/Gunilla Lodnert	Region Västerbotten
	Rolf Olsson	Region Västmanland
	Anders Bergqvist/Ingela Pirttilä	Region Västernorrland
	Christer Kindahl	Västra Götalandsregionen
	Eivor Niva/Åsa Bergström	Region Örebro
	Stefan Ekberg, till 2019-04	Region Östergötland
	Andreas Käll, från 2019-04	Region Östergötland

## 2 Basfakta

### 2.1 Projektet

#### 2.1.1 Uppdragsgivare och uppdragstagare

Beställare:

Harald Grönqvist

Projektägare:

Lena Kierkegaard

Projektledare:

Yvonne Alfes



## 2.1.2 Definitioner

Ord/förkortning/akronym	Förklaring
Medicinskt måldatum	Tidpunkt i en vårdprocess då beslutade hälso- och sjukvårdsåtgärder bör inledas. Medicinskt måldatum kan även omfatta ett klockslag. Socialstyrelsen/beslutad 2005  <a href="http://termbank.socialstyrelsen.se/ViewTerm.aspx?TermID=4336">http://termbank.socialstyrelsen.se/ViewTerm.aspx?TermID=4336</a>
Specialiserad vård	hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård  <a href="http://termbank.socialstyrelsen.se/ViewTerm.aspx?TermID=219">http://termbank.socialstyrelsen.se/ViewTerm.aspx?TermID=219</a>
Standardiserat vårdförlopp	Ett förutbestämt och innehållsmässigt definierat utredningsförlopp som (för närvarande) startar då en läkare har en välgrundad misstanke om cancer och slutar då patienten startat sin behandling  <a href="http://cancercentrum.se/sv/Utvecklingsuppdrag/Varje-dag-raknas/Fragor-och-Svar/#A1">http://cancercentrum.se/sv/Utvecklingsuppdrag/Varje-dag-raknas/Fragor-och-Svar/#A1</a>
RCC i Samverkan	Regionala CancerCentrum i Samverkan
SiGN-e	Sjukvårdens Informationssystem för Genomförande av Nationell uppföljning – e-tjänst. Omfattar den nationella väntetidsdatabasen
BP	Projektet har använt Praktiskt ProjektStyrning (PPS) som styrmodell. PPS anvisar åtta typer av beslut som ett projekts styrgrupp ansvarar för. Dessa benämns beslutspunkter.
LIS	Laboratorieinformationssystem
Equalis	Equalis tillhandahåller program för extern kvalitetssäkring inom laboriemedicin, bild- och funktionsmedicin samt patientnära analyser.  Equalis AB ägs av Sveriges kommuner och landsting (52%), Institutet för biomedicinsk laboriievetenskap (24%) och Svenska läkaresällskapet (24%)

### 3 Dokument som beskriver projektets resultat

#### 3.1 Slutrapport

Syftet med slutrapporten är att, baserat på projektplanen, redovisa projektets måluppfyllelse; vad som har genomförts i projektet, hur det har genomförts samt om projektmålen har uppfyllts.

#### 3.2 Bilagor – Projektnytt

Bilaga	Dokumentnamn	Beskrivning	Utgåva, datum
1	Modell för uppföljning av ledtider inom patologi_3.0	Dokumentet beskriver modell för uppföljning av ledtider inom klinisk patologi samt anvisningar för rapportering till den nationella väntetidsdatabasen	4.0 2019-12-05
2	Mätvärdes- och dimensionsmatris	Xls- fil som beskriver Patologiapplikationens uppbyggnad och innehåll	
3	Patologi4_Uppföljning av ledtider inom klinisk patologi - Resultat användning av data_1.0	Rapport från genomförd enkätundersökning	1.0 2019-11-14/18
4	Patologi_4_Kommunikationsplan_1.0_2019-04-10	Kommunikationsplan	1.0 2019-04-10
5	Patologi4_Presentation nätverksträff_2019-05-10	Presentation genomförd på Nätverksträff 2019-05-10	2019-05-10
6	Presentation VSN 191127	Presentation genomförd på Nätverksträff 2019-11-27	1.0 2019-11-27
7	Uppföljning_Patologi_Presentation möte 2019-05-13	Presentation genomförd på Nationellt möte för verksamhetschefer i klinisk patologi	2019-05-13
8	Patologi4_Presentation_verksamhetschefer_2019-10-21	Presentation genomförd på Nationellt möte för verksamhetschefer i klinisk patologi	2019-10-21
9	Patologi4 -Sammanställning av inkomna synpunkter_1.0	Sammanställning av inkomna synpunkter från utvärdering enligt PMI	1.0
<b>Följande mallar togs fram 2018 och har använts även under 2019</b>			
10	Checklista_Införande av nationell uppföljningsmodell_4.0_2018-11-28	Syftet med dokumentet är att ge en vägledning av vilka aktiviteter/åtgärder som behöver genomföras vid implementering av en uppföljningsmodell i landsting/regioner vid leverans av uppgifter till SiGN-e.  Det kan användas lokalt för att beskriva uppdraget och gälla som genomförandeplan om det inte finns "lokala" rutiner/verktyg för beskrivning av	4.0 2018-11-28

Bilaga	Dokumentnamn	Beskrivning	Utgåva, datum
		<i>denna typ av uppdrag</i>	
11	<i>Våra steg på vägen Indextavla_Version 3.0_2018-11-15</i>	<i>Landsting och Regioners steg för implementering av den utökade uppföljningsmodellen</i>	<i>3.0 2018-11-15</i>
12	<i>Patologi3_Statusrapport_2.0_Mall</i>	<i>Syftet med statusmallen har varit att eftersträva att rapporteringen sker på ett enhetligt sätt Har utgjort underlag för rapport till styrgruppen</i>	<i>2.0 2018-11-15</i>

### 3.3 Bilagor - Förutsättningar för projektgenomförande

Bilaga	Dokumentnamn	Beskrivning	Utgåva, datum
1	En ny, uppdaterad kömiljard 2019, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019-06-24		SKL Dnr 19/00013
2	Patologi_Etapp4_Projektdirektiv_1.0	Projektdirektiv "Uppföljning av ledtider inom patologi, cytologi och hematopatologi – Etapp 3"	1.0 2019-01-09
3	Patologi_Etapp4_Projektplan_1.0	Projektplan Projekt "Uppföljning av ledtider inom klinisk patologi – Etapp 3"	1.0 2019-02-06

## 4 Idé och mål

### 4.1 Bakgrund

Patologi är en väsentlig del i processen för en högkvalitativ och effektiv sjukvård och en förutsättning för diagnos som underlag för beslut om rätt behandling. En enstaka analys kan vara den faktor som bidrar med information så att rätt behandling kan ges i rimlig tid för att patienten ska kunna botas eller besvär lindras. Det är därför nödvändigt att följa ledtider/väntetider ur såväl ett lednings-/planeringsperspektiv som ur det enskilda patientperspektivet.

Kunskap om ledtider ger möjlighet till jämförelser med andra och utgör underlag samt incitament för verksamhetsutveckling. Denna kunskap är även viktig information för produktions- och kapacitetsplanering och som information till patienter och andra verksamhetsområden.

Under 2015 – februari 2016 genomförde SKL projektet "Uppföljning av ledtider inom patologi". Projektets uppdrag var att ta fram en nationell modell för uppföljning av ledtider inom klinisk patologi. Kvalitetssäkring av uppföljningsmodellen genomfördes genom att modellen presenterades för olika intressenter vid ett antal möten.

För att bidra till lokal kvalitetssäkring och verifikation av framtagen uppföljningsmodell; att modellen även fungerar i praktiken, genomfördes under 2016 – 2017 en pilottest av uppföljningsmodellen, där fem landsting/regioner deltog; Region Jönköpings län, Landstinget i Kalmar län, Landstinget i Värmland, Landstinget Västernorrland och Region Örebro län.

Pilottesten visade att väntetidsdatabasen kan ta emot data enligt uppföljningsmodellen och modellen bedömdes därmed som klar för implementering inom landsting/regioner.

Under 2018 implementerades uppföljningsmodellen i flertalet regioner. Det innebar att det nu fanns underlag som möjliggör vidareutveckling av funktioner i analysverktyget för återföring av resultat till verksamheten samt möjlighet att analysera levererade data.

Sveriges kommuner och Landsting, SKL, Avdelningen för vård och omsorg, beslutade att starta ett nytt projekt 2019, etapp 4. Fokus för detta projekt har varit att utveckla funktioner i analysverktyget för återföring av resultat till verksamheten samt stöd till de regioner som ännu inte slutfört implementeringen av uppföljningsmodellen.

### 4.2 Effektmål

Det övergripande effektmålet är att samtliga regioner använder uppföljningsmodellen, i syfte att utveckla och förbättra tjänste- och servicekvalitet i vårdprocessen utifrån patientperspektivet.

### 4.3 Projekt mål

#### 4.3.1 Projekt mål

I uppdraget har ingått att säkerställa att uppföljningen kan bidra till förbättrad tjänste- och servicekvalitet till patienten.

Följande delmål har funnits:

- Möjliggöra återföring av resultat som underlag för analys och verksamhetsförbättring
- Identifiera och beskriva hur resultat kan möjliggöra underlag till verksamhetsförbättring
- Ta fram kommunikationsmaterial
- Ge fortsatt stöd till regionerna vid implementeringen

#### 4.4 Tidplan

Genomförande av projektet har pågått under tiden 2019-02-06 – 2019-12-12.

Under perioden 2018-12-13 – 2019-02-06 pågick arbete med att ta fram projektdirektiv samt projektplan.

#### 4.5 Projektorganisation

Lena Lundgren, Region Östergötland samt representant för Hälso-och sjukvårdsdirektörernas nätverk (HSD-nätverket), har ersatt Sven Tåpptorp, Västra Götalandsregionen, i styrgruppen. I övrigt har projektet haft samma bemanning i styrgruppen som under projekt 3.

Martin Midböe slutade på SKL efter sommaren. Yvonne Alfes övertog hans roll som projektledare. Under hösten knöts Ingela Pirttilä, Region Västernorrland, till projektledningen.

En del justeringar i den nationella projektgruppen har gjorts under projektets gång.

## 5 Projektförlopp

### 2018-12-13- 2019-01-08 – initiera projektet

Underlag till projektdirektiv togs fram som beslutades av beställaren 2019-01-01. Beställaren uppdrog åt projektledningen att ta fram förslag till projektplan inklusive modell för genomförande och bemanning av projektet.

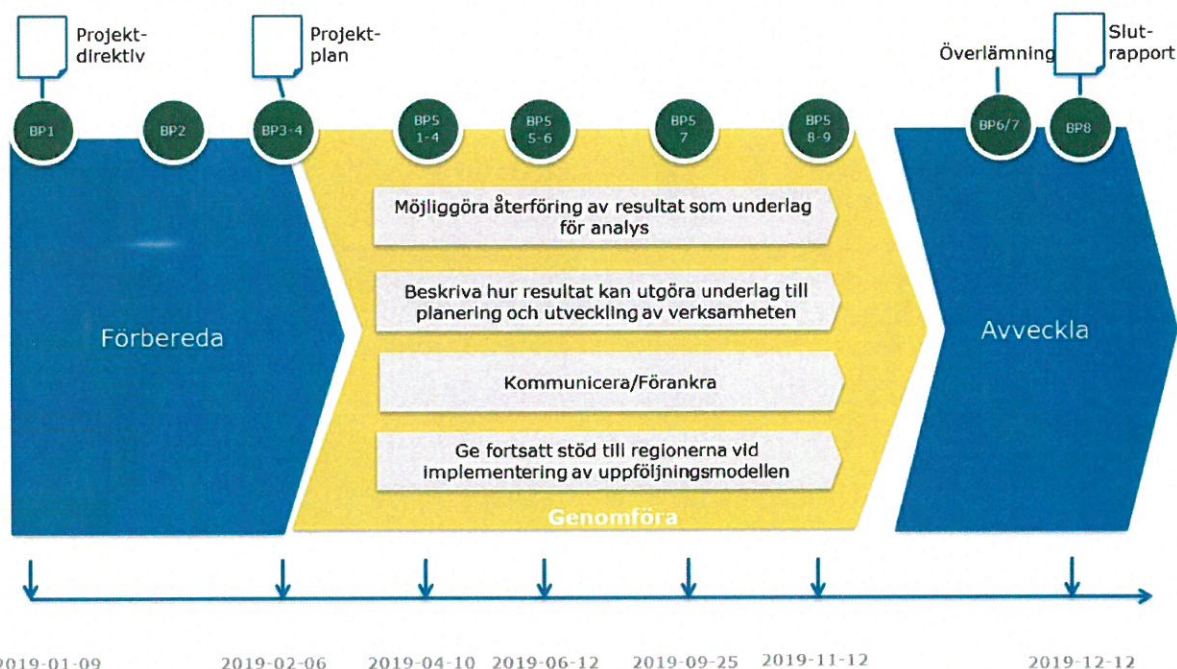
### 2019-01-09 – 2018-02-06

Under denna tid tog projektledning fram förslag till projektplan, styrgrupp inklusive modell för genomförande av projektet. Parallellt med detta togs projektorganisation fram.

På styrgruppsmöte 1, 2019-02-06 beslutade styrgruppen att godkänna projektplanen under förutsättning att överenskommelse sluts mellan staten och SKL under 2019 samt att starta genomförandet av projektet.

### 2019-02-07– 2019-12-12 - Genomföra projektet

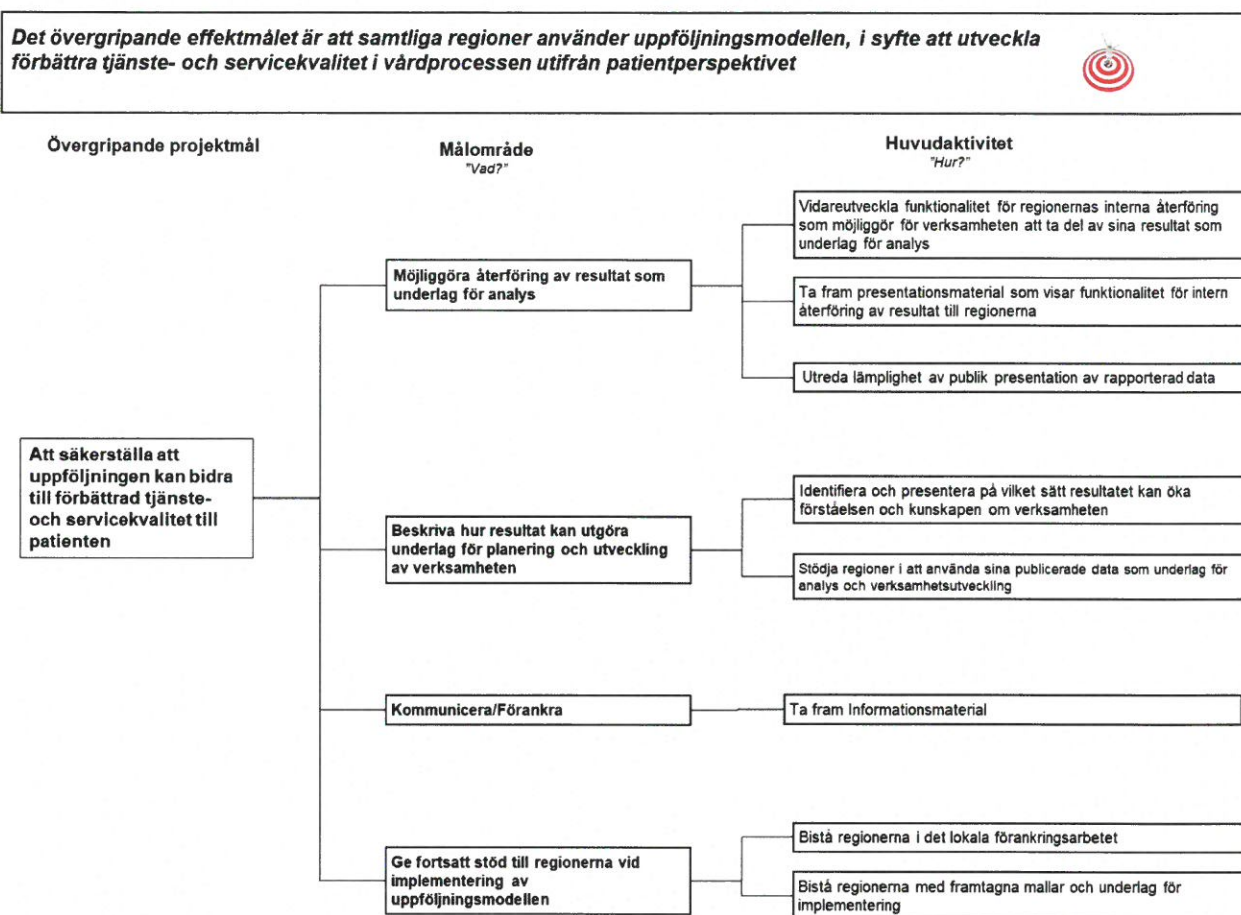
Nedanstående bild beskriver den genomförandemodell som har använts för att producera projektets resultat.



Genomförandet har delats in i följande målområden:

- Möjliggöra återföring av resultat som underlag för analys
- Beskriva hur resultat kan utgöra underlag till planering och utveckling av verksamheten
- Kommunicera/Förankra
- Ge fortsatt stöd till regionerna vid implementering av uppföljningsmodellen

Nedanstående bild beskriver de huvudaktiviteter som har avsetts att genomföras per målområde kopplade till uppsatta projektmål.



Under projektet har följande möten genomförts

- Fyra möten i den nationella projektgruppen/lokala projektledarna, varav ett fysiskt möte och tre avstämningsmöten per skype/telefon
- Sex ordinarie stygruppsmöten per skype/telefon
- Ett extra stygruppsmöte

#### 2019-11-20 – 2019-12-12 Avsluta projektet

Under denna period har arbete pågått med att sammanställa projektets resultat samt framställa slutrapport.

På stygruppsmöte 2019-12-12 kommer projektledningen föreslå att projektets stygrupp godkänner slutrapporten samt beslutar att stänga projektet. Arbete med att arkivera styrdokument kvarstår.

## 6 Summering av projekten 2015 - 2018

Under åren 2015 – 2018 har arbete med att ta fram, kvalitetssäkra och testa implementeringen av uppföljningsmodellen för klinisk patologi pågått. Till detta har arbete med att utveckla analysverktyg som möjliggör återföring av resultat som underlag för analys genomförts. Nedan följer en sammanfattning av vad som har genomförts under projekten 1 – 3, 2015 – 2018.



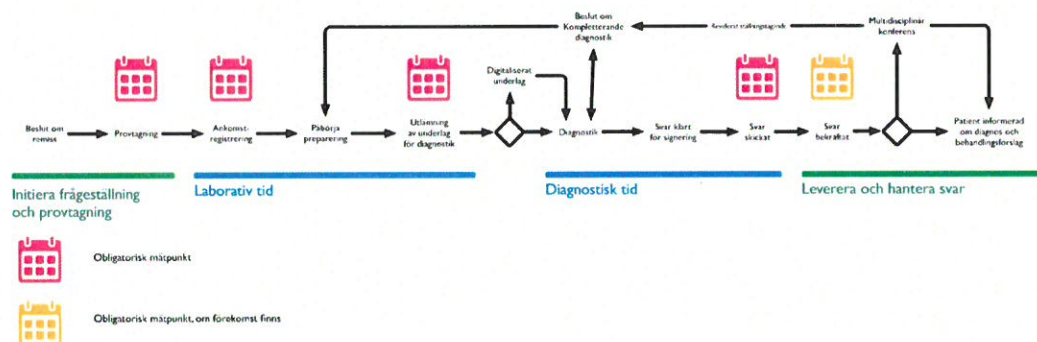
I december 2018 hade

- 3 regioner uppnått steg 9 enligt indextavlan, Överlämning till förvaltning är genomförd
  - Region Kalmar
  - Region Kronoberg
  - Region Västernorrland
- 4 regioner uppnått steg 7 enligt indextavlan, produktionsdata har levererats
  - Region Gävleborg
  - Region Jönköping
  - Region Uppsala
  - Region Östergötland

### 6.1 Projekt etapp 1 - 3, 2015 - 2018

#### 6.1.1 Projekt 1, 2015-01-21 – 2016-02-18

Projektgrupp bestående av 3 patologer från Stockholm, Värmland och Dalarna tog fram nedanstående uppföljningsmodell.



Modellen bestod av 5 obligatoriska mätpunkter

- Mätpunkt 1 – Provtagning
- Mätpunkt 2 – Ankomstregistrering
- Mätpunkt 3 – Utlämnning av underlag för diagnostik



- Mätpunkt 4 – Svar Skickat
- Mätpunkt 5 – Svar bekräftat

Förslag fanns på en sjätte obligatorisk mätpunkt – Patienten informerad om diagnos och behandlingsförslag. Data kring mätpunkten är svår att fånga, varför bedömningen blev att ha kvar den som frivillig mätpunkt.

Teoretisk kvalitetssäkring av framtagen modell genomfördes genom förankring i verksamheten

- RCC Stockholm/Gotland, 2015-11-09
- Möte Norra regionen, 2015-11-12. Till mötet var samtliga patologiavdelningar inom region Norr inbjudna
- Avstämning med samordnare för standardiserade vårdförlopp (SVF) 2016-01-15
- Diagnostiskt Centrum, länssjukhuset Kalmar, 2016-02-02
- Leverantörer av IT-stöd inom patologi, LIS-system, 2016-02-10
- Nätverket för tillgänglighet, kontinuerligt

Utkast till anvisningsdokument togs fram.

### 6.1.2 Projekt 2, 2016-09-01 – 2017-12-14

Väntetidsdatabasen SiGN-e utvecklades för att kunna ta emot data i enlighet med uppföljningsmodellen. Praktisk kvalitetssäkring av uppföljningsmodellen genomfördes i form av pilottest.

Nedanstående fem landsting/regioner deltog i pilottesten gällande uppföljning av ledtider inom klinisk patologi, baserat på den uppföljningsmodell som togs fram i projektets etapp 1

- Region Jönköpings län
- Landstinget i Kalmar län
- Landstinget i Värmland
- Landstinget Västernorrland
- Region Örebro län

Pilotlandstingen/regionerna representerar tre av sex RCC-regioner

- Norra
- Sydöstra
- Uppsala Örebro

Målsättningen var att samtliga pilotenheter, förutom Jönköping, skulle leverera data till testmiljön per automatik senast 2017-09-01.

Status 2017-11-30 var följande

- Jönköping, Kalmar och Örebro har kunnat leverera data med positivt resultat
- Värmland och Västernorrland har inte levererat data
- Jönköping har levererat 2 387 poster för oktober 2017.
- Örebro har levererat 15 002 poster för januari - augusti 2017.
- Kalmar har levererat 14 752 poster för januari – september 2017

Jönköping och Kalmar kunde leverera data för samtliga obligatoriska mätpunkter; både för beställande/remitterande enhet och utförande enhet. Örebro kunde leverera data för de mätpunkter som fångas inom utförande enhet.

Modellen omfattar information som fångas i IT-stöd för journalhantering, vårdadministration och LIS-system. Kalmar och Jönköping kunde leverera data för samtliga obligatoriska mätpunkter; både för beställande/remitterande enhet och utförande enhet.

Flera landsting/regioner har svårighet att leverera data både från beställande/remitterande och utförande enhet. Anledningen till det är att de lokala IT-stöden i många fall inte är integrerade. Det har varit en bidragande orsak till att samtliga pilotenheter inte har kunnat leverera data för samtliga obligatoriska mätpunkter.

Mätpunkten "Svar bekräftat" är en mätpunkt som inte alltid uppstår. Den ändrades därför till "obligatorisk om förekomst finns".

Mätpunkten "Provtagning" är en mätpunkt som alltid uppstår. Den är däremot svår att fånga. Bedömningen blev att den inte går att fånga så länge inte elektroniska remisser finns. Den bör dock fortfarande vara obligatorisk.

Efter pilottesten bedömdes den nationella modellen för uppföljning av ledtider inom patologi som kvalitetssäkrad.

#### *QlikView*

Utveckling av funktionalitet för återföring av resultat i analysverktyget QlikView påbörjades. Eftersom inte någon större mängd data hade levererats till SiGN-e baserades utvecklingen på några enkla skisser som hade arbetas fram tillsammans med den nationella projektgruppen.

### 6.1.3 Projekt 3, 2017-12-01 – 2018-12-11

Genomförandet av det övergripande projektet delades in i följande huvudområden

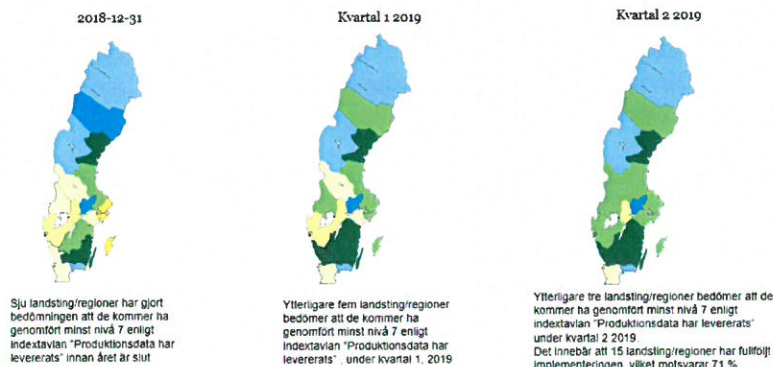
- Implementering av uppföljningsmodellen
- Stöd för återföring av resultat till verksamheten

#### 6.1.3.1 Implementering av uppföljningsmodellen

Som stöd för landstingen/regionerna i arbetet med att genomföra implementeringen av uppföljningsmodellen tog projektledningen fram följande mallar

- Checklista som vägledning av vilka aktiviteter/åtgärder som behöver genomföras vid implementering av uppföljningsmodellen i landsting/regioner, för leverans av uppgifter till SiGN-e
- Indextavla, bestående av 9 övergripande steg kopplade till aktiviteter i checklistan. Syftet med indextavlan har varit att utgöra underlag för att åstadkomma en så likartad statusrapportering som möjligt från landstingen/regionerna
- Som komplement till indextavlan togs även en mall för statusrapportering tagits fram

Nedanstående status av implementeringen redovisades i slutrapporten från projekt 3.



#### Status 2018-12-31

- 18 av 21 landsting/regioner hade påbörjat implementeringen (86 %)
- 7 landsting/regioner gjorde bedömningen att de kommer att ha genomfört nivå 7 enligt indextavlan "Produktionsdata har levererats" innan året är slut (33 %)
  - Tre av dessa gjorde bedömningen att de kommer att ha genomfört nivå 9 enligt indextavlan "Överlämning till förvaltning är genomförd" innan året är slut (14 %)
- Ytterligare 8 landsting/regioner gjorde bedömningen att de kommer att ha genomfört minst nivå 7 enligt indextavlan "Produktionsdata har levererats" första halvåret 2019
  - fem landsting/regioner kvartal 1 och 3 kvartal 2

Det skulle innebära att, om bedömningen var korrekt, 71 % av landstingen/regionerna skulle ha implementerat uppföljningsmodellen vid halvårsskiftet 2019.

Under projektets gång framkom det att flera landsting/regioner inte hade möjlighet att implementera den nationella modellen för uppföljning av ledtider inom klinisk patologi innan projektet stängdes. En anledning till det var att byte av LIS- respektive ROS-system pågick inom flera landsting/regioner.

En annan anledning var att vissa landsting/regioner hade svårighet att leverera data för samtliga mätpunkter (mätpunkter som "uppstår" hos beställaren; "Provtagning" och "Svar bekräftat") beroende på att "överföring" av information från remittentens IT-stöd till patologiavdelningens LIS-system inte sker per automatik i dagsläget.

Under projektet rapporterades kapacitetsbrist inom IT-avdelningarna lokalt samt resursbrist och personalomsättning som anledningar till att implementeringen har tagit längre tid.

#### 6.1.3.2 Stöd för återföring av resultat till verksamheten

Som underlag till vidareutvecklingen av QlikView genomfördes en gruppaktivitet tillsammans med den nationella projektgruppen/de lokala projektledarna för att samla in synpunkter på förändring och komplettering av redan tidigare utvecklade vyer.

Ett arbete startade i slutet av projektet med att se över och förtydliga nuvarande vyer vad gäller både presentationssätt och innehåll, bland annat baserat på projektgruppens önskemål.

## 7 Resultat projekt, Etapp 4

Projektets måluppfyllelse beskrivs för respektive huvudaktivitet inom varje målområde och rekommendation till fortsatt arbete beskrivs samlat för målområdet.

För varje målområde beskrivs även syfte, projektmål och "leveranser" kopplat till målområdet.

### 7.1 Målområde "Möjliggöra återföring av resultat som underlag för analys"

#### 7.1.1 Syfte med målområdet

Syftet med målområdet har varit att

- Beskriva och utveckla funktionalitet för återföring av levererade data
- Färdigställa material som underlag för informations-spridning samt utbildning
- Tillgängliggöra levererade data för allmänheten samt övriga intressenter

#### 7.1.2 Projektmål kopplade till målområdet

Följande delmål är kopplade till målområdet:

- Möjliggöra återföring av resultat som underlag för analys och verksamhetsförbättring

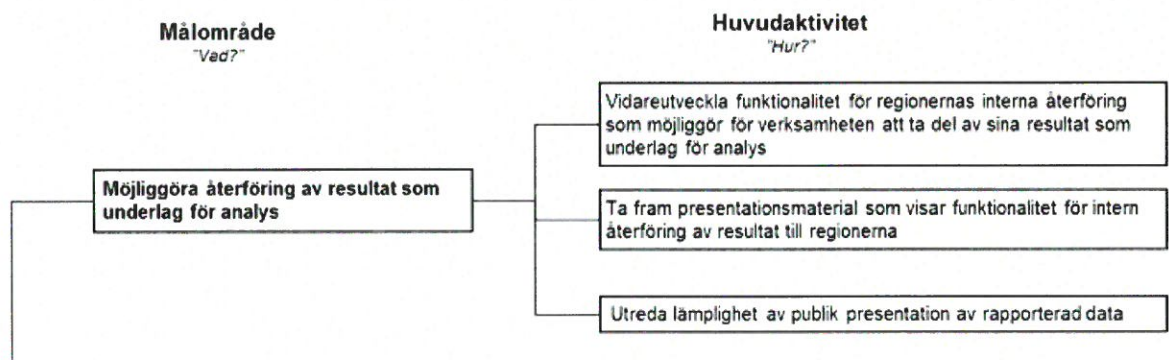
#### 7.1.3 Resultat/"leveranser" kopplade till målområdet

Nedanstående resultat/"leveranser" för målområdet finns definierade i projektplanen, kapitel 5.1 Leverans och godkännande.

1. Kravdokument som underlag för utveckling av funktionalitet i QlikView
2. Kravdokument som underlag för utveckling av funktionalitet i QlikView (Mätvärdes- och dimensionsmatris)
3. Färdigställd applikation QlikView samt testprotokoll
4. Informationsmaterial på valda medier för att sprida information om uppföljningsmodell och resultat
5. Underlag för ställningstagande till publik publicering

#### 7.1.4 Måluppfyllelse

Området omfattar följande huvudaktiviteter:



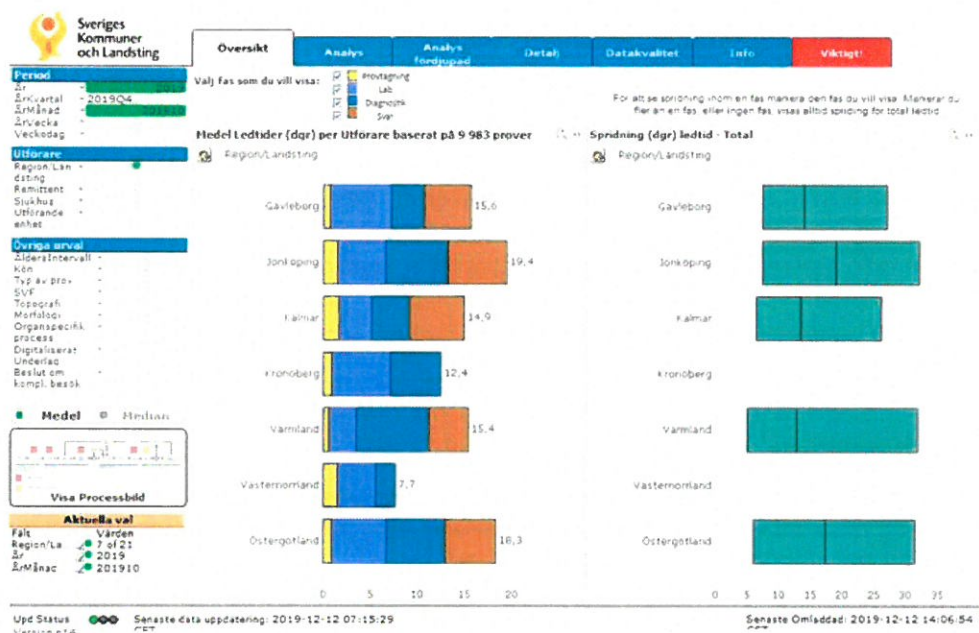
Yvonne Alfes  
2019-12-12

### 7.1.4.1 "Vidareutveckla funktionalitet för regionernas interna återföring som möjliggör för verksamheten att ta del av sina resultat som underlag för analys"

Under föregående projekt, ettapp 3, startade ett arbete med att se över och förtydliga tidigare framtagna vyer i QlikView, både vad gäller presentationssätt och innehåll. Underlag till detta arbete var, bland annat, resultatet från en gruppaktivitet som genomfördes tillsammans med den nationella projektgruppen/de lokala projektledarna.

Arbetet har fortsatt under detta projekt och resulterat i att en ny/omgjord version av funktionaliteten i QlikView har utvecklats. Den versionen tas i produktion i början av december 2019.

Bilden nedan visar den första vy som erhålls efter inloggning.



Följande presentationsvyer är möjliga

- Översikt
- Analys
- Analys fördjupad
- Datakvalitet
- Info
- Viktigt!

Det önskemålet som verksamheten har haft, att komplettera uppföljningsmodellen med morfologikoder, är omhändertaget. Databasen är förberedd för att ta emot data och QlikView är förberedd för att presentera data.

Som underlag för jämförelse har domänen "Organspecifika processer" med nedanstående "processer" skapats

- Hudexcision eller ytligt skrapmaterial från hud, seborroisk keratos
- Operationspreparat, Bröstcancer
- Operationspreparat, Prostatacancer

Anvisningsdokumentet har legat till grund för utvecklingen av specifika vyer för patologiapplikationen i QlikView, se bilaga 1, "Modell för uppföljning av ledtider inom patologi\_3.0".

För "standardfunktionalitet" i QlikView har resultat från bland annat primärvårdsprojektet legat till grund.

Patologiapplikationens uppbyggnad och innehåll beskrivs i QlikView under fliken "Info", baserat på dokumentet "Mätvärdes- och dimensionsmatris", se bilaga 2. Ta fram presentationsmaterial som visar funktionalitet för intern återföring av resultat till regionerna. Information om modell och status i projektet finns publicerade på [www.skl.se](http://www.skl.se).

Översiktlig beskrivning av Patologiapplikationens innehåll i word alternativt powerpoint har inte tagits fram inom ramen för projektet. Diskussion pågår att ta fram material synkroniserat och i enhetlig struktur för samtliga QlikView-applikationer inom tillgänglighetsområdet

Detta kommer att hanteras inom förvaltningsorganisationen.

#### 7.1.4.2 av rapporterad data"

Verksamhetens syn på lämpligheten att presentera resultat publikt går isär.

På styrgruppsmöte 2018-12-11 enades dåvarande styrgrupp om att välja ut några regioner för att öppet redovisa goda exempel, till exempel Kalmar och Västernorrland. Fredrik Enlund ställde sig positiv till presentation av resultat baserat på Kalmars data, men detta måste först förankras lokalt.

Frågan kvarstår att hanteras av förvaltningsorganisationen, då den inte har bearbetats vidare under projektet.

#### 7.1.5 Rekommendation

Den nya versionen av patologiapplikationen i QlikView tas i produktion i början av december 2019, vilket kan medföra att antal frågor kring applikationen kan vara hög initialt. Det innebär att beredskap behöver finnas för det i förvaltningsorganisationen.

Arbetet med att ta fram sk N-printing-rapporter även för patologiverksamheten bör påbörjas. Syftet med funktionen N-Printing är att återföra data till verksamheten på ett enklare sätt; utan inloggning till QlikView och utan att någon i verksamheten ska behöva lägga tid på att ta fram underlaget. Funktionen i QlikView skapar färdigdesignade pdf-rapporter med ett specifikt urval.

Utredning som beskriver om det är lämpligt att publicera resultat "publikt", för vem och vad, kvarstår att genomföra.

## 7.2 Målområde " Beskriva hur resultat kan utgöra underlag för planering och utveckling av verksamheten"

### 7.2.1 Syfte med målområdet

Syftet med målområdet har varit att

- Presentera goda exempel baserat på hur resultat är tänkt att användas

### 7.2.2 Projektmål kopplade till målområdet

Följande delmål är kopplade till målområdet:

- Identifiera och beskriva hur resultat kan möjliggöra underlag till verksamhetsförbättring

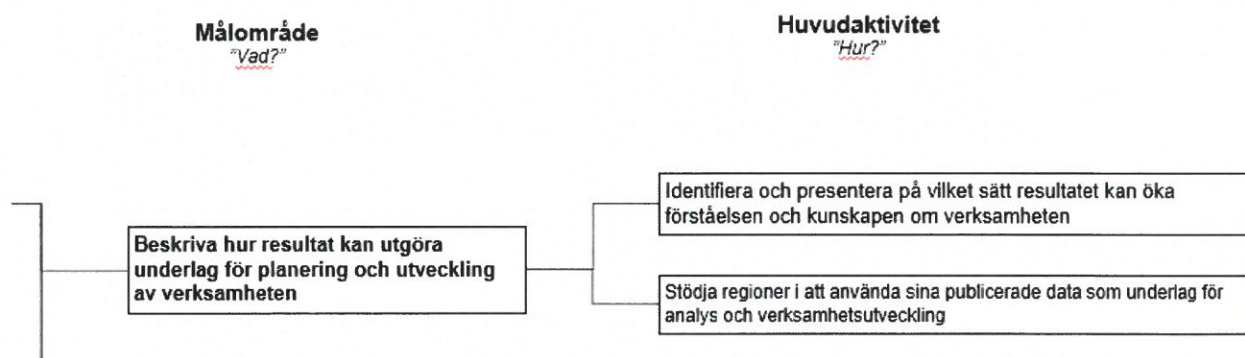
### 7.2.3 Resultat/”leveranser” kopplade till målområdet

Nedanstående resultat/”leveranser” för målområdet finns definierade i projektplanen, kapitel 5.1 Leverans och godkännande.

1. Webbenkät
2. Rapport som beskriver hur resultat kan utgöra underlag för planering och utveckling av verksamheten

### 7.2.4 Måluppfyllelse

Området omfattar följande huvudaktiviteter:



#### 7.2.4.1 ” Identifiera och presentera på vilket sätt resultatet kan öka förståelsen och kunskapen om verksamheten”

För att ta reda på hur resultaten används har en webbenkät genomförts. Syftet med undersökningen har varit att ta fram en nulägesanalys samt ett underlag för fortsatt stöd till regioner i att använda sina publicerade data.

Undersökningen har bestått av en enkätundersökning samt en kompletterande workshop med projektets nationella projektgrupp.

Enkätundersökningen genomfördes under augusti och september 2019 och skickades till samtliga landets 32 patologiavdelningar. När enkäten skickades ut hade totalt 9 regioner börjat leverera data.

Totalt skickades 87 enkäter. Mottagarna av enkäten hade följande befattningar:

- Verksamhetschef
- Plats-, enhets- och sektionschefer
- Personer med medicinskt
- Kvalitetssamordnare
- Regional kontaktperson för projektet

57 svar inkom, vilket ger en svarsfrekvens på 59%. Respondenter från 26 patologiavdelningar besvarade enkäten.

Sammanfattningsvis kan sägas att:

- medvetenheten om den nya uppföljningen kan förbättras - nästan en tredjedel av respondenterna uppger att de inte vet om deras verksamhet har levererat ledtidsdata till projektet eller inte
- En tredjedel av de personer som angett att deras verksamhet har levererat data hade ändå inte tagit del av resultaten
- Det vanligaste sättet att ta del av resultaten är genom egen behörighet i analysverktyget QlikView
- Användningen av resultaten kan ökas: Av de 15 respondenter som uppgav att deras verksamhet har levererat data och att de tar del av resultaten uppgav 6 respondenter att de även hade använt sig av resultaten
- De personer som har använt sig av resultaten har främst använt dem till intern redovisning av verksamhetens resultat
- Tidsbrist uppgavs av några som en anledning till varför man inte använt sig av resultaten

Resultatet från enkätundersökningen finns beskrivet i rapporten " Patologi4\_Uppföljning av ledtider inom klinisk patologi - Resultat användning av data\_1.0", bilaga 3.

#### **7.2.4.2 " Stödja regioner i att använda sina publicerade data som underlag för analys och verksamhetsutveckling"**

Se 7.2.5 Rekommendation.

#### **7.2.5 Rekommendation**

Undersökningen visar att de främsta områdena som SKR kan utveckla sitt stöd inom för att respondenterna ska kunna använda resultaten av uppföljningen i verksamheten, är att:

- Informera mer om uppföljningen för att fler ska ta del av och använda sig av resultaten
- Säkra att man på ett enkelt sätt kan ta del av tydliga resultat
- Bidra till att öka tilltron till resultaten
- Bidra till att öka användningen av resultat från uppföljningen genom att sprida goda exempel på hur man kan göra detta

Analysen ska ses som en baslinjemätning och bör göras vid fler tillfällen för att kunna följa upp utvecklingen.

### **7.3 Målområde "Kommunicera/Förankra"**

#### **7.3.1 Syfte med målområdet**

Syftet med målområdet har varit att

- Ta fram underlag för att kommunicera/förankra uppföljningsmodell samt resultat till olika intressenter

#### **7.3.2 Projekt mål kopplade till målområdet**

Följande delmål är kopplade till målområdet:

- Ta fram kommunikationsmaterial

#### **7.3.3 Resultat/"leveranser" kopplade till målområdet**

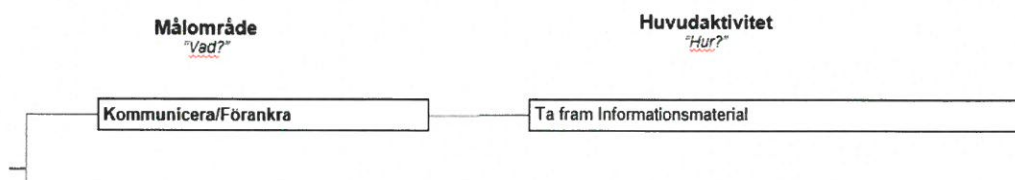
Nedanstående resultat/"leveranser" för målområdet finns definierade i projektplanen, kapitel 5.1 Leverans och godkännande.



1. Kommunikationsplan
2. Information om uppföljningsmodell och status för implementering på [vantetider.se](http://vantetider.se)

### 7.3.4 Måluppfyllelse

Området omfattar följande huvudaktivitet:



#### 7.3.4.1 "Ta fram informationsmaterial"

Som underlag för att presentera resultat på [www.vantetider.se](http://www.vantetider.se) har förslag förts fram om att ta fram "statiska bilder" från QlikView, baserat på resultat från Region Kalmar och Region Västernorrland. Denna aktivitet är inte genomförd inom ramen för projektet.

En kommunikationsplan har tagits fram och beslutats av styrgruppen, se bilaga 4.

Information samt status i projektet har presenterats på nätverksträff för tillgänglighetsnätverket

- 2019-05-10
- 2019-11-27

För information om presentationens innehåll, se bilagor 5 och 6.

Presentation av projektet har genomförts på "Nationellt möte för verksamhetschefer i klinisk patologi" vid 2 tillfällen under året

- 2019-05-13
- 2019-10-21

För information om presentationens innehåll, se bilagor 7 och 8.

#### **Equalis**

Equalis samlar in data för analys med manuella metoder, vilket kan ge upphov till felkällor. Återföring av data sker mer än ett år efter det att datat har levererats. Med anledning av detta har önskemål framförts om att utreda samarbete med Equalis.

Under projektet har kontakt tagits med representant för Equalis för att diskutera hur samverkan/samarbete med Equalis skulle kunna se ut.

Förslag till fortsatt arbete har inte diskuterats vidare inom ramen för projektet.

### 7.3.5 Rekommendation

För att tydliggöra information kring arbetet vad gäller fortsatt implementering av uppföljningsmodellen samt medvetandegöra arbetet med att återföra resultat till verksamheten föreslås att

- Presentation av implementeringsstatus samt förslag till åtgärder för att slutföra implementeringen, för de regioner som inte uppnått steg 9 enligt indextavlan, tas upp på HSD-nätverkets möte i januari 2020

- Fortsatt hantering av projektets resultat presenteras på nästa träff med Nätverk Tillgänglighet 2020-02-26. Till detta möte bör även de personer som har utsetts som nationella projektledare i projektet bjudas in
- Fortsatta presentationer baserat på uppföljningen samt dess resultat genomförs på "Nationellt möte för verksamhetschefer i klinisk patologi"
- Förnyad kontakt tas med representant för Equalis för att diskutera formerna för eventuell samverkan/samarbete

## 7.4 Målområde "Ge fortsatt stöd till regionerna vid implementering av uppföljningsmodellen"

### 7.4.1 Syfte med målområdet

Syftet med målområdet har varit att

- Underlätta implementeringen av uppföljningsmodellen

### 7.4.2 Projekt mål kopplade till målområdet

Följande delmål är kopplade till målområdet:

- Ge fortsatt stöd till regionerna vid implementeringen

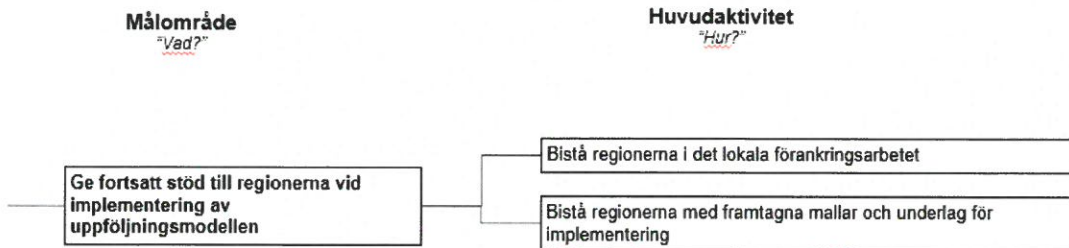
### 7.4.3 Resultat/"leveranser" kopplade till målområdet

Nedanstående resultat/"leveranser" för målområdet finns definierade i projektplanen, kapitel 5.1 Leverans och godkännande. Resultaten producerades under föregående projekt, etapp 3 och har även använts under projektet, etapp 4.

1. Checklista\_Införande av nationell uppföljningsmodell\_4.0\_2018-11-28
2. Våra steg på vägen Indextavla\_Version 3.0\_2018-11-15. Landsting och Regioners steg för implementering av den utökade uppföljningsmodellen
3. Patologi3\_Statusrapport\_2.0\_Mall
4. Modell för uppföljning av ledtider inom patologi\_P3.0-1. Dokumentet beskriver modell för uppföljning av ledtider inom klinisk patologi samt anvisningar för rapportering till den nationella väntetidsdatabasen

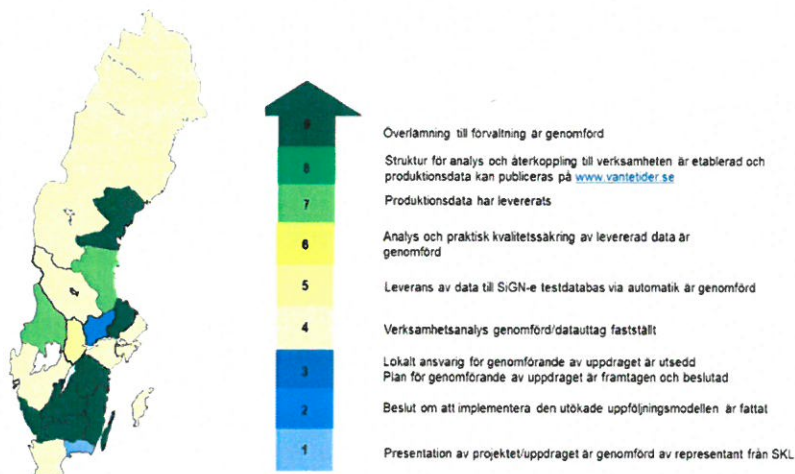
## 7.4.4 Måluppfyllelse

Området omfattar följande huvudaktiviteter:



### 7.4.4.1 "Bistå regionerna i det lokala förankringsarbetet"

Under året har justeringar gjorts av det implementeringsstatus som presenterades som slutresultat för projekt 3. Bilden nedan visar aktuellt status 2019-11-14.



7 regioner har uppnått nivå 9

- Halland
- Jönköping
- Kalmar
- Kronoberg
- Uppsala
- Västernorrland
- Östergötland

2 regioner har uppnått nivå 7

- Gävleborg
- Värmland

1 region befinner sig i nivå 5

- Örebro

9 regioner befinner sig i nivå 4

- Dalarna
- Gotland
- Norrbotten
- Stockholm
- Skåne
- Sörmland
- Västerbotten
- Jämtland/Härjedalen (filial till Västerbotten)
- Västra Götaland

2 regioner befinner sig i nivå 1-3

- Blekinge
- Västmanland

Följande regioner har meddelat att de preliminärt kommer att leverera data till väntetidsdatabasen innan årsskiftet

- Dalarna
- Jämtland/Härjedalen (filial till Västerbotten)
- VGR
- Västerbotten
- Örebro

Följande regioner inväntar installation av nytt LIS, varför datum för leverans av data inte kan ges

- Stockholm/Gotland
- Sörmland
- Västmanland
- Norrbotten

Projektledningen avvaktar svar från Region Skåne och Region Blekinge.

Den målbild, att samtliga regioner skulle ha implementerat uppföljningsmodellen innan 2019 års utgång kommer inte att uppnås. Preliminärt kommer ytterligare 5 regioner att leverera data innan årsskiftet. Det skulle innebära att 14 regioner har implementerat uppföljningsmodellen.

Av de 12 regioner som ännu inte levererat data, befinner sig 10 i genomförandefasen av olika anledningar.

En anledning till att några regioner inte kan slutföra implementeringen under 2019 är att de inväntar installation av nytt LIS.

En annan anledning kan vara att information om att uppföljning av ledtider inom patologi kommer att ingå som en del i den ordinarie uppföljningen inte förts fram till regionerna tillräckligt tydligt; att implementering av uppföljningsmodellen därmed inte är frivillig.

Planen är att projektet ska stängas 2019-12-12 och fortsatt hantering av projektets resultat samt "restlista" övergå i förvaltning tillsammans med övriga tillgänglighetsmätningar.

Styrgruppens bedömning är att det är en risk att överlämna resultaten till förvaltning. Resultaten från projektet är ännu inte redo att överlämnas till förvaltning. Bedömningen är att det finns grundläggande frågor som ännu inte utlösta.

Ovanstående medför att frågan har lyfts till HSD-nätverket.

#### **7.4.4.2 "Bistå regionerna med framtagna mallar och underlag för implementering"**

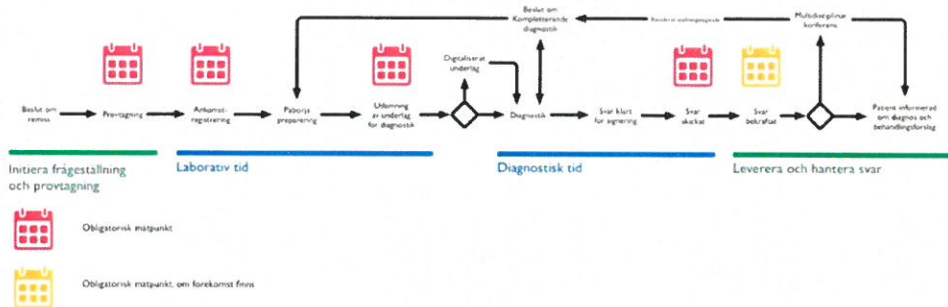
De mallar som togs fram under föregående projekt, etapp, har även använts under detta projekt som stöd för genomförandet av projektet, se bilagorna 10 - 12.

### 7.4.4.3 Uppföljningsmodellen 2019

Uppfattningen hos den projektgrupp som tog fram uppföljningsmodellen 2015 var att "det finns en styrka i modellen; den är robust och enkel". Genom modellen har ett gemensamt sätt att arbeta identifierats, vilket möjliggör att verksamheterna kan jämföra sig med varandra.

De mätpunkter som finns identifierade i modellen kommer att tydliggöra inte enbart ledtider inom respektive patologiavdelning utan även ledtider/"tomgångar" hos beställaren.

Projektgruppen fokuserade på de mätpunkter som är värdeskapande för patologiverksamheten



Mätpunkterna i modellen har inte ändrats över tid. Däremot har mätpunkt 5 – Svar bekräftat ändrats från att ha varit obligatorisk till obligatorisk "om förekomst finns". Anledningen till det är att det inte alltid noteras när ett svar bekräftas.

Under november har diskussion förts kring vilket svar som ska gälla för mätpunkt 4 – Svar skickat. Diskussionen har landat i att det är det först skickade svaret som vi idag ska mäta enligt följande förtydligande:

*"Idag definierar vi i projektet mätpunkten "svar skickat" som "den tidpunkt som det första diagnostiska svaret skickas från patologavdelningen till remitterande kliniker. Detta oberoende om första svaret är preliminärsvaret eller slutligt svar. Det är tidpunkten för det först registrerade svaret i LIS som gäller som mätpunkt".*

*Statistiken blir då med "första" svar mer rättvisande då kliniker ska jämföras med varandra.*

*I kommande utveckling av modellen i framtida förvaltning: "bör man sträva efter att ta fram en modell för att definiera det först avgivna slutsvar som är komplett för att ligga till grund för val av vård och behandling. Detta är speciellt viktigt för att kunna följa upp SVF-förloppen men är också av värde för övrig patologidiagnostik. Idag är vi inte beredda att definiera denna punkt på ett tillförlitligt sätt".*

### 7.4.5 Rekommendation

Fortsatt stöd till de regioner som ännu inte har slutfört implementering av uppföljningsmodellen kommer att behövas.

Om det inte är möjligt att starta ett nytt projekt är det viktigt att bemanningen i förvaltning ses över. Det är önskvärt att personer med verksamhetskompetens inom patologi finns med i förvaltningen samt att arbetsgrupp med olika kompetenser knyts till förvaltningen.

## 8 Erfarenheter

Som underlag till erfarenheter från implementering av den nationella modellen för uppföljning av ledtider inom klinisk patologi har utvärdering enligt en metod som kallas PMI genomförts

- P = +
- M = - (utrymme för förbättring)
- I = Intressant, vad kan vara intressant att ta med in i arbetet inför nästa projektgenomförande

Projektgrupp och styrgrupp har getts möjlighet att via mejl lämna synpunkter. Projektledningen har sammanställt inkomna synpunkter, se bilaga 9. Resultaten redovisas nedan.

En del av de synpunkter som har inkommit handlar om andra områden än projektgenomförandet. Mot bakgrund av detta har fördelningen av synpunkter per P, M och I delats in i följande områden

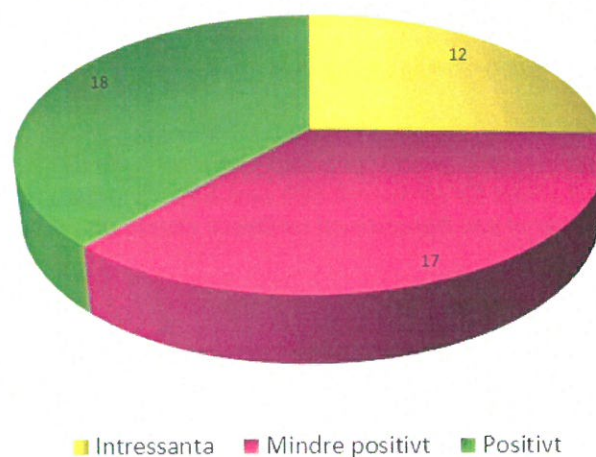
- Projektgenomförande
- Projektresultat
- Lokala processer
- IT-stöd

Totalt har 47 synpunkter inkommit, fördelat enligt följande

- Positivt = 18
- Mindre positivt = 17
- Intressant = 12

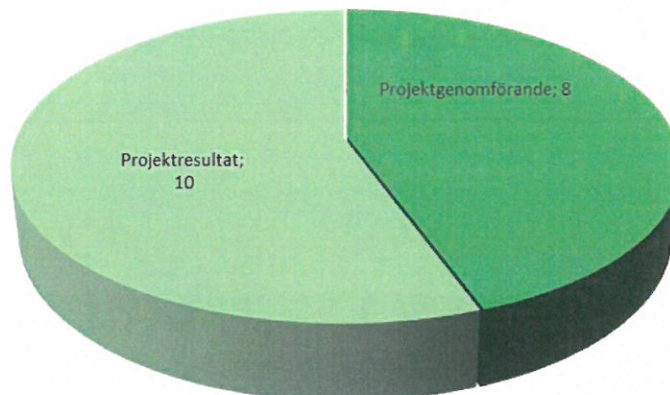
Diagrammet nedan visar fördelningen av synpunkterna.

PMI - Fördelning av inkomna synpunkter



## 8.1 Fördelning av synpunkter bedömda som +

Fördelning av synpunkter bedömda som +



De synpunkter som lyfts fram handlar om "Projektgenomförande" och "Projektresultat".

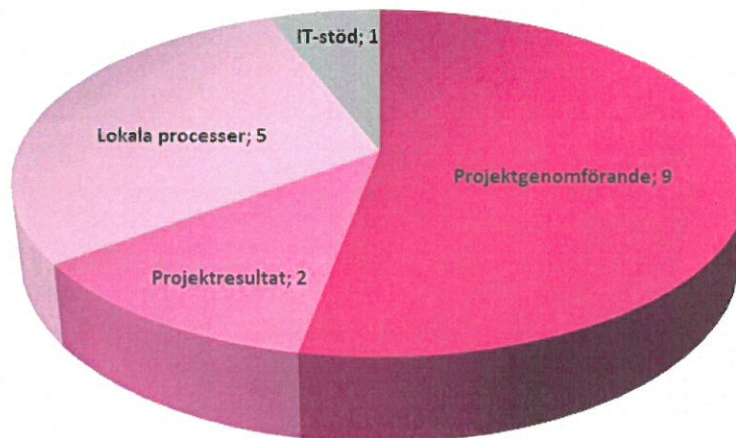
Inom området "Projektgenomförande" lyfts tydlig projektstruktur samt mallar som stöd för genomförandet fram.

Inom området "Projektresultat" lyfts, bland annat, följande synpunkter fram

- Projektet ger en nationell plattform för samverkan mellan regionala verksamheter
- Patologavdelningarna aktiveras och börjar benchmarka mot varandra. Föredömen lyfts fram, vilket resulterar i generella kvalitetsförbättringar
- Mycket positivt att få ta del av våra ledtider och även kunna jämföra med andra regioner/landsting.
- Tack vare projektet kan vi se hur vi ligger till och om det är något område (provtagning/lab/diagnostik/svar) som sticker ut som man behöver lägga mer fokus på
- Insamling av data direkt från patologavdelningarnas journalsystem har inte tidigare gjorts. Hitintills har data för jämförelse av kvalitetsindikatorer redovisats manuellt. Manuell hantering är långsam, behäftad med betydande felkällor samt inaktuell, eftersom manuellt data regelmässigt är 1-2 år gammal. En automatisk tankning av data från LIS till SiGN-e är snabb, risken för felaktig dataöverföring minimal och inkommande data är färska

## 8.2 Fördelning av synpunkter bedömda som -, utrymme för förbättring

Fördelning av synpunkter bedömda som -



De synpunkter som lyfts fram handlar i första hand om "Projektgenomförande" och "Lokala processer".

Inom området "Projektgenomförande" lyfts att förankring av projektet inte genomförts tillräckligt tidigt och tillräckligt starkt. Förankring och involvering av verksamhetspersoner skulle behöva förbättras från både projektet och verksamheten.

Rutiner för hantering av information till gamla och nya projektmedlemmar (t ex inbjudan till möten) har vid några tillfällen fallerat. Rutinen bör ses över.

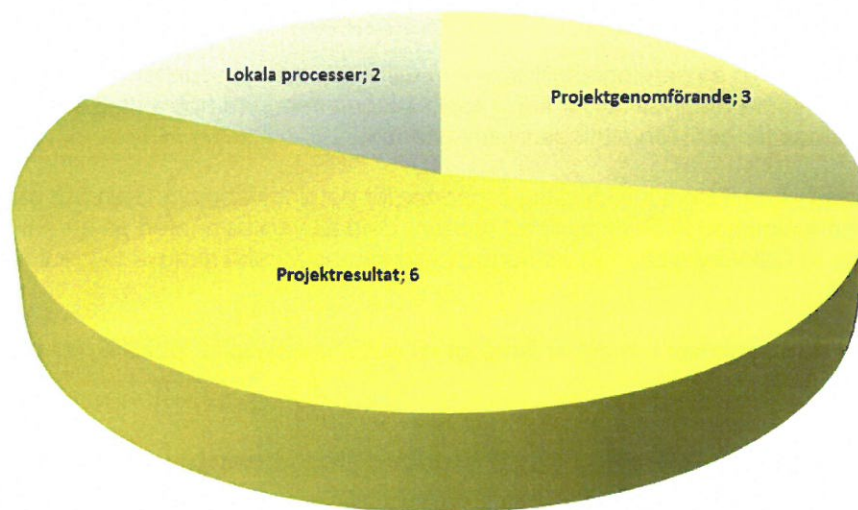
Inom området "Lokala processer" lyfts, bland annat, följande synpunkter fram

- Avsaknad av samarbete i regioner som har lika system
- IT-enheterna lokalt skulle ha involverats tidigare
- Saknar kvalitet och dynamik avseende olika arbetstygnd beroende på laboratoriets verksamhetsuppdrag



### 8.3 I = Intressant, vad kan vara intressant att ta med in i arbetet inför nästa projektgenomförande

Fördelning av synpunkter bedömda som I



De synpunkter som lyfts fram handlar i första hand om "Projektresultat", till exempel

- Att ensa olika mättider och uttagspunkter skapar förutsättningar för en dialog om enade arbetssätt, spårbarhet och LIS definitioner
- Hur man ska skapa förutsättningar till att driva förbättring och utveckling av patologins metoder på ett hållbart patientperspektiv med dessa ledtidjämförelser
- Insamlingen av inte bara svarstider utan också kvalitetsindikatorer relaterade till journalsystemens Topografi- och Morfologikoder inom SNOMED ger möjlighet till ett stort lyft i generell och heltäckande kvalitetsuppföljning av den kliniska patologin. Detta finns inte inom någon annan verksamhet inom sjukvården. Kvalitetsregistren inom framför allt cancervården skulle ha mycket att vinna på att program för uppföljning överförs även för diagnostik och vård utanför klinisk patologi

## 9 Förslag till fortsatt arbete

Förslag till fortsatt arbete kan delas in i 3 huvudområden

1. Återföring av resultat till verksamheten
2. Stöd till regionerna för att slutföra implementering av uppföljningsmodellen
3. Informationsspridning/Kommunikation/Förankring

### 9.1 Återföring av resultat till verksamheten

Den nya versionen av patologiapplikationen i QlikView tas i produktion i början av december 2019, vilket kan medföra att antal frågor kring applikationen kan vara hög initialt. Det innebär att beredskap behöver finnas för det i förvaltningsorganisationen.

Arbetet med att ta fram sk N-printing-rapporter för patologi-verksamheten bör påbörjas. Syftet med funktionen N-Printing är att återföra data till verksamheten på ett enklare sätt; utan inloggning till QlikView och utan att någon i verksamheten ska behöva lägga tid på att ta fram underlaget.

Utredning som beskriver om det är lämpligt att publicera resultat "publikt", för vem och vad, kvarstår att genomföra.

### 9.2 Stöd till regionerna för att slutföra implementering av uppföljningsmodellen

Det är önskvärt att personer med verksamhetskompetens inom patologin knyts till förvaltningen. Personen/personerna får i uppdrag att stödja de regioner som ännu inte slutfört implementering av uppföljningsmodellen.

### 9.3 Informationsspridning/Kommunikation/Förankring

För att tydliggöra information kring arbetet vad gäller fortsatt implementering av uppföljningsmodellen samt medvetandegöra arbetet med att återföra resultat till verksamheten föreslås att

- Presentation av implementeringsstatus samt förslag till åtgärder för att slutföra implementeringen, för de regioner som inte uppnått steg 9 enligt indextavlan, tas upp på HSD-nätverkets möte i januari 2020
- Därefter ges kontinuerlig information om uppföljningen samt resultat på HSD-nätverkets möten
- Fortsatt hantering av projektets resultat presenteras på nästa möte för Nätverk Tillgänglighet 2020-02-26. Till detta möte bör även de personer som har utsetts som nationella projektledare i projektet bjudas in
- Fortsatta presentationer baserat på uppföljningen samt dess resultat genomförs på "Nationellt möte för verksamhetschefer i klinisk patologi"
- Förnyad kontakt tas med representant för Equalis för att diskutera formerna för eventuell samverkan/samarbete

SKR verkar för att sprida lärande exempel på hur arbete med verksamhetsförbättringar inom klinisk patologi kan genomföras genom att

- Bidra till identifieringen av goda exempel
- Publicera goda exempel. Planen för detta är att publicera de goda exemplen i SKR:s nyligen lanserade gemensamma bank för lärande exempel, men även andra kanaler kan komma att användas
- Bidra till marknadsföringen av den gemensamma banken för lärande exempel

## 10 Referenser

Ref.nr.	Dokumentnamn, dokumentbeteckning	Utgåva, datum
1	www.vantetider.se	
2	Slutrapport " Uppföljning av ledtider inom klinisk patologi – Ettapp 3" (Patologi3_Slutrapport_1.0)	2018-12-11, version 1.0

