Södra sjukvårdsregionen

Delprojekt 25
Kliniska distansmöten

Rapport 2022-11-11

Innehåll

Bakgrund 2

Målsättning 3
Arbetsgrupp 3
Genomförande 4
Nuläge och framtida behov av kliniska distansmöten 5

Definition kliniska distansmöten 6

Delprojektets avgränsningar 7
Kliniska distansmöten: utredning och behandling 7

Multidisciplinära konferenser (MDK) 8
Kliniska distansmöten: uppföljning 10

Patientens perspektiv vid MDK 12

Patientens perspektiv vid övriga KDM 13

IT-lösningar i Södra sjukvårdsregionen 13

Ökat behov av videokonferensrum och samlad support 15
Regional samverkan och behov av gemensamt tekniskt gränssnitt 17
1-kodekteknik 17
2-kodekteknik 18
Informationssäkerhet och dataskyddsjuridik 19

Behov av nationell samverkan gällande digitala lösningar 24

Avslutande reflektioner 25

Förankring 26
Beslutsprocess 26
Referenser 27

Bilaga 1 28

Sammanfattning

Multidisciplinära och multiprofessionella kliniska distansmöten (KDM) med fokus på utredning och behandling samt i vissa fall uppföljning har till uppgift att säkra en mer jämlik vård och stärka samarbetet mellan vårdens medarbetare. Inom ramen för ”Samarbete för bättre vård” har en multiprofessionell arbetsgrupp genomlyst nuläget i Södra sjukvårdsregionen och föreslaget ett antal åtgärder för att optimera nyttjandet av KDM.

Arbetsgruppens slutsatser av nuläget kan sammanfattas enligt följande:

- Det saknas idag grundläggande struktur och överblick av KDM gällande styrning och ledning, kapacitetsutnyttjande och support.
- Det finns ett brådskande och omfattande behov av samverkan på regional, sjukvårdsregional och nationell nivå avseende tekniska lösningar, dataskydd- och informationssäkerhet.
- Juridiken behöver göra anpassningar för att motsvara hälso- och sjukvårdens behov och förutsättningar för att använda KDM.
- Nuvarande supportlösningar är otillräcklig och suboptimal med allvarliga konsekvenser för genomförandet av KDM.
- Fördelarna med KDM är trots ovannämnda utmaningar flera och KDM är idag ett permanent arbetssätt som bidrar till resursbesparingar, flexibilitet och skapar möjligheter att stödja utvecklingen av personcentrerad vård. KDM är också en viktig del i omställningen till Nära vård.

Arbetsgruppens rekommendationer kan sammanfattas enligt följande:

1. En sjukvårdsregional samverkansgrupp för kliniska distansmöten bör inrättas avseende tekniskt utveckling (inklusive användargränssnitt).
2. För att säkra en för patienten adekvat involvering i KDM föreslås att det etableras en struktur för att säkerställa inkludering av relevant information inför och under KDM.
3. Utifrån en målsättning om att informationssäkerhet, dataskyddsjuridik och patientsäkerhet ska samverka för patientens bästa bör respektive region genomföra informationsklassificering och riskanalys av KDM och vidta de åtgärder som krävs. Inom ramen för detta arbete ingår också att värdera om det finns behov av att utveckla särskild samtyckeshantering.
4. Respektive region i Södra sjukvårdsregionens bör ta beslut om ett för Södra sjukvårdsregionens gemensamt och enhetligt tekniskt gränssnitt. Arbetsgruppen rekommenderar så kallad 2-kodekteknik.
5. Respektive region bör inrätta/utse särskild enhet med ansvar för (och eventuellt ägande) av utrustning och videokonferensrum för KDM. Denna enhet tar i samverkan beröra verksamheter beslut om tekniskt innehåll och fysisk placering av videokonferensrummen utifrån de behov som identifieras. Den ekonomiska

modellen för anskaffning och underhåll av utrustning för KDM bör också ses över inom respektive region.

6. Respektive region bör etablera en sammanhållen verksamhetsnära supportorganisation med kompetens motsvarande alla delar som krävs för ett säkert genomförande av KDM. För viss support kan ett sjukvårdsregionalt samarbete utvecklas.
7. Södra sjukvårdsregionen bör aktivt delta i kravställning mot nationella initiativ i syfte att på sikt etablera en enhetlig nationell lösning.

Bakgrund

Kliniska distansmöten (KDM) med fokus på utredning och behandling samt uppföljning baserade på multiprofessionella synpunkter säkrar en mer jämlik bedömning av patienten samtidigt som det stärker samarbetet mellan inblandade professioner. Utvecklingen av nationell kunskapsstyrning och arbetet med nationell högspecialiserad vård innebär att KDM blir allt viktigare. För att KDM ska bli så effektivt som möjligt beslutade ledningsgruppen 2020-09-09 att genomföra Delprojekt 25 Kliniska distansmöten inom ”Samarbete för bättre vård”, inom Södra sjukvårdsregionen. Man bedömde att det behövs en genomlysning och samsyn kring gemensamma rutiner och riktlinjer för hur KDM bör genomföras på ett patientcentrerat och effektivt sätt. Mer specifikt syftar Delprojekt 25 till att beskriva förutsättningar för KDM utifrån ett styrning-, och ledningsperspektiv samt beskriva arbetsprocess, belysa behovet av gemensam IT-infrastruktur och ge förslag på hur patientens perspektiv kan stärkas.

Målsättning

1. Inventera nuvarande och framtida behov av kliniska distansmöten i samverkan med RCC och andra grupper inom kunskapsstyrning
2. I samverkan med Inera föreslå och ta fram teknisk standard för de olika behoven
3. Belysa behov av nationell koordinering
4. Beskriva ansvar och ”ägarskap” för olika typer av kliniska distansmöten
5. Beskriva behov av ledning och styrning
6. Sammanställa aktuell kunskap om innehåll och form av kliniska distansmöten
7. Klargöra det juridiska regelverket för olika typer av kliniska distansmöten
8. Skapa struktur för att säkra patientperspektivet

Arbetsgrupp

Anders Navntoft - sektionschef, läkare, radiologi, Skånes Sjukhus Nordväst, Region Skåne
Ingrid Kristensen - sjuksköterska, strålbehandlingsfysik, Sus, Region Skåne
Jens Enoksson - läkare, patologi, Medicinsk service, Region Skåne
Jessica Wihl - läkare, onkologi, RCC Syd

Johan Thulin - huvudprojektledare digifysisk vård inom Omställningsprogrammet Närmare Kronobergaren, Region Kronoberg
Jonas Jögi - sektionschef, läkare, klinisk fysiologi och nukleärmedicin, Sus, Region Skåne
Linn Rosell - sjuksköterska, verksamhetsutvecklare, RCC Syd (ordförande)
Malin Heide von Knorring - kontaktsjuksköterska, ÖNH, Sus, Region Skåne
Magnus Lundblad - hälso-, och sjukvårdsstrateg, Regionkontoret, Region Halland
Maria Wirenstedt - röntgeningenjör, Blekingesjukhuset, Region Blekinge
Mats Palm - medicintekniker, Digitalisering och MT, Region Skåne
Mats Rosvall - läkare, neurologi/rehabilitering, Sus, Region Skåne

Resursperson:
Carolina Samuelsson - sjukhuschef, Hallands sjukhus, Region Halland
Processledare:
Anna Benemark - hälso- och sjukvårdsstrateg, Södra sjukvårdsregionens kansli
Övriga som bidragit till projektet:
Karin Svedberg - sjuksköterska, verksamhetsutvecklare, onkologi, Sus, Region Skåne
Katrin Åkesson - läkare, radiologi och nuklearmedicin, Blekingesjukhuset, Region Blekinge
Fredrik Stegmark - verksamhetsutvecklare, Regionkontoret, Region Halland
Linda Karlsson - regionjurist, Koncernstab kansli/Enheten för juridik, Region Skåne
Johanna Sjöberg - dataskydd- och informationssäkerhetssamordnare, Koncernkontoret, Region Skåne

Genomförande

Projektet startade januari 2021 och avslutades augusti 2022. Förslag på definition av KDM samt frågor kopplade till möjligheter, hinder och utmaningar relaterat till KDM skickades under våren 2021 ut på en remissrunda till RPO:er, chefssamråd och övriga berörda intressenter inom Södra sjukvårdsregionen. Totalt inkom 26 remissvar från Region Skåne, Region Blekinge, Region Kronoberg och Region Halland. Majoriteten av respondenterna representerar cancersjukvården. Remissvaren ligger tillsammans med arbetsgruppens samlade kompetens och erfarenheter till grund för rapportens nulägesbeskrivning och rekommendationer. Information är även inhämtat från;

- Enheten för juridik, koncernkontoret, Region Skåne
- Dataskydds- och informationssäkerhetssamordnare, Region Skåne
- Södra sjukvårdsregionens chefssamråd för radiologi
- SRVN fackliga referensgrupp
- RCC Syds patient- och närståenderåd
- Ordförande för RSG strukturerad vårdinformation
- Södra sjukvårdsregionens representanter för Inera

Nuläge och framtida behov av kliniska distansmöten

KDM förbättrar samverkan inom och över organisationsgränser genom att samla tillgänglig kompetens för att diskutera en eller flera patienters utredning, behandling och uppföljning. KDM sker främst inom en region, men kan likaväl ske över regiongränser. För ovanliga diagnoser och/eller högspecialiserad vård kan KDM ske på nationell nivå. Välorganiserade KDM samlar professioner på ett kostnads-, och tidseffektivt sätt vilket främjar jämlik vård samt reducerar miljöpåverkan genom minskat användande av transportmedel.

Covid-19 pandemin har påskyndat organisationers digitala mognad. Framtida behov av KDM kommer med största sannolikhet fortsätta att öka och ställer stora krav på IT-systemens användarvänlighet, nätverkskapacitet och säkerhet. Detta ställer i sin tur krav på styrning, samordning, ansvarsfördelning, lagstiftning och förvaltning. IT-systemen behöver vara kompatibla och lätthanterliga och automatisk överföring av information är avgörande. Även lokalmässigt behövs möjlighet att facilitera KDM på ett sätt som möjliggör diskussion av sekretesskyddad information. I samhället i stort har bärbara lösningar i form av smartphones och läsplattor gett ökade möjligheter att sköta digital kommunikation där man befinner sig i stunden. Inom vården har utvecklingen av bärbara lösningar varit eftersatt, men bör möjliggöras inom en snar framtid. Inte minst för de medarbetare som befinner sig utanför sjukhusets fysiska väggar. Många KDM kommer även framöver behöva hållas som en kombination mellan fysiskt och digitalt möte vilket tekniken behöver vara bättre anpassad för.

Nationella överenskommelser och satsningar som rör digitalisering i socialtjänsten och hälso- och sjukvården har funnits sedan ett antal år tillbaka, varav två nationella initiativ är av betydelse för Delprojekt 25. Det första är *Vision e-hälsa 2025* som 2016 togs fram i syfte att utveckla digitalisering och e-hälsa för att underlätta för människor att uppnå en god hälsa och välfärd samt utveckla och stärka resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet. På regeringens uppdrag följde Statskontoret 2021 upp arbetet med *Vision e-hälsa 2025*. I korthet visar uppföljningen att graden av digitalisering, utvecklingstakt och valet av insatser fortsatt varierar mellan regioner och kommuner. Uppföljningen visar att visionen och dess mål är för abstrakta och övergripande vilket gör det svårt att prioritera och konkretisera arbete. Vidare belyses brister inom samverkan, samordning och avsaknad av grundläggande förutsättningar där nuvarande lagstiftning behöver anpassas samt begrepp och standarder behöver tillämpas på ett gemensamt sätt, så att det till exempel blir möjligt att utbyta information mellan vårdgivare och mellan verksamhetssystem Vision E-hälsa 2025. Dom nationella utmaningarna inom ramen för *Vision e-hälsa 2025* speglar även delvis de utmaningar som finns inom

regionerna där utmaningar med samordning, samverkan och ansvarsfördelningar har identifierats.
Insatser inom ramen för *Vision e-hälsa 2025* är också ett utvecklingsområde inom den andra nationella satsningen, överenskommelsen om en *God och nära vård 2022* ÖK God och nära vård vilken i sin tur innehåller satsningar på: fortsatt utveckling av 1177, överblick och information om samtycke, strukturerad vårdinformation och standardisering God och nära vård 2022. Ett exempel på omställningen till Nära vård är den s.k. *Borgholmsmodellen*, Nära vård i Borgholm. I korthet har Borgholms Hälsocentral format en sömlös vårdkedja utifrån patientens upplevelse och behov. Arbetet organiseras utifrån b.la. ett virtuellt sjukhus (”treenigheten” dvs. ambulans-hemsjukvård-allmänläkare), telemedicinsk ortopedkonsult och allmänläkare som triagerar på distans (via TeleQ). Ett exempel är patienter med hjärtsvikt som med stöd av sjuksköterskor erbjuds monitorering med hjälp av läsplatta.

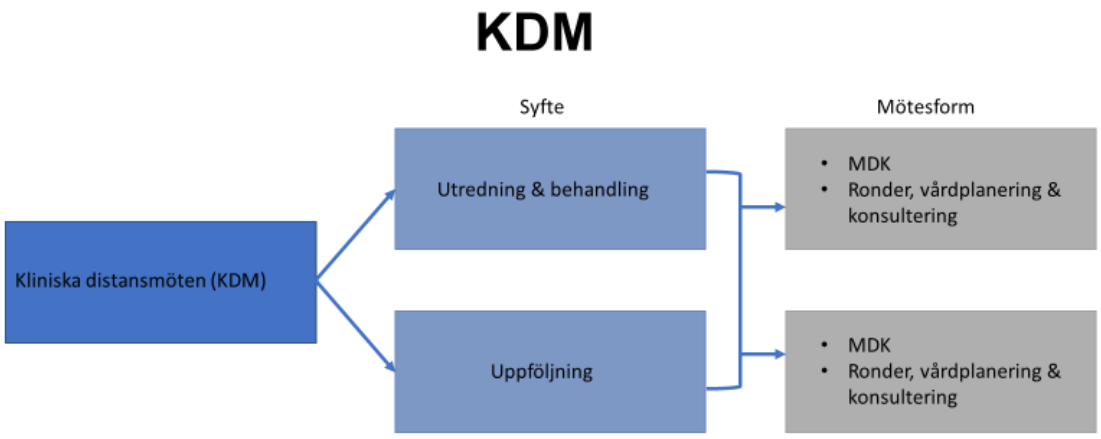
Definition kliniska distansmöten

Det finns olika varianter av möten som ryms inom begreppet KDM t.ex. videomöten med eller utan bildöverföring, chatt, appar och telefon. Oavsett kommunikationsverktyg avser KDM möten där alla deltagare inte är på samma fysiska plats. Syftet med mötet är att föra en kliniskt fokuserad diskussion om enskild patient och/eller patientgrupp, i vissa fall inkluderas även patient samt andra parter såsom extern organisation och anhörig. Mötet ska ha ett definierat syfte, struktur och systematik oavsett om det är ett möte eller flera efterföljande möten.

Mötet kan ske mellan;

- **Två till flera professioner**
  Andra organisationer som t.ex. kommun, vårdgivare och/eller myndighet involveras vid behov.
- **Profession och <u>känd</u> patient**
  Känd patient innebär i detta sammanhang att det ska finnas en etablerad kontakt med patienten som vid behov kan medverka digitalt för att delge information. Andra organisationer som t.ex. kommun, vårdgivare och/eller myndighet samt anhörig, tolk eller annat mötesstöd involveras vid behov.

KDM kan vidare delas in i möten som fokuserar
på ***utredning*** och ***behandling*** samt ***uppföljning*** och kan innefatta multidisciplinära konferenser (MDK), ronder, vårdplanering och konsultering (Figur 1).



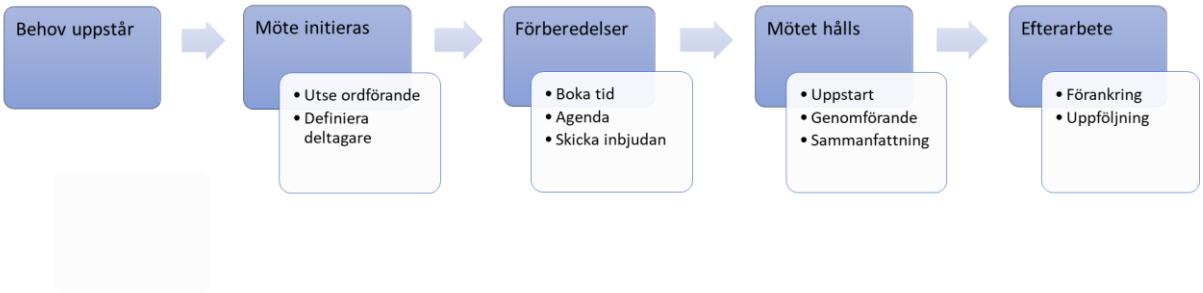
Figur 1. Indelning av kliniska distansmöten.

Delprojektets avgränsningar

Definitionen av KDM inkluderar inte professionsrelaterade möten som t.ex. administrativa-, eller politiska möten, arbetsplats-, eller nätverksträffar samt digitala utbildningar. Det finns KDM som befinner sig i en "gråzon" t.ex. möten som fokuserar på utveckling och uppdatering av behandlingsriktlinjer och nationella vårdprogram, dessa KDM inkluderas dock inte. Slutligen ingår inte digitala patientmöten som innebär en första kontakt med hälso- och sjukvården.

Kliniska distansmöten: utredning och behandling

KDM som fokuserar på utredning och behandling kan delas in i; ronder, vårdplaneringsmöten och konsultationer samt MDK (Figur 1). Ronder, vårdplaneringsmöten och konsultering kan vara planerade eller oplanerade möten. Det finns redan väletablerade strukturer för dessa möten och det finns därför ingen anledning att ändra på det för KDM, (Figur 2). Dock behövs klargörande av tekniska förutsättningar och val av kommunikationsverktyg vilket kommer beskrivas närmare i avsnittet om IT-lösningar i Södra sjukvårdsregionen.



Figur 2. Generisk processbeskrivning för kliniska distansmöten.

Multidisciplinära konferenser (MDK)

MDK är ett internationellt vedertaget arbetssätt som implementerats bland annat i cancervården i syfte att säkra en för patienten jämlik bedömning av hög kvalitet med ökad följsamhet till vårdprogram och behandlingsriktlinjer. Strukturerad värdering av diagnostiska och behandlingsrelaterade perspektiv från ett multidisciplinärt team ger patienten en individuellt anpassad behandlingsrekommendation. MDK förekommer på lokal, regional och nationell nivå. MDK är väletablerat inom cancervården men finns även inom t.ex. barnkardiologi, hjärt-, och lungtransplantation, inflammatorisk tarmsjukdom, interdisciplinärt transplantationsforum samt kärlmissbildningar.

MDK är en resurskrävande verksamhet. Inom cancervården varar en MDK i genomsnitt cirka 70 minuter. I genomsnitt diskuteras 13 patienter/MDK. Förberedelsearbetet inför MDK är mest omfattande för radiologer, nuklearmedicinare och patologer som ägnar cirka 3,5 respektive 2,5 timmar åt förberedelse per MDK. Resursbrist inom nyckelkompetenser som bild-, och funktionsmedicin kan sätta begränsningar för hur många patienter som diskuteras per MDK vilket i sin tur leder till fördröjd utredningstid och start av behandling. För att optimera resursförbrukning och minska risker för köbildning till MDK rekommenderar arbetsgruppen en mötesstruktur där radiolog, nuklearmedicinare och patolog deltar i de falldiskussioner som är relevanta för dem. Vidare visar studier att det är de komplexa fallen som har störst effekt av MDK och ett annat sätt att optimera resursförbrukningen är att ta fram selektionskriterier där t.ex. okomplicerade fall som följer nationella vårdprogram kan diskuteras i forum med färre deltagare. Även högkvalitativt ordförandeskap är avgörande för en effektivt och väl förankrad beslutsprocess inom MDK-teamet. Det är därför av vikt att MDK-teamet aktivt arbetar med att utveckla teamarbetet, där tydliggörande och utvecklande av roller och ansvarsområden är väsentligt. Det är inte ovanligt att en patient diskuteras upprepade gånger och ibland på olika MDK:er. I dessa fall är det av största vikt att tydliggöra vem som ansvarar för patienten där s.k. aktiva överlämningar är ett exempel på strukturerat arbetssätt som minimerar risken för oklarheter kring ansvar.
I remissvaren framkom det att det saknas en tydlig processbeskrivning inför uppstart av ny MDK. Med detta som bakgrund rekommenderar vi att det tas fram en processbeskrivning, t.ex. i formen av en checklista som kan användas vid implementering av ny MDK. Ytterligare en rekommendation är att det bör finnas en framtagen beskrivning gällande genomförande och uppföljning av MDK:n inklusive kontaktuppgifter till ansvariga för olika delar i MDK verksamheten. Nedan följer en övergripande beskrivning över delar av processen för uppstart av ny MDK samt genomförande.

Aspekter att beaktas vid uppstart av ny MDK

- Den vårdenhet som ansvarar för MDK initierar mötet. Teamet beslutar gemensamt om hur och när konferensen ska hållas - i samråd med linjeorganisationerna, inkluderande alla diagnostiska/behandlande enheter som ska medverka. Detaljer kring t.ex. uppkoppling till MDK ska vara klargjort inför start.

- Teamet kommer överens om remitteringsrutiner och utformar remissmall/checklista samt en konferenslista, där den senare ska innehålla patientdata och relevant information inför MDK.
- Teamet definierar vilken relevant klinisk information, diagnostiska undersökningar och bedömningar som ska kommuniceras mellan deltagande enheter inför, under och efter MDK:n. Teamet ska även definiera vilken information som är relevant om patienten i sammanhanget, såsom medsjuklighet, förutsättningar, performance-status och eventuella önskemål samt strukturer för hur informationen ska inventeras och presenteras.
- Teamet utser en ordförande samt koordinator/sekreterare och tillser att samtliga deltagares roller och ansvarsområden är klargjorda. Teamet ska definiera vilka kompetenser som bör närvara under hela MDK och vilka som kan delta vid behov samt hur dessa ska kallas till MDK:n. Remitterande enhet samt någon som träffat patienten bör delta.
- Utforma riktlinjer/mall för hur diskussion och behandlingsrekommendation ska dokumenteras i patientens journal samt kommuniceras till patienten och berörda instanser.

Genomförande av MDK (gäller för nya samt redan etablerade MDK:er)

- Ett rekommenderat arbetssätt vid MDK är att ordförande leder mötet utifrån en förbestämd struktur och ansvarar för att all relevant information framkommer i diskussionen samt att alla deltagare får möjlighet att tillföra relevanta perspektiv.
- Ansvariga på varje enhet som deltar i MDK ska presentera sig och deltagandet ska dokumenteras.
- Överväg om patienterna ska prioriteras för att presenteras i någon speciell ordning tex utifrån geografi, närvarande specialiteter eller komplexiteten i bedömningen.
- Ordföranden bör sammanfatta diskussionen samt rekommendationen efter varje avslutad diskussion.
- Teamet bör beakta om det finns kliniska studier som aktuella patienter kan delta i.

Rekommendationer:

- Ta fram en struktur för upprättande och genomförande av MDK (inkluderat rutin för aktiva överlämningar), förslagsvis används en generisk checklista (se Bilaga 1, *Checklista nMDK*).
- Inför strukturer och rutiner för uppföljning och utvärdering av MDK arbetet per region och förvaltningsnivå.
    - Ta fram utbildningsmaterial till MDK teamen för att optimera MDK arbetet.
- Ta fram selektionskriterier för vilka patienter som ska diskuteras på respektive MDK. Rimligen bör respektive diagnosteam i samverkan med nationella vårdprogramsgrupper ansvara för definition av selektionskriterier.

- Optimera resursförbrukning genom att införa en arbetsstruktur där radiolog, nuklearmedicinare och patolog endast behöver delta i de falldiskussioner som är relevanta för deras kompetens.
    - Ta fram rutiner för tydliga frågeställningar inför MDK.
- Tydliggör styrning-, och ledning.
    - Tydliggör struktur, rutiner samt ansvarsfördelning vid uppstart av ny MDK.
    - Tydliggör ansvarsledet vid MDK samt förvaltningsansvar (definiera roller-, och ansvarsområden).
    - Inventera kontaktpersoner/kontaktvägar för respektive MDK och kommunicera detta till alla berörda instanser.
    - Koordinatorfunktion inrättas för respektive MDK samt på förvaltningsnivå (bör ingå i föreslagen samverkansgrupp, se rekommendation under avsnitt *Regional samverkan och behov av gemensamt tekniskt gränssnitt*).
- Kartlägga befintliga MDK:er i respektive region för att erhålla en överblick över pågående MDK-verksamhet.

Kliniska distansmöten: uppföljning

KDM som fokuserar på uppföljning kan delas in i; ronder, vårdplaneringsmöten och konsultationer samt MDK. Utmaningen vid KDM med fokus på uppföljning är att identifiera i vilka situationer detta mervärde är mer fördelaktigt än det fysiska mötet. Lärdomar från Covid-19 pandemin har gett oss kunskap om att långt mer kan ske digitalt.

- Det är av största vikt att uppföljning med patient sker personcentrerat, där individens livssituation, resurser och medicinska behov vägs in i avvägandet om mötet bör ske digitalt, fysiskt alternativt som en kombination. Arbetsgruppen har identifierat ett antal aspekter som talar för att uppföljningsmöten i utvalda fall kan ske digitalt.
- Fördelar med uppföljning via KDM är att det innebär tid-, och resursbesparing för både patient och vårdpersonal då mötet endast sker om det finns ett behov av uppföljning och det krävs inga transporter. Behovsstyrda uppföljningsmöten skapar även möjligheter för att anpassa planerade insatser, t.ex. tidigarelägga fysisk uppföljning. Andra aspekter som är viktiga att lyfta fram är att patienten under ett digitalt möte är i sin hemmamiljö, vilket kan ge en ökad trygghet, minska stress samt generera ökad närvaro utifrån att det kräver mindre av patienten.
- Utmaningar som bör belysas är att det är svårt att bedöma patienter som underskattar sina behov samt utmaningen med patienter som inte har digital vana eller möjlighet att digitalt identifiera sig.
- För att KDM med fokus på uppföljning ska bli realitet i klinisk praxis krävs en lätthanterlig IT-struktur för säkra KDM inom och över regiongränser. En plattform som både vårdgivare och patient kan använda för att dela information före-, samt efter ett möte.
- Vidare behövs det utvecklas eller implementera befintliga behovs-, och skattningsformulär som patienten fyller i inför planerat besök. Följdfrågor behöver

tas fram som anpassas automatiskt utifrån patientens inrapporterade svar (för att erhålla fördjupad information om olika behov/problem).

Exempel 1: Digitala hjälpmedel/mätinstrument
En förstärkande effekt kopplat till KDM är att de digitala hjälpmedel/mätinstrument förbättrar kvaliteten på uppföljningsmöten där patienter delar information med vården. Det kan röra sig om patienter med kronisk sjukdom, som diabetes där mätvärden för blodsocker följs över tid gemensamt av patient och vårdpersonal. Ett exempel är rekommendationen från det nationella medicintekniska produktrådet (MTP-rådet) om Freestyle Libre 2, en produkt som kontinuerligt mäter blodsocker (CGM) FreeStyle Libre 2.

Exempel 2: Digitala möjligheter för cancerrehabilitering
Samtliga regioner i Södra sjukvårdsregionen erbjuder någon form av digital cancerrehabilitering, det varierar från individuella telefonkonsultationer till digitala gruppsamtal, utbildningar och träningstillfällen. Ett exempel är Helsingborgs digitala cancerrehabiliteringsmottagning, Digi-Care vilket startade som ett pilotprojekt men planeras övergå till en regionövergripande mottagning. Digi-Care erbjuder tillgång till samlad interdisciplinär cancerrehabilitering där patienten erbjuds individuella samtal och gruppbehandlingar.

Exempel 3: Uppföljningsstruktur via KDM av förvärvade ryggmärgsskador
- Förfrågan och erbjudande till patient via brev/sms, som tar ställning till sitt personliga behov av uppföljning.
- Bokad tid och kallelse så alla parter är förberedda.
- Information och instruktioner till patienter:
    - Kan delges i pappersformat, digitalt via 1177 samt länkar till instruktionsfilmer.
- Patienten delger information inför besök:
    - Kan delges i pappersformat, digitalt via 1177 eller app.
- Förberett underlag från både vårdgivare och patient via formulär/app/1177.
    - Utifrån underlag och patientens beskrivna behov ges möjlighet till riktat fokus och att rätt kompetenser kan medverka vid mötet.
- Samtalsstruktur inkludera aktuella frågor för den individuella patienten. Mötet styrs av patientens behov alternativt om det finns en utarbetad standard som styr vad som bör tas upp under uppföljningssamtalet.
- En individanpassad rehabiliteringsplan eller uppföljningsplan formuleras gemensamt och dokumenteras i journalen som är tillgänglig för patienten via 1177.

Rekommendation:
- KDM med fokus på uppföljning bör övervägas för vissa patientgrupper som alternativ till fysiska mottagningsbesök. Rekommendationen innebär att gå från rutinstyrd till behovsstyrd uppföljning, där patient och vårdgivare utformar

uppföljningen tillsammans via fler valmöjligheter som fysisk, digital eller digifysisk uppföljning.
- För de patienter som är i behov av täta kontakter under uppföljning utreds möjligheten att erbjuda digitala kommunikationsverktyg för KDM (se exempel från *Borgholmsmodellen*).
- Vid involvering av fler vårdinsatser är det av vikt att införa rutiner för aktiva överlämningar.

Patientens perspektiv vid MDK

Vid MDK samlas professioner med olika kompetenser och erfarenheter för att gemensamt formulera en individanpassad behandlingsrekommendation. Patienten deltar som regel inte vid MDK vilket ställer krav på att all relevant information om patienten finns samlad, tillgänglig och inkluderas i MDK diskussionen. Dock visar flera studier att diskussionerna som förs ofta är biomedicinsk dominerande och patientens perspektiv ges begränsat utrymme.

Exempel 1: Patientinvolvering vid öron-näsa-halskliniken

Ett gott exempel på patientinvolvering kan ses hos öron-näsa-halskliniken på Skånes universitetssjukhus. Processen för patientinvolvering startar med att patienten får återkoppling på patologisvar. Kontaktsjuksköterskan (KSSK) kontaktar sedan patienten via telefon efter att patologisvaret meddelats. Inför MDK träffar patienten både ÖNH läkare, onkolog, KSSK och kurator. Information om patientens psykosociala situation, behov, förutsättningar och eventuella önskemål samlas in och KSSK representerar sedan patienten vid MDK. Patientansvarig läkare kontaktar sedan patienten, ofta samma dag som MDK och diskuterar rekommendationen. KSSK har även ett uppföljande telefonsamtal med patienten efter genomförd MDK samt efter operation. Ytterligare uppföljande samtal och mottagningsbesök bokas in vid behov. Efter eventuell strålbehandling har KSSK kontinuerligt uppföljande telefonsamtal under 3–4 veckor som sedan övergår till vid behov utifrån patientens önskemål. Slutligen erbjuds patienten ett eller flera cancerrehabiliteringssamtal tillsammans med KSSK som sker via ett mottagningsbesök eller telefon. Patienten får möjlighet att förbereda sig inför mötet b.la. genom att fylla i *Hälsoskattningen*.

Rekommendationer:

- Respektive MDK-team bör diskutera vilken patientrelaterad information (t.ex. patientens perspektiv, psykosociala aspekter, samsjuklighet) som är relevant att inkludera och som kan ha en inverkan på behandlingsrekommendation och uppföljning.
- Ta fram en struktur för att inventera patientrelaterad information inför MDK, t.ex. genom att ställa riktade frågor till patienten och/eller använda bedömningsinstrument.
- Ta fram en struktur för hur information ska presenteras och av vem.
- Besluta hur, när och vem som ska återkoppla rekommendationen till patienten.

Patientens perspektiv vid övriga KDM

Patientinvolveringen i KDM bör situationsanpassas utifrån patientens önskemål, förutsättningar och behov. För att säkra en för patienten adekvat involvering i KDM föreslås att det etableras en struktur för att säkerställa inkludering av relevant information inför och under KDM. Regionalt cancercentrum syds Patient-, och närståenderåd förordade videomöten i vissa sammanhang där vikten av att kunna se varandra och ta del av den icke-verbala kommunikationen framhölls. Följande punkter poängterades som viktiga.

- Vid KDM är det viktigt att patienten har tillgång till rätt teknisk utrustning och att patienten känner sig komfortabel med mötesformen. Hänsyn bör tas till socioekonomiska skillnader, innebärande att alla patienter inte har tillgång till eller kunskap kring den tekniska utrustningen som krävs för deltagande i ett digitalt möte.
- Patientens behov ska styra mötesform och mötesfrekvens. Vid behov av långtidsuppföljning kan t.ex. fysiska möten med fördel varieras med digitala möten.
- Närvaro av närstående samt tolk bör prioriteras vid framförallt fysiska möten.
- Det är även av vikt att patienten har möjlighet att förbereda sig inför det digitala mötet och att mötet har en tydlig struktur, t.ex. kan *Hälsoskattningen* användas för båda ändamålen.

Rekommendationer:

- Ta fram en checklista/förberedande frågor till patienten inför medverkan i KDM.
- Verksamheten ansvarar för att undersöka vilka förutsättningar patienten har för att delta i KDM (t.ex. tillgång till teknisk utrustning och teknisk kompetens).

IT-lösningar i Södra sjukvårdsregionen

KDM blir alltmer beroende av att använda flertal skärmar samtidigt då klinisk information som berör t.ex. radiologi, nuklearmedicin och patologi behöver visas för mötesdeltagarna. I Södra sjukvårdsregionen används olika IT-lösningar för mjukvara vid olika typer av KDM, vilket i denna rapport delas in i “videokonferensrum” respektive “onlinemöten”. Videokonferensrum som primärt används vid MDK definieras utifrån kompatibla IT-system (dvs 1-, respektive 2-kodekteknik). KDM sker även via digitala plattformar som t.ex. Zoom eller Teams och benämns i denna rapport som onlinemöten. Användningen av Teams är utbrett men olika synsätt på informationssäkerhet och dataskyddsjuridik i respektive region sätter begränsningar för i vilka sammanhang Teams kan användas. För att erhålla en överblick över befintliga IT-lösningar i Södra sjukvårdsregionen följer nedan en kort redogörelse per region.

Region Kronoberg

I Region Kronoberg används olika verktyg beroende på mötets innehåll, syfte och deltagare. Valet att använda olika verktyg beror på olika begränsningar som finns i dagens verktyg. Regionens strategi är att Hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna arbeta i sitt ordinarie verksamhetssystem, framförallt Cosmic, även när ett videomöte genomförs.

Idag har Regionen fem olika alternativ för IT-tjänst gällande digitala videomöten med en framtagen manual när vilket möte ska användas.

- Möten mellan vårdpersonal och patient hanteras via en integrerad lösning i Cosmic med integration till tidbok samt 1177 för invånaren. Skype (snart Pexip) används som videomotor.
- Möten där det krävs ombud t ex vårdnadshavare, flerpartssamtal eller ett förenklat fristående system, samt efter en triagering till videomöte vid första linjens vård används en videolösning som tillhandahålls av Visiba Care. Systemet är inte integrerat till verksamhetssystem, tidbok eller till 1177.
- Möten när sekretess ska gälla där fler parter tex olika vårdgivare, myndigheter och patienter deltar pågår pilot med Ineras tjänst ”Digitalt möte”.
- Mulitidisciplinära ronder använder videokonferenssystem Cisco/Tandberg som finns på ca 10 platser i Regionen.
- Möten som inte innehåller sekretessinformation hanteras via Teams

Utöver ovan har verksamheten möjlighet att använda videomöten i ytterligare verksamhetssystem som har inbyggda videomötesfunktioner t ex telefonrådgivning via TeleQ och 1177 sjukvårdsrådgivning via Rådgivningsstödet (Inera RGS).

Region Halland

Vid KDM inkluderat patientmedverkan används sedan 2022 Platform 24 för närsjukvård, sjukhus, psykiatrin, ungdomsmottagning samt hälsa och funktionsstöd. Tjänsterna som Platform 24 erbjuder kan delas in i asynkrona och synkrona tjänster, de sistnämnda sker i realtid. Platform 24 asynkrona tjänster är t.ex. ”drop in”, chatt, inventering av patientrapporterade mått och egenmonitorering. Kommunikationen sker inte i realtid och inkluderas därför inte i denna rapport. Patienten bokas in på ett besök till en eller flera vårdgivare (HOSP). I mötet kan även tolk eller anhörig delta patienten önskar detta. Platform 24 används också för gruppsamtal där en mötesinbjudan skickas ut till deltagarna så alla parter kan koppla upp sig samtidigt, dvs mötesledaren behöver inte först starta mötet och därefter bjuda in deltagarna (möjligheten att bjuda in efter mötets start finns dock fortfarande kvar). Vid KDM utan patientmedverkan kan även Platform 24 användas, vid t.ex. medicinska konsultationer inom och utanför regionen. Inom ramarna för Platform 24 är det möjligt att dela skärm på ett säkert sätt.
Region Halland använder Teams och O365-paketet för administrativa uppgifter mellan medarbetare och externa deltagare. Teams (endast videofunktionen) används även vid vårdplaneringsmöten där patient, kommun och HOSP deltar. Vid utbyte av skriftlig information mellan region och kommun används journalsystemet Lifecare. Länkarna till Teamsmötet förmedlas på ett säkert sätt, via Lifecare och 1177 e-tjänster. Teams används också vid möten där en eller flera HOSP deltar i syfte att dela information och erfarenheter (inga specifika patienter diskuteras).

Region Skåne

I Region Skåne används systemet Videobesök vid digitala möten med patienten. Patienten identifierar sig via BankID eller Freja eID+ men under Covid-19 pandemin har dock

undantag gjorts gällande krav på stark autentisering för patienter i de fall där vårdgivaren har patientkännedom. Videobesök möjliggör även trepartssamtal.
I Region Skåne används Teams till möten mellan medarbetare både inom regionen samt med externa deltagare t.ex. vid APT, pulsmöte, konferenser eller utbildning. Nyligen genomförd riskanalys resulterade i att det är förbjudet att använda Teams vid kontakt med patienter eller vid en upphandling, det är även förbjudet att dela patientuppgifter med kommuner, andra regioner och myndigheter. Det är dock tillåtet att föra ett samtal om en patient över Teams ljud- och videosamtal men information får ej delas i chatt eller via skrivbordsdelning.
Region Skåne har idag ett tjänsteavtal med Tieto som levererar all hårdvara till videokonferensrummen. Behov och utformning av videkonferensrummen beslutas av förvaltningsgruppen för AIT (Användarnära IT-tjänster) där både förvaltare, tekniker och verksamheten medverkar. Övriga IT-system förvaltas av andra Förvaltningsgrupper. Det finns i dagsläget ingen samordning när det gäller vilket IT-system som ska användas vid vilka möten men det pågår ett arbete med att ta fram riktlinjer för att hjälpa verksamheten att besluta vilket IT-system som ska användas vid vilka tillfällen.

Region Blekinge
Region Blekinge använder Visiba Care för KDM med eller utan patientmedverkan. Funktion för KDM kommer finnas i nya journalsystemet Cosmic. I december 2021 beslutades av regionstyrelsen att avveckla Teams efter genomförd riskanalys. Alla funktioner förutom chatt/videomöte ska under 2022 avaktiveras.
Blekingesjukhuset har idag ingen enhetlig lösning för videkonferensrum, vilket försvårar användningen då tillvägagångssättet är olika i de befintliga rummen. Styrsystem saknas i vissa rum vilket praktiskt innebär att flera fjärrkontroller krävs för att starta upp alla ingående komponenter vilket försvårar för användarna. Videokonferenssystemen är dessutom inte konfigurerade för att skicka bilder utan det görs via en separat mjukvara vilken mottagaren också behöver ha tillgång till. Denna lösning försvårar medverkan i regionala MDK. IT-systemen köps in via ramavtal SKL Kommentus. De problem som Blekinge haft kring inköp och utbyte av utrustning beror på att det saknas intern styrning och strategi för denna typ av videkonferensrum. Tack vare att medarbetare från medicinteknik och IT-service påbörjat ett samarbete har verksamhetens behov kunnat lyftas och rätt typ av utrustning ska köpas in.

Ökat behov av videokonferensrum och samlad support

Antalet MDK växer kontinuerligt och enligt vår inventering motsvarar inte alltid tillgången till videokonferensrum efterfrågan, samt befintlig teknik utnyttjas inte fullt ut delvis pga. att det saknas tydligt beslut och direktiv om hur tekniken ska användas. Vidare saknas det en prioriteringsordning samt samlad överblick gällande resursfördelning och tillgängliga videkonferensrum. Uppbyggnaden av respektive MDK sker i dialog med berörda verksamheter men vår inventering visat att MDK har en oklar ägarstruktur och det saknas tydliga riktlinjer för beslut om införande av nya MDK:er. I typfallet sker MDK på Bild-, och funktionsmedicin (BoF), dvs den tekniska utrustningen och lokalen befinner sig där och ägs av BoF. Kostnaden för upprättande och underhåll av videokonferensrum tillfaller alltså den enhet där videokonferensrummet finns, oavsett vem som utnyttjar det.

Södra sjukvårdsregionen har olika upplägg gällande upphandling och förvaltning av videokonferensrum, antingen ett tjänsteupplägg eller produktupplägg. *Region Blekinge* befinner sig i en projekteringsfas och planerar inköp av teknisk utrustning (videokonferenssystem, styrsystem och monitorer) motsvarande 1,5 miljoner kronor. *Region Halland* äger sina produkter där infrastruktur- och supportkostnaderna fördelas ut på verksamheterna enligt en nyckel baserad på antalet datorer. De senaste (2020) inköpen för ett videokonferensrum med 2-kodekteknik kostade 425 000 kronor, utöver detta tillkommer ett serviceavtal på 15 000 kronor årligen (som en overheadkostnad på hårdvaror). *Region Skåne* har ett tjänsteupplägg, i kostnaden ingår support, infrastruktur, livscykelhantering, incidentutbyte samt overheadkostnader för IT. Kostnaderna skiljer sig åt mellan olika sjukhus (Tabell 1). Detta beror dels på att valet av utrustning och IT-lösning skiljer sig mellan sjukhusen. Region Kronoberg har ett gemensamt videokonferenssystem från Cisco/Tandberg som förvaltas av MT, IT och Bild- och funktionsmedicin. Kostnad för investering och drift hanteras centralt.

Region Skåne	**Leasingkostnad ***	**Installationskostnad**
Helsingborgs lasarett	25 000 kr	250 000 kr
Skånes universitetssjukhus	55 000 kr	120 000 kr
Centralsjukhuset Kristianstad	38 000 kr	440 000 kr

Tabell 1. * Kostnad per månad och videokonferensrum (efter 60 månader byts utrustningen ut).

Ytterligare utmaning är varierande tillgången till teknisk support. Oklara kommunikationsvägar och ansvarsfördelning gällande supportinstanser för hårdvara respektive mjukvara försvårar arbetet. Tekniska problem är vanligt förekommande inför eller i samband med ett pågående möte och supporten befinner sig inte helt sällan geografiskt långt ifrån videokonferensrummet vilket gör att vårdpersonal ofta får avhjälpa problemen själva genom teknisk support via telefon. Sjukhusets medicintekniska avdelning har tekniker placerade på röntgen vilka kan vara behjälpliga för att användarna ska få snabbare support med det löser inte grundproblematiken med icke kompatibla IT-system.
Arbetsgruppen anser att IT-systemen ska vara användarvänliga och självinstruerande. Eventuellt behov av enklare stöd kan tillgodoses via lathundar och/eller via korta utbildningsfilmer. Viktigt att stödmaterialet innehåller tydlig hänvisning till instans för mer avancerad support.

Södra sjukvårdsregionen

Rekommendationer:

- För att minska belastningen på enskilda enheter föreslås en organisering av en separat enhet inom respektive region som ansvarar för utrustning och videokonferensrum för KDM. Denna enhet tar beslut om tekniskt innehåll och fysisk placering av videokonferensrummen med utgångspunkt i hur teknikkrävande verksamheten är. Viktigt att verksamhetens behov är styrande.
- Denna enhet bör också upprätta en central bokningsfunktion för att få en bättre överblick och nyttjande av tillgängliga resurser och lokaler.
- Utvärdera den ekonomiska modellen gällande tjänsteupplägg för utrustning för KDM per region.
- Det finns ett behov av en sammanhållen supportorganisation i varje region med kompetens motsvarande hela videokonferensrummet exempelvis arbetsstationer, nätverk, IT-utrustning och kommunikation.
    - Denna supportorganisation ska erbjuda direkt och verksamhetsnära support (dvs inom respektive förvaltning) inför och under en pågående MDK. Denna supportorganisation bör arbeta proaktivt med inriktning och kunskap om sjukvårdsregional och nationell samordning, vilket innebär möjlighet att supportera i och över regiongränser.

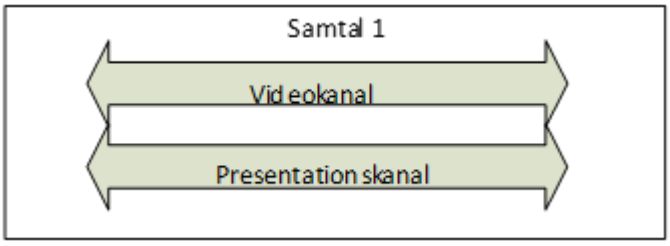
Regional samverkan och behov av gemensamt tekniskt gränssnitt

Utöver behovet av en separat enhet som äger utrustning och lokaler samt inrättande av en samlad supportorganisation har det i vår inventering framträtt ett behov av en sjukvårdsregional arbetsgrupp för KDM med deltagare som står nära verksamheten. Detta för att kunna få till en samsyn i hur ett kliniskt distansmöte inom Södra sjukvårdsregionen skapas, administreras och genomförs. Gruppens uppdrag bör vara att ta fram gemensamma användargränssnitt, teknik, mötessätt, uppkopplingsinformation och andra detaljer kring mötet.

För att MDK inom Södra sjukvårdsregionen ska få bästa möjliga förutsättningar, utan driftstörningar, krävs att det tas hänsyn till tekniken. I detta avsnitt kommer tekniska förutsättningarna för att skapa MDK med god kvalitet diskuteras. Vid ett normalt videokonferensmöte kopplas ett samtal upp med två kanaler. Det innebär att kamerabild och ljud skickas i den ena kanalen (videokanal) och att en datorbild visas i den andra kanalen (presentationskanal) via ett videokonferenssystem kallad kodek. Vid MDK används framförallt två olika tekniker, 1- eller 2-kodekteknik, där den sistnämnda tekniken är vanligast förekommande.

1-kodekteknik

I 1-kodetekniken kopplas ett samtal upp med två kanaler. Den första kanalen är en videokanal med kamerabild och den andra är en presentationskanal som kan sända upp till två sammansatta medicinska bilder (v.g. se Figur 3). Det är under förutsättning att utrustningen som sänder bilden till videokonferensenheten är konfigurerad för detta. För att få god upplösning på de medicinska bilderna bör man helst ha 1080 pixels upplösning i presentationskanalen.



Figur 3. 1-kodekteknik

Fördelar

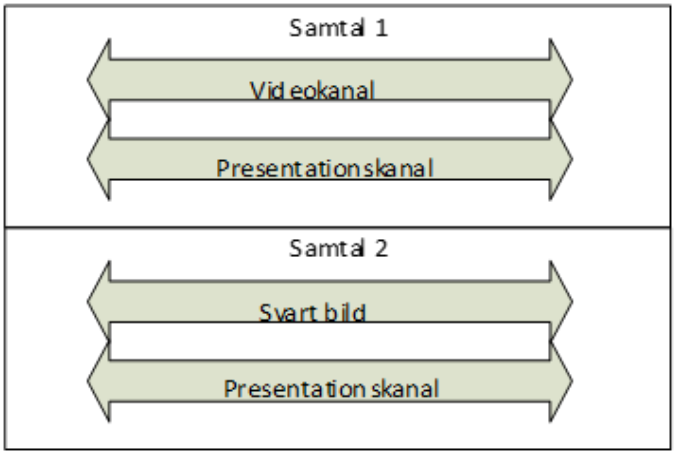
- Standardsystem, kräver ingen speciell programmering.
- Lägst inköpspris.
- Lägst infrastrukturkostnad vid flerpartssamtal (ett samtal/deltagare).
- Låga krav på installationslokalen (en visningsyta för klinisk bild samt en för deltagarna).

Nackdelar

- Endast visning av en klinisk bild tillsammans med deltagarbilden.
- Kan visa två bilder i en 1920x1080 pixels upplösning på presentationskanalen men detta kräver speciell mjuk eller hårdvara som kan slå ihop två stående bilder till en.
- Kan inte ansluta till 2-kodek möte pga. förlust av en klinisk bild.

2-kodekteknik

I 2-kodektekniken kopplas två samtal upp med två kanaler vardera. Tekniken använder en videokanal för kamerabilden och två presentationskanaler för de medicinska bilderna via två separata kodek som programmerats för att jobba ihop. Det innebär att kodek 1 överför kamerabild, ljud samt en medicinsk bild i samtal 1. För att i samtal två överföra en svart bildruta tillsammans med den andra medicinsk bilden via den andra kodeken (v.g. se Figur 4).



Figur 4. 2-kodekteknik

Fördelar

- Används nationellt och är väl beprövad.
- Två separata kanaler till den kliniska bilden dvs 1920x1080 pixels per bild.
- Kräver ingen speciell mjuk- eller hårdvara som kan slå ihop två bilder till en.
- Kan ansluta till 1-, eller 2-kodek möte utan att förlora klinisk information.

Nackdelar

- Kräver specialsystem.
- Högt inköpspris.
- Dubbel kostnad på infrastruktur vid flerpartssystem (två samtal per deltagare).
- Större krav på lokalerna (två bildvisningsytor för klinisk bild samt en visningsbild för deltagare).

Val av IT-lösning påverkar möjligheten till samverkan över regiongränser och därför rekommenderar arbetsgruppen att beslut fattas om ett gemensam tekniskt gränssnitt som bygger på 2-kodekteknik. Argumenten för ett gemensamt tekniskt gränssnitt är flera:

- 2-kodekteknik är utbredd nationellt. Efter diskussioner i nationella samverkansforumet inom video-, och distansmöten har beslut tagits om att 2-kodeksteknik ska rekommenderas i samtliga regioner i Sverige.
- Förutsättningar för en gemensam 2-kodekteknik inom Södra sjukvårdsregionen är goda, eftersom den finns etablerad till stor del redan inom de fyra regionerna.
- Flexibilitet för verksamheterna som kan delta på olika möten utan att tappa information (oavsett om 1-, eller 2-kodekteknik används).
- Sätter inte krav på speciell konfiguration av visningsdatorn på det sändande systemet.

Får man en samordnad och stabil IT-plattform kommer detta även innebära ett minskat behov av lokal support och minimera väntetiden för användarna.

Rekommendationer:

- Etablera en sjukvårdsregional samverkansgrupp för KDM för att besluta om samt bibehålla ett gemensamt tekniskt gränssnitt.
- Arbetsgruppen rekommenderar att ett beslut fattas om ett gemensam tekniskt gränssnitt som bygger på 2-kodekteknik vid MDK.
    - Videokonferenssystemet sätter begränsningar för bildkvaliteten varför standard skärmar/projektorer rekommenderas.

Informationssäkerhet och dataskyddsjuridik

Informationssäkerhet

Användning av digitala kommunikationssystem ökar vilket ställer höga krav på att de ansvar och skyldigheter som framkommer av lagstiftning efterlevs. I hälso- och sjukvårdens möten behandlas normalt uppgifter om patienter eller annan person som

dels är sekretessreglerade enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:700), OSL, och dels är att beteckna som så kallade känsliga personuppgifter enligt dataskyddsförordningen (EU) 2016/679, GDPR och patientdatalagen (2008:355) samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Lagkraven gäller oavsett om mötet sker fysiskt eller genom en digital tjänst av typen videokonferens. I digitala möten ställs dock i vissa fall högre krav på hur informationen om patienten hanteras och behandlas. För att det kliniska distansmötet ska bli så effektivt som möjligt krävs det gemensamma rutiner och riktlinjer för hur mötet ska genomföras. Den tekniska standarden måste vara standardiserad och motsvara det kliniska behovet. Av denna anledning måste den information som hanteras inom kommunikationssystemet för kliniska distansmöten identifieras och dokumenteras inom ramen för övergripande informationssäkerhetskrav. Informationssäkerhet innebär att skydda information utifrån krav på dess konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet. Att dela information innebär en rad potentiella risker och det är av vikt att se till att informationen kommer säkert fram och att inga obehöriga kan ta del av informationen. Informationsskyddet bör anpassas efter verksamheternas behov så att det är tillräckligt bra men samtidigt inte för svagt och ansvaret för informationssäkerhet är kopplat till det delegerade verksamhetsansvaret.
Patientdatalagen (2008:355) ger förutsättningar för samverkan mellan vårdgivare, men ställer också krav på hur det sker. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården preciseras kraven som bland annat innebär ett strukturerat arbete med informationssäkerhet. Enligt t.ex. Region Skånes riktlinjer för informationssäkerhet ska ett ledningssystem för informationssäkerhet finnas i Region Skåne som ett instrument för ett strukturerat arbete kring informationssäkerhetsrelaterade frågeställningar. Ledningssystemet för informationssäkerhet utgår ifrån SIS standard Ledningssystem för informationssäkerhet SS-ISO/IEC 27001 samt Riktlinjer för informationssäkerhetsåtgärder SS-ISO/IEC 27002.
Vid bedömningen om en tjänst, ett system etc. kan användas behöver den som ansvarar för informationshanteringen ta hänsyn till vilken information som hanteras och säkerhetskraven för tjänsten. Syftet med riskhantering är att analysera hot, risker och sårbarheter som kan påverka såväl verksamheten som informationen och utifrån detta vidta lämpliga organisatoriska och tekniska säkerhetsåtgärder för att minska riskerna till en för verksamheten acceptabel nivå. Riskhanteringen omfattar beslut om hur en risk ska hanteras, vilket kallas riskbehandling. Beslutet ska vara skriftligt och innehålla riskbedömning med medföljande åtgärdsförslag samt bedömning om huruvida eventuella kvarstående risker är acceptabla eller inte. I valet av mest lämpliga riskbehandlingsåtgärder ska kostnader och insatser för implementering vägas mot bland annat rättsliga krav och patientsäkerhet. Analysen ska dokumenteras och beslut fattas om implementering och användande. I Region Skåne finns särskilda instruktioner för detta beslutsfattande.

Sekretess
Alla regioner är myndigheter och omfattas därför att särskilda regler gällande sekretess. I offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL, finns sekretessbestämmelser som gäller när myndigheter handlägger ärenden eller genomför vård och behandling i hälso- och sjukvården. För privata vårdgivare gäller andra regler om tystnadsplikt vilket regleras i patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Sekretessbestämmelserna innebär att en offentlig verksamhet inte får lämna ut uppgifter som omfattas av sekretess över sekretessgränser om inte den vars uppgifter sekretessen ämnar skydda samtycker till det, en tillämplig sekretessbrytande bestämmelse finns eller menprövningen tillåter det. Menprövning innebär att uppgifter inte får lämnas ut om det inte står klart att uppgifterna kan röjas utan att patienten eller närstående lider men, Socialstyrelsen.
Fyra regioner innebär (minst) fyra olika sekretessområden inom hälso- och sjukvården vilket i sig innebär en utmaning när det kommer till att dela information över vårdgivargränser. KDM ställer frågan på sin spets utifrån aspekten att de syftar till att utbyta patientinformation mellan huvudmän och vårdnivåer i utredande/behandlande syfte.

Dataskyddsjuridik och personuppgiftsbehandling
EU:s dataskyddsförordning (GDPR) har inneburit stora förändringar av hur myndigheter och företag måste arbeta med skydd av personuppgifter. Dataskydd innebär att skydda individers grundläggande rättigheter och friheter, särskilt deras rätt till skydd av personuppgifter. Rätten till privatliv är en mänsklig rättighet och utan ett gott dataskydd blir det svårare att utöva andra rättigheter såsom åsikts-, yttrande- och organisationsfrihet. Dataskydd har även stor betydelse för individers säkerhet. Om personuppgifter hamnar i orätta händer kan det leda till allvarliga konsekvenser för den drabbade och höga sanktionsavgifter för den organisation som ansvarar för uppgifterna.
Ett digitalt möte innebär alltid att det sker en behandling av personuppgifter, enbart genom den överföring av ljud och bild som sker mellan deltagarna i samtalet. När sekretessbelagda uppgifter utväxlas finns därmed en risk att dessa röjs. Den organisation som ansvarar för personuppgiftsbehandlingen (personuppgiftsansvarig) är vanligen vårdgivaren, i detta fall respektive vårdgivare i Södra sjukvårdsnämnden.
Personuppgiftsansvarig måste utifrån GDPR bedöma personuppgiftsbehandlingen som görs i det digitala mötet sett utifrån de kraven som finns på bl.a. laglighet, rättslig grund för behandling av uppgifter och om lagstöd finns för behandling av känsliga personuppgifter som GDPR ställer. Känsliga personuppgifter enligt GDPR har ett särskilt högt krav på starkt skydd och omfattar exempelvis uppgifter om hälsa, etniskt ursprung, sexuell läggning, sexualliv, genetiska uppgifter och religiös eller filosofisk övertygelse. Det spelar ingen roll om uppgifterna lagras hos någon av deltagarna, hos leverantören av tjänsten eller om all information raderas direkt efter det att samtalet är slut. Även om uppgifterna inte sparas, finns en risk att uppgifterna röjs om själva överföringen i tjänsten inte kan ske tillräckligt skyddat.
GDPR innehåller även särskilda regler på hur uppgifterna ska behandlas utifrån sekretess och tystnadsplikt. Även där ställs extra krav om det är fråga om känsliga personuppgifter.

För behandling av känsliga personuppgifter finns särskilt lagkrav på att samtliga som behandlar personuppgifterna omfattas av en straffsanktionerad tystnadsplikt. Sådan finns i Sverige, men om exempelvis leverantör eller supportorganisation av systemet för distansmötet finns med säte i andra länder måste detta undersökas särskilt.
Framkommer det vid riskanalysen att trots vidtagna skyddsåtgärder kvarstår höga risker med behandlingen ska en så kallad konsekvensbedömning göras (DPIA). I korthet handlar det om att vara förutseende, förebygga risker och därmed skydda människors fri- och rättigheter. Målet är att minimera riskerna vid sådana behandlingar av personuppgifter som innebär en hög risk. Om DPIA visar att det ändå kvarstår höga risker med personuppgiftsbehandlingen ska personuppgiftsansvarig samråda med tillsynsmyndigheten (Integritetsskyddsmyndigheten, IMY) innan behandlingen får påbörjas.
Personuppgiftsansvariga anlitar ofta ett så kallat personuppgiftsbiträde som utför hela eller delar av personuppgiftsbehandlingen. Både den personuppgiftsansvariga och personuppgiftsbiträdet kan vara en fysisk eller juridisk person, offentlig myndighet, institution eller annat organ. Personuppgiftsbiträdet är dock alltid någon utanför den egna organisationen. När ett personuppgiftsbiträde (PUB) behandlar personuppgifter åt den personuppgiftsansvariga (PUA), ska behandlingen regleras genom avtal (så kallat PUB-avtal). Avtalet ska vara bindande för den personuppgiftsansvariga och personuppgiftsbiträdet. Det kan också vara så att ett personuppgiftsbiträde anlitar ett underbiträde (PUUB) som ska utföra en specifik behandling, på den personuppgiftsansvarigas vägnar, måste det finnas ett avtal mellan personuppgiftsbiträdet och underbiträdet. PUA ska även som komplement till PUB ge instruktioner för hur behandlingen av uppgifterna får och ska gå till. PUA är alltid ansvarig för den behandling som PUB och ev. PUUB utför.
Genom dataskyddsförordningen har alla EU:s medlemsstater ett likvärdigt skydd för personuppgifter och personlig integritet. Detta gäller även EES-länderna. Därför kan personuppgifter föras över fritt inom detta område utan begränsningar. Utanför EU/EES däremot finns inga generella regler som ger motsvarande garantier.
Dataskyddsförordningen innehåller därför särskilda regler om under vilka förutsättningar det är tillåtet att föra över personuppgifter till länder utanför EU/EES, så kallad tredjelandsöverföring. Tredjelandsöverföring kan exempelvis bli aktuellt om PUB eller PUUB har sitt säte i t.ex. USA.
Utöver GDPR:s krav på personuppgiftsbehandling tillkommer det nationella regelverket i form av PDL och HSLF-FS 2016:40. I detta regelverk ställs bland annat krav på för vilket ändamål personuppgifter om patienter får behandlas, hur åtkomst till uppgifterna fås samt på vilket sätt de får behandlas och överföras inom vårdgivare respektive mellan vårdgivare. Övergripande vid olika typer av kliniska distansmöten är att det är flera olika regelverk som samspelar. Då det är personuppgifter som behandlas, måste regelverken i dataskyddsförordningen *och* patientdatalagen (PDL) efterföljas. Till dessa mer dataskyddsjuridiska utmaningarna tillkommer frågor avseende exempelvis direktåtkomst via sammanhållen journalföring samt regelverket om sekretess. Att skicka

personuppgifter mellan olika vårdgivare är ett utlämnade och får inte göras fritt över så kallade öppna nät om inte både sändare och mottagare är starkt autentiserad och uppgifterna överförs krypterat. Kommersiella tjänster som Skype, Teams och Facetime kan ha krypterad överföring, men saknar ofta stark autentisering. Ska åtkomst till personuppgifter gällande patienter ske via sammanhållen journalföring mellan vårdgivarna ställer regleringen särskilda krav som måste vara uppfyllda för korrekt hantering. Ny lagstiftning på det området kommer troligen att träda i kraft från och med 1 januari 2023.

Ytterligare lagkrav

Utöver ovan listande huvudsakliga lagkrav tillkommer andra lagregleringar inom hälso- och sjukvårdens området som måste beaktas och belysas. Sådana områden kan exempelvis vara vårdgivarens ansvar och skyldigheter avseende patientsäkerhet, journalföring och övrig dokumentation, arkivering och informationshantering med mera. Regeringen har beslutat om propositionen Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation där man föreslår en ny lag som ska göra det lättare för vårdgivare och omsorgsgivare att dela personuppgifter med varandra. Propositionen behandlas i riksdagen i juni 2022. Det innebär att regioner och kommuner lättare kan dela och kommunicera patientuppgifter mellan huvudmän. Det innefattar både direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande av personuppgifter hos andra vårdgivare och omsorgsgivare. För att få tillgång till informationen krävs uttryckligt samtycke från patienten även i fortsättningen i den nya lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Lagförslagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2023.

Nuvarande system för kliniska distansmöten

Idag används för KDM en tjänst via telepresence system (ett exempel är Cisco som driftsätts av Cisco Systems (Sweden) Aktiebolag, org.nr. 556553-7684 vilket ingår i en koncern med tre bolag. Koncernmoderbolaget är Cisco Worldwide Holdings Ltd, med säte i USA) som förenklat kan beskrivas som ett videokonferenssystem innefattande en nationell standard där olika system/program kan ansluta. Videokonferenssystem innefattar t.ex. Zoom eller Teams (s.k. onlinemöten). Covid-19 pandemin har bidragit till ökad användning av dessa system i nya kontexter och bör därför riskanalysernas utifrån dessa användningsområden.

Rekommendationer:

Målet är att göra digitala kommunikationssystem för KDM inom Södra sjukvårdsregionen så säkra och strukturerade som möjligt där informationssäkerhet, dataskyddsjuridik samt patientsäkerhet samverkar på ett fungerade vis. Syftet med riskhantering är att analysera hot, risker och sårbarheter som kan påverka verksamheten och utifrån detta vidta lämpliga organisatoriska och tekniska säkerhetsåtgärder.

- Regionövergripande inom respektive region i Södra sjukvårdsregionen görs informationsklassificering och riskanalys av telepresence system och videokonferenssystem enligt regionens ledningssystem för informationssäkerhet.

    - Inom ramen för informationsklassificering och riskanalys utreds exempelvis frågor som varje regions personuppgiftsansvar, leverantörens möjlighet att hantera känsliga personuppgifter i enlighet med gällande lagstiftning särskilt i ljuset av risk för så kallade tredjelandsöverföringar då moderbolaget är amerikanskt, sekretessreglering gällande utlämnande av patientuppgifter mellan regionerna etc.
- Gemensamt utifrån de regionala riskanalyserna identifiera och på nytt riskanalysera informationsdelningen inom Södra sjukvårdsregionen.
- Vid behov ta fram en samtyckeshantering vid KDM inom respektive region samt över regiongränserna inom Södra sjukvårdsregionen. Region Skåne håller för närvarande på att utveckla en samtyckestjänst, men även andra samtyckestjänster finns t.ex. via Inera.
- Om nuvarande system inte är möjligt att förändra på så sätt som krävs för att efterleva lagkrav, undersöka andra leverantörsalternativ för KDM.

Behov av nationell samverkan gällande digitala lösningar

Ineras Video- och Distansmötestjänst är en tjänst som möjliggör videokommunikation mellan och inom kommuner, regioner, omsorg- och vårdgivare samt gentemot invånare. Tjänsten består av tre delar Videoinfrastruktur, Digitalt möte samt Flerpartsmöte (varav de två sistnämnda är valbara tjänster). Det finns framtagna styrdokument för krav på teknisk standard för att kunna ansluta till Video- & distansmötestjänsten men dessa krav är breda vilket ger utrymme för olika tekniska lösningar. Anslutna regioner debiteras årligen och samtliga regioner i Södra sjukvårdsregionen var anslutna till Videoinfrastruktur 2021. Det har tidigare funnits en Nationell Förvaltnings Grupp (FVG) för Video & Distansmötestjänsten hos Inera. FVG verkade för en nationell samverkan gällande rekommendationer för IT system och standarder inom video- och distansmöten. FVG var även ansvarig för drift av ett teknikforum med deltagare från alla regioner och kommuner anslutna till tjänsten. FVG upplöstes i december 2017 efter ett beslut om att alla FVG skulle upplösas vilket har försvagat och försvårat det nationella samarbetet. Det har på nytt skapats ett samverkansforum hos Inera, dock utan större framgång. Detta beror b.la. på att gruppen inte har något mandat samt att deltagandet inte är subventionerat från respektive regioner.

Myndigheten för digital förvaltning (DIGG) arbetar med att etablera en nationell plattform, eDelivery, som ska stödja informationsutbyte mellan organisationer inom den offentliga sektorn inklusive privata utförare av offentligt uppdrag. eDelivery möjliggör att information kan skickas på ett standardiserat, säkert, interoperabelt och tillitsfullt sätt (Utveckling av digital förvaltning | DIGG). Ineras lanserade under våren 2022 digitala tjänsten, Säker digital kommunikation (SDK), vilket är ett nationellt samverkansprojekt som skapar förutsättningar för säker och enhetlig hantering av känslig information. För

att ansluta till tjänsten behöver verksamheten göra anpassningar av sina egna it-system enligt SDK:s specifikationer samt uppfylla krav på informations-, och it-säkerhet. Dock tillåter SDK i dagsläget bara hantering av PDF-filer upp till 30 Mbyte vilket begränsar användningsområdena, fler format och filstorlekar är under utveckling. DIGG kommer under 2023 ansvara för tillhandahållandet av infrastruktur för SDK (Säker digital kommunikation - Inera).

Rekommendation:

- Det är av vikt att inventera och kommunicera regionernas behov för att nationella initiativ ska bli så effektfulla som möjligt. Södra sjukvårdsregionen bör gemensamt identifiera verksamheternas behov och även belysa behovet av tydligare ansvarsfördelning.
- Arbetsgruppens rekommendation är att Södra sjukvårdsregionen samverkar gällande kravställning (förslagsvis i form av en prioriteringslista) mot nationella initiativ som t.ex. eDeliviery och SDK. En lämplig uppgift för föreslagen sjukvårdsregional samverkansgrupp för KDM.

Avslutande reflektioner

- Vår inventering visar att det saknas grundläggande struktur samt överblick för KDM gällande styrning och ledning, kapacitetsutnyttjande och support. Vidare saknas det rutiner för uppföljning av KDM.
- Vid användande av KDM är det av vikt att beakta hälso- och sjukvårdens komplexitet innefattande samverkan mellan olika aktörer, tekniska förutsättningar samt dataskydd-, och informationssäkerhet. Det finns ett brådskande och omfattande behov av samverkan i dessa utmaningar på regional, sjukvårdsregional och nationell nivå.
- Juridiken behöver göra anpassningar för att motsvara hälso- och sjukvårdens behov och förutsättningar för att använda KDM. Likaså bör verksamhetens behov av KDM inte styras av tekniska förutsättningar.
- Fördelarna med ett gemensamt tekniskt gränssnitt är flera varav 2-kodeksteknik rekommenderas, vilket även är i linje med nationella samverkansforumet inom video- och distansmötens rekommendation.
- I vår inventering och i arbetsgruppens diskussioner lyfts vikten av att en välfungerande, proaktiv supportorganisation inför och under pågående KDM etableras.
- Fördelarna med KDM är trots beskrivna utmaningar flera och KDM kan numera ses som ett permanent arbetssätt. KDM kan b.la. bidra till resursbesparingar samt skapa möjligheter att erbjuda personcentrerad vård t.ex. genom att verka för att vårdmötet blir behovsstyrt istället för rutinstyrt.
- KDM kommer bli och är en viktig del i omställningen till Nära vård.

Förankring

Nulägesbeskrivning och rekommendationer är förankrade i respektive region genom deltagare i arbetsgruppen. Nuläge och rekommendationer har presenterats och återrapporterats till samarbetsgruppen, Södra sjukvårdsregionens ledningsgrupp samt Södra regionvårdsnämnden (SRVN).

Beslutsprocess

Den fortsatta beslutsprocessen samt verkställande av rekommendationerna ägs av SRVN samt respektive huvudman. Följande beslutsförslag rekommenderas Södra regionvårdsnämnden:

1. Rekommendera att det bildas en arbetsgrupp för sjukvårdsregional samverkan inklusive frågor som rör tekniskt utveckling.
2. Rekommendera regionerna att inom respektive region tillskapa funktion för sammanhållen och verksamhetsnära support
3. Rekommendera regionerna att inom respektive region tillskapa funktion för styrning och informationssäkerhet
4. Rekommendera regionerna fatta beslut om att 2-kodekteknik för närvarande är gemensamt tekniskt gränssnitt i Södra sjukvårdsregionen
5. Rekommendera delrapport till nämnden av punkt 1-4 senast hösten 2023.

Referenser

Alexandersson et al. (2017). *Determinants of variable resource use for multidisciplinary team meetings in cancer care*. Acta Oncologica.
Darcourt et al. (2021). *Analysis of the Implementation of Telehealth Visits for Care of Patients With Cancer in Houston During the COVID-19 Pandemic*. JCO Oncol Pract.
Gandamihardja et al. (2019). *Analysing Breast Cancer Multidisciplinary Patient Management: A Prospective Observational Evaluation of Team Clinical Decision-Making*. World J Surg.
Geert et al. (2021). *The Next Step Toward Patient-Centeredness in Multidisciplinary Cancer Team Meetings: An Interview Study with Professionals*. J Multidiscip Healthc.
Granberg et al. (2021). *Medical Oncology Patient Perceptions of Telehealth Video Visits*. JCO Oncol Pract.
Hahlweg et al. (2017). *Process quality of decision-making in multidisciplinary cancer team meetings: a structured observational study*. BMC Cancer.
Heyer et al. (2021). *Medical Oncology Professionals' Perceptions of Telehealth Video Visits*. JAMA Netw Open.
Kočo et al. (2021). *The Effects of Multidisciplinary Team Meetings on Clinical Practice for Colorectal, Lung, Prostate and Breast Cancer: A Systematic Review*. Cancers.
Munro et al. (2015). *Do Multidisciplinary Team (MDT) processes influence survival in patients with colorectal cancer? A population-based experience*. BMC Cancer.
Panduro Poggenborg et al. (2021). *Patient-controlled outpatient follow-up on demand for patients with rheumatoid arthritis: a 2-year randomized controlled trial*. Clin Rheumatl.
Rogers et al. (2017). *Comparison of outcomes for cancer patients discussed and not discussed at a multidisciplinary meeting*. Public Health.
Soukup et al. (2018). *Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: an overview and synthesis of the available literature*. J Multidiscip Healthc.
Wallace et al. (2004). *Virtual outreach: a randomised controlled trial and economic evaluation of joint teleconferenced medical consultations*. Health Technol Assess.

Bilaga 1

Checklista nationell multidisciplinär konferens

Nationell multidisciplinär konferens (nMDK) är en central del i cancervårdens nationella nivåstrukturering. Följande checklista är framtagen som ett stöd inför uppstart av nMDK samt före, under och efter nMDK.

Inför uppstart av nMDK

- Klargör vilken nationell vårdenhet som ansvarar för nMDK. Besluta om, hur och när ansvaret för nMDK ska rotera mellan de nationella vårdenheterna. Stäm av med linjeorganisationen så att ansvaret för nMDK:er blir rimligt fördelat mellan universitetssjukhusen. Glöm inte att inkludera alla diagnostiska/behandlande enheter som kan påverkas av ansvaret för nMDK.
- Besluta vilka kompetenser som ska närvara vid nMDK, vilka som alltid ska delta och vilka som deltar vid behov samt hur dessa ska kallas. Inkludera alltid diagnostiska enheter som patologi och bild- och funktionsmedicin i beslutet samt överenskom vilka enheter som ska presentera fallen.
- Specificera vilka patientgrupper som ska tas upp på nMDK och definiera selektionskriterier.
- Tillse att det finns en rutin för hur remittering till nMDK ska gå till samt vilken information och undersökningar som ska finnas tillgängliga. Kontaktuppgifter till inremitterande ska finnas med.
- Sprid information om remitteringsrutiner till remittenter.
- Specificera tydligt vem man kontaktar för frågor kring nMDK med telefonnummer och vilka tider som funktionen kan nås.
- Besluta hur remitteringsrutiner, lista över aktuella patienter, klinisk-, och patientrelaterad information, diagnostiska undersökningar och bedömningar ska kommuniceras mellan deltagande enheter.
- Besluta vilken mötesplattform som ska användas. Testa tekniken innan nMDK startar, ha gärna teknisk support med vid första konferensen och tillse att det finns kontaktuppgifter till support i konferensrummet.
- Tid, plats och detaljer kring uppkoppling till nMDK på distans ska vara klargjort.