



Genomlysning och framställning av tillgänglighetsmodell avseende högspecialiserad vård på Sus

Avrapportering Insatsområde 1
Södra sjukvårdsregionen

5 december 2023



Innehållsförteckning

1	Uppdrag och mål	1
2	Tillvägagångsätt under Insatsområde 1	1
2.1	Målbild	1
2.2	Projektorganisation och arbetsform	2
2.3	Frågeställningar och aktiviteter	2
3	Definition av nuläge och möjligheter	3
3.1	Definition högspecialiserad vård	3
3.2	Utvalda vårdprocesser inom Insatsområde 1 och definition	4
3.3	Utvalda mätpunkter	5
3.3.1	<i>Maligna mätpunkter</i>	5
3.3.2	<i>Benigna mätpunkter</i>	7
4	Metod för tillgänglighetsmodell	8
4.1	Maligna vårdförlopp	8
4.2	Benigna vårdförlopp	8
5	Nästa steg och tillvägagångsätt för fortsatt arbete utifrån beslut från Södra sjukvårdsregionens ledningsgrupp	9
5.1	Insatsområde 2: Beslut och nästa steg	9
5.2	Insatsområde 3: Beslut och nästa steg	9



1 Uppdrag och mål

I enlighet med gällande Samverkansavtal ska regionerna i Södra sjukvårdsregionen (SSR) i första hand vända sig till enheter inom SSR för högspecialiserad vård¹. Merparten av högspecialiserad vård för Södra sjukvårdsregionens invånare bedrivs på Skånes universitetssjukhus (Sus). Sus, som står för cirka en tredjedel av all producerad slutenvård i Södra sjukvårdsregionen, har utöver det högspecialiserade uppdraget också ett stort uppdrag som närsjukhus för Malmö och Lund med kringliggande kommuner.

Nationell väntetidsstatistik via SKR och uppföljning av standardiserade vårdförlopp inom cancer (SVF) visar på bristande tillgänglighet inom flera områden av högspecialiserad vård. Sammanställningarnas tillförlitlighet är emellertid i vissa fall låg på grund av brister i registrering och få patienter inom respektive vårdprocess.

För att beskriva tillgängligheten tar såväl Sus som RCC Syd regelbundet fram statistik som beskriver måluppfyllelse och kötider. Det har visat sig vara svårt att på ett överskådligt och enkelt sätt visualisera ledtidsdata inom olika områden. Det finns en risk att man vid framtagande av data gör alltför stora förenklingar och att därmed resultaten inte speglar verkligheten. Från remitterande vårdgivare har önskemål om ökad tydlighet i rapporteringen framförts med data som visar var i vårdprocesserna de viktigaste flaskhalsarna uppstår och om dessa moment kan tillskrivas Sus eller tidigare steg i vårdkedjan.

För att komma vidare har SSR:s ledningsgrupp, efter uppdrag från Södra regionvårdsnämnden, beslutat att, i samverkan mellan interna medarbetare och externt konsultstöd, beskriva hur en modell med valida tillgänglighetsdata för högspecialiserad vård på Sus kan tas fram och visualiseras. Framtagna data utgör sedan underlag för att, via option, gå vidare med fördjupad analys av orsaker och förslag till åtgärder.

Genomlysningen är tänkt att genomföras som fyra insatsområden med avstämning efter insatsområde 1–3 och därefter eventuellt fortsatt uppdrag enligt insatsområde 4 (inom ramen för avtalad option). Insatsområde 1 syftar till att ta fram och föreslå valida ledtidsmått som beskriver tillgängligheten till högspecialiserad vård på Sus.

Målsättningen med Insatsområde 1 är att tillsammans med arbetsgruppen och företrädare för huvudmännen i SSR utifrån en processkartläggning beskriva hur kvalitetssäkrade ledtider kan tas fram och visualiseras. All högspecialiserad vård vid Sus, som köps av de tre andra regionerna har inkluderats i uppdraget.

2 Tillvägagångssätt under Insatsområde 1

2.1 Målbild

För att säkerställa en samsyn i början av Insatsområde 1 formulerades en gemensam målbild inom arbetsgruppen. Denna målbild har varit en iterativ process på det sätt att målbilden har utvecklats utifrån en allt djupare kompetens av exempelvis förutsättningar och tillgängliga data, bland annat genom intervjuer med ledningsrepresentanter från samtliga regioner. Nedan avser den senast formulerade målbilden för uppdraget.

- *Visualisera* valida ledtidsmått inom olika områden av högspecialiserad vård utifrån existerande mätpunkter för att förstå 1) hur långa ledtiderna är och hur dessa har utvecklats, 2) om

¹ Med högspecialiserad vård avses vård som vanligen endast bedrivs på ett sjukhus i sjukvårdsregionen. Bakomliggande beslut om koncentration kan vara såväl formellt t.ex. NHV eller informellt.



ledtiderna skiljer sig åt mellan regionerna, och 3) hur stor del av ledtiden som spenderas i hemregionen respektive i Region Skåne/på Sus

- Belysa vilka eventuella brister det finns i existerande mätpunkter och presentera åtgärder för att förbättra datakvaliteten
- Definiera vilka ytterligare mätpunkter som är eftersträvansvärda utifrån delmål 1–3 ovan och vad som krävs för att dessa ska kunna komma på plats i framtiden

2.2 Projektorganisation och arbetsform

Uppdraget har letts och koordinerats av Sirona, som även ansvarat för dokumentation och kommunikation mot beställaren SSR. Involverade parter från Sirona har varit Marit Vaagen, Shadi Abbas, Beata Wallman och Sebastian Rye. Det operativa arbetet har i huvudsak utförts av en arbetsgrupp utsedd av respektive region på uppdrag av SSR, med stöd av Sirona. Arbetsgruppen har sedan start bestått av Sabina Berg (Medicinsk sekreterare, VO hud reproduktionsmedicin och ögonsjukvård, Sus, Region Skåne), Jonas Rönqvist (Projektledare, Process- och projektkontoret, Sus, Region Skåne), Malin Peterson (Cancersamordnare och CCC-koordinator, Sus, Region Skåne), Anna-Karin Falck (Medicinsk rådgivare, regional cancersamordnare, Region Skåne), Susanne Malander (Överläkare och RPPL för ovarial cancer. VO HOS, Sus, Region Skåne), Carina Werner (Regional tillgänglighetsansvarig, Region Halland), Per Johansson (Biträdande ekonomichef Hallands sjukhus, Region Halland), Thomas Frisk (Uppföljningsstrateg, Region Kronoberg), Tina Eriksson (Cancersamordnare, Region Kronoberg) och Tina Persson (Cancersamordnare, Region Blekinge). Gruppen kompletterades efter ett par veckor även med Caroline Hydén (Utvecklingsstrateg/Samordnare Tillgänglighet, Region Blekinge). Arbetsgruppsledare var Madeleine Peterson (Verksamhetsutvecklare från VO HOS, Sus, Region Skåne).

Arbetsgruppen och Sirona har samarbetat genom hela Insatsområde 1 genom veckovisa arbetsgruppsmöten, där genomfört arbete har diskuterats och nästa steg identifierats. Arbetsgruppen har arbetat gemensamt, i delgrupper och enskilt inom olika områden och uppgifter. Specifika uppgifter har tilldelats personer vid behov och delgrupper har skapats vid behov för specifika diskussioner.

Totalt har nio arbetsgruppsmöten genomförts, åtta digitalt och ett fysiskt på plats i Lund. Arbetsgruppen har exempelvis genomfört: kartläggningar av nuvarande mätpunkter inom utvalda vårdförlopp (både maligna och benigna), analys av överlämningspunkter, bedömning av kvalitet och validitet av data samt diskuterat och analyserat förutsättningar kring metodframtagning till modell. Sirona har under Insatsområde 1 intervjuat ledningsrepresentanter från samtliga regioner inom SSR för att förstå deras behov som huvudsakliga mottagare av data och den tillgänglighetsmodell som uppdraget syftar till att utveckla. Medlemmar i arbetsgruppen har även intervjuat personer vid behov som exempelvis Controller på Sus, SVF-koordinatorer och läkare.

Individuella samtal mellan medlemmar i arbetsgruppen och Sirona har även genomförts då behov har uppstått.

2.3 Frågeställningar och aktiviteter

Under arbetets gång har specifika frågeställningar avseende bland annat definition av högspecialiserad vård och vårdprocesser behandlats, exempelvis:

1. Vilken definition av högspecialiserad vård är ändamålsenlig med uppdragets målbild?
2. Hur bör en vårdprocess definieras för att säkerställa ett ändamålsenligt arbetssätt?



3. Vilka mätpunkter finns idag som bidrar till uppdragets målbild och hur registreras dem i respektive region?
 - a. Vilka mätpunkter finns *inte* idag som krävs för att uppnå uppdragets målbild?
4. Utifrån vilka system behöver utvalda mätpunkter hämtas ifrån?
5. Är en visualisering, som är ändamålsenlig med uppdragets målbild, möjlig med definierade mätpunkter? Och vad krävs för att möjliggöra visualiseringen av ledtider?

Frågeställningarna ovan har behandlats på ett iterativt angreppssätt; diskussioner inom arbetsgruppen har förts löpande, parallellt med utförda analyser och framtagandet av underlag samt förankring med ledningsgruppen för att säkerställa ändamålsenliga definitioner som besvarar uppdragets syfte.

3 Definition av nuläge och möjligheter

3.1 Definition högspecialiserad vård

Bakgrund

Arbetsgruppens hypotes var i inledande fas att definitionen av högspecialiserad vård är något otydlig och därmed har definition för de maligna vårdförloppen på SVF-nivå använts, där då allt som remitteras till Sus inom ett vårdförlopp (SVF) skulle jämföras mot alla Region Skånes egna patienter inom samma SVF.

Problematik och angreppssätt

Under arbetets gång har en förståelse växt fram om att jämförelsen mellan ledtider för patienter från olika regioner kommer bli svår att dra helt rättvisande slutsatser, utifrån ovan definition, då olika regioner remitterar olika typer av patienter och där Sus även tar hand om patienter inom basuppdraget (som övriga regioner tar hand om på hemmaplan) som då skulle ingå i jämförelsen. Dialoger har förts och analyser har genomförts inom arbetsgruppen om vilken definition som bäst lämpar sig för att uppfylla uppdragets målbild. Exempelvis har remitterande regioner definierat vilka koder, inom utvalda vårdprocesser, det är som skickas till Sus idag för att vid ett första skede identifiera förutsättningar att smalna av definitionen av högspecialiserad vård. Analysen visade att det är tydligt att det skiljer sig inom olika vårdförlopp. Per SVF är det olika patientgrupper med olika diagnosgrupper som remitteras till Sus från de olika regionerna. Arbetsgruppen har även genomfört analyser som visar att det finns en viss problematik i att koppla samman mätpunkter från olika system (diagnos- och åtgärds-koder i PASIS behöver kopplas mot datum/mätpunkter i SVF-applikation) vid en avsmalning av definitionen av högspecialiserad vård.

Det som finns tillgängligt i SVF-flödet och dess data avseende detta är vilken typ av behandling som patienten startar med: kirurgi, strålbehandling, läkemedel, osv (som därmed avslutar SVF-processen för den patienten). Dessa grupper är fortfarande breda (flertalet kombinationer av diagnos- och åtgärds-koder) inom flera förlopp, där endast ett urval skulle passa in på en formell definition av högspecialiserad vård enligt avropet. Vissa diagnoser inom ett och samma SVF-förlopp kan opereras i hemregionen, medan andra diagnoser remitteras till Sus för operation. Arbetsgruppens bedömning är att det med dagens förutsättningar inte går att bryta ut specifika grupper inom respektive SVF och samtidigt behålla SVF-mätpunkterna för ett löpande datauttag. Även med en specifikation av vilka diagnos- och åtgärds-koder som de formella besluten (NHV/SSR) gäller (vilket kräver visst arbete), finns inte diagnos- och åtgärds-koder i samma datamängder/system som SVF-mätpunkterna och inte heller någon naturlig nyckel för att koppla samman dessa olika datamängder.



Beslut

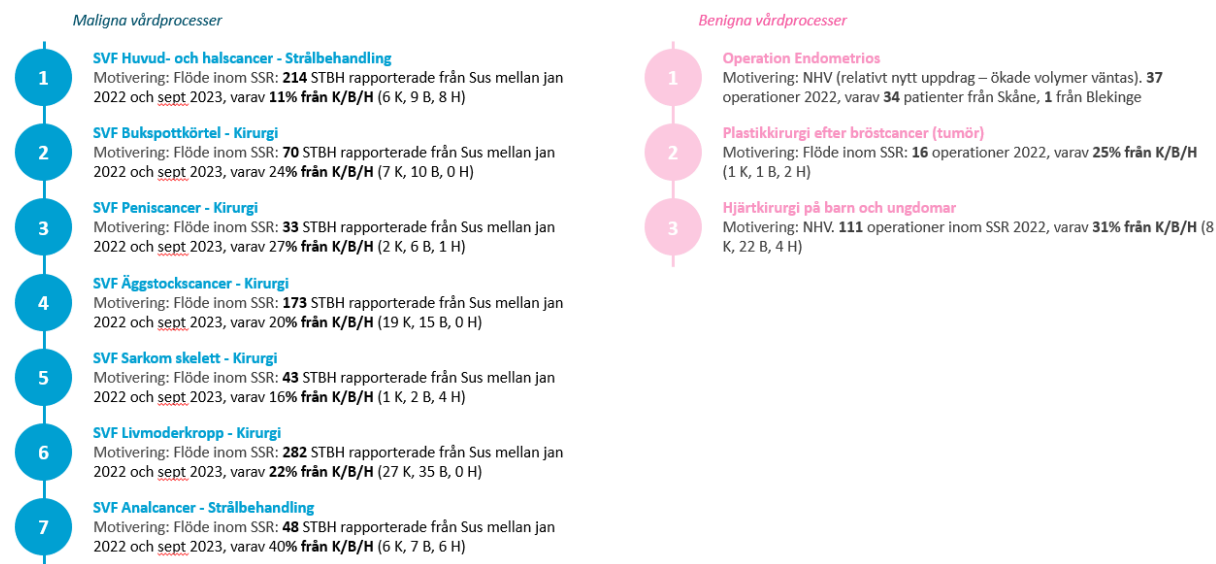
Remitterande regioner ser ett värde i att inkludera samtliga patienter som skickas vilket blir resultatet i dagsläget med en bredare definition av vårdprocesser. Ovan problematik har stämts av med ledningsgruppen och fastställts då fördelar avväger nackdelar, dock medför detta tillvägagångssätt en viss problematik inom jämförelsen mellan ledtider:

- Det kommer bli något otydligt om samtliga patienter som inkluderas i statistiken faktiskt utgörs av högspecialiserad vård enligt avropets definition
- Då Sus även bedriver vård inom basuppdraget kommer dessa patienter inkluderas i modellen vilket kan vara problematiskt då remitterande regioner som regel skickar svårare fall till Sus. För att hantera denna problematik har arbetsgruppen valt att smalna av definitionen av vårdprocesser, se avsnitt 3.2 nedan.

3.2 Utvalda vårdprocesser inom Insatsområde 1 och definition

Inom ramen för Insatsområde 1 har tio vårdprocesser (sju maligna och tre benigna) valts utifrån kriterier som exempelvis vårdprocesser med bra data (kvalitativa data för flertalet relevanta ledtidsmått) och processer med existerande flöde mellan regionerna (patientvolym som remitteras till Sus från remitterande regioner). Dessa tio vårdprocesser syftade till att utgöra ett underlag som ska vara möjligt att applicera brett för olika former av högspecialiserad verksamhet och i möjligast mån vara möjlig att automatisera.

De utvalda vårdprocesserna förankrades med ledningsgruppen som tog beslut om att byta ut SVF lungcancer och SVF Livmoderhals till SVF Bukspottkörtel och SVF Peniscancer. De tio utvalda vårdprocesserna har därmed varit en iterativ process där det slutgiltiga beslutet var att omfatta vårdprocesserna nedan, se Figur 1.



Figur 1. Utvalda vårdprocesser inom Insatsområde 1

En smalare definition av vårdprocess inom de maligna förloppen kommer att användas inom ramen för detta uppdrag. Därigenom säkerställs att modellen blir ändamålsenlig med uppdragets målbild och den problematik som en bredare definition av högspecialiserad vård medför hanteras till en större utsträckning. Arbetsgruppen har analyserat data avseende *start av behandling* inom varje vårdprocess från de remitterande regionerna. Analyserade data visar att en typ av *start av behandling* ofta är dominerande. Exempelvis för Peniscancer var *start av behandling* 100% Kirurgi för patienterna från de



remitterande regionerna. Genom att avgränsa definitionen av vårdprocess till en viss behandlingsform för *start av behandling* kan en del av Sus patienter inom basuppdraget sorteras ut. För fem av de sju utvalda maligna vårdförloppen var en *start av behandling* dominerande (97–100%) och valdes därför ut, se Figur 2 nedan. I de två resterande (SVF Huvud- och halscancer och SVF Sarkom skelett) var *start av behandling* något uppdelat; de behandlingsformer med ett flöde från remitterande regioner som exkluderades ur dessa kommer att ingå i urvalet av ytterligare vårdprocesser i Insatsområde 2.

Vårdprocess	Behandling	Kommentar volym
SVF Huvud- och halscancer	<i>Strålbehandling</i>	51% av remitterade patienter fick strålbehandling. 44% Kirurgi.
SVF Bukspottkörtel	<i>Kirurgi</i>	100% av remitterade patienter som fick behandling avsåg kirurgi
SVF Peniscancer	<i>Kirurgi</i>	100% av remitterade patienter som fick behandling avsåg kirurgi.
SVF Äggstockscancer	<i>Kirurgi</i>	97% av remitterade patienter som fick behandling avsåg kirurgi.
SVF Sarkom skelett	<i>Kirurgi</i>	58% av remitterade patienter som fick behandling avsåg kirurgi. 25% läkemedel och 18% strålning.
SVF Livmoderkropp	<i>Kirurgi</i>	100% av remitterade patienter som fick behandling avsåg kirurgi
SVF Analcancer	<i>Strålbehandling</i>	100% av remitterade patienter som fick behandling avsåg strålbehandling.

Figur 2. Överblick av dominerande start av behandling per vårdprocess

3.3 Utvalda mätpunkter

Under Insatsområde 1 har kartläggningar av nuvarande mätpunkter (både maligna och benigna) genomförts. Dessa kartläggningar har omfattat obligatoriska och frivilliga mätpunkter inom respektive region och identifierat vilka mätpunkter som är relevanta att inkludera för metod och modell. Dessa kartläggningar har även identifierat vilka eventuella interaktioner, överlämningar och hinder i respektive förlopp som inte synliggörs av de utvalda mätpunkterna. Överlämningar mellan regionerna, när patienten flyttas fram och tillbaka mellan hemremitterande region och Sus åskådliggörs inte av nuvarande utvalda mätpunkter.

Diskussioner inom arbetsgruppen har även förts om metoder för registrering inom regionerna där olika arbetsätt och tolkningar mellan regionerna har synliggjort vilket möjliggjort aktiva och direkta åtgärder som skapat bättre samsyn och mer lika arbetsätt för registrering av mätpunkter. Dialogen har fortsatt utanför ramen för detta uppdrag.

3.3.1 Maligna mätpunkter

Övergripande iakttagelser

- Sedan SVF infördes finns det standardiserade processkartläggningar och sammanhängande ledtidsdata (från välgrundad misstanke till start av behandling) på ett sätt som ej fanns förut.
- Ett antal mätpunkter följs upp nationellt och är obligatoriska för samtliga regioner att registrera.



- Utöver de obligatoriska mätpunkterna finns ett antal definierade mätpunkter som är valfria för respektive region i respektive förlopp; Region Skåne har valt att registrera ett flertal av dessa.
- När Sus/Region Skåne tar emot remisser från andra regioner registreras vissa datum (remiss skickad, mottagen samt bedömd); tas patienten in i SVF registreras initial mätpunkt från hemregionen (VGM) i Region Skånes system.
- Bedömningen är därmed att det endast krävs data från Sus i skapandet av modellen.

Utvalda mätpunkter

1. Välgrundad misstanke (VGM)
2. Patient överflyttad till annan region
3. Patient mottagen från annan region
4. Remiss bedömd
5. MDK²
6. Behandlingsbeslut efter utredning
7. Start av behandling

Utmaningar, behov och förslag till åtgärder

- *Ytterligare (kopplade) mätpunkter:* Exempelvis mätpunkter innan VGM, besök, olika typer av utredningar (såsom röntgen) samt fortsatt behandling (efter start).
 - Kräver utökad dokumentation (såsom att börja registrera/koda fler delar av utredningsprocessen och att koppla av behandlingskoder i PASiS för efterföljande behandlingar mot det specifika förloppet) och/eller utökad integration mellan olika system såsom PASiS, ORBIT och regionens röntgensystem (RIS/PACS).
- *Automatiserad registrering i Region Skåne:* Idag registreras mätpunkter inom SVF manuellt i Region Skåne, vilket medför vissa brister i kvalitet.
 - Pågående arbete med kodningsprocessen.
- *Standardisering av kodning mellan regioner:* Det har framkommit att det kan finnas vissa skillnader i hur SSR-regionerna kodar när patienter skickas mellan regionerna.
 - Pågående dialog mellan regionerna
- *Digitaliserad remisshantering:* Idag skickas remisser mellan regionerna via fax eller post och registreras sedan manuellt. Initiala analyser har visat att det kan finnas diskrepans i patientvolymerna mellan regionerna (har ej kunnat fastställas då kompletta patientuppgifter ej kan delas mellan regionerna).
 - Det hade varit önskvärt med en effektiviserad och säkrare digital process som är gemensam för hela Södra sjukvårdsregionen. Problematik kommer troligtvis inkludera

² Multidisciplinär konferens: Under en MDK diskuterar flera specialiteter och professioner en patients behandlingsalternativ med syfte att uppnå bästa behandlingsresultat.



interoperabilitet mellan olika journalsystem (både inom och mellan regioner) samt säker personuppgiftshantering.

3.3.2 Benigna mätpunkter

Övergripande iakttagelser

De benigna förloppen kan i dagsläget inte följas på samma sätt som de maligna förloppen. Det finns ingen motsvarighet till välgrundad misstanke (den första mätpunkten inom de maligna vårdprocesserna) och de patientadministrativa systemen är inte anpassade för denna typ av uppföljning (inom samt mellan regionerna; på Sus gäller det huvudsakligen PASiS och ORBIT). Det är möjligt att följa ledtider för en inkommande remiss till besök (på Sus) men inte flödet dessförinnan och inte från besök vidare till behandlingsstart. Sammanfattningsvis kring hur processen fungerar idag:

- När remiss inkommer till Sus läggs ett vårdåtagande (bild 040) upp i PASiS med uppgift om vem som är inremitterande, remissdatum, ankomstdatum och remissbedömningsdatum. Vårdåtagandet kopplas därefter samman med en bevakning - KÖ (bild 090).
- Vid inbokning av nybesök sker detta antingen via vårdåtagande eller bevakning och genom detta skapas ledtid från remissdatum till förstabesök. Därefter avslutas vårdåtagandet och eventuella återbesök för vidare utredning bokas in som fristående och har ingen koppling till vårdåtagande.
- Eftersom patientens vårdåtagande avslutas efter första besök och eventuella återbesök inte är kopplade med uppgifter från vårdåtagandet finns det ingen befintlig registrering som binder ihop patientens flöde från inkommen remiss till slutlig åtgärd, PASiS – ORBIT.

Utvalda mätpunkter

1. Anmälning operation
2. Operationsdatum

Utmaningar, behov och förslag till åtgärder

Den stora utmaningen inom de benigna vårdprocesserna handlar om att koppla samman fler mätpunkter för att få en mer helhetlig bild över patienternas ledtider, i enlighet med uppdragets mål (se avsnitt 1). Möjligheterna som finns med dagens förutsättningar är att ta ut källdata på inkomna remisser och via Excel matcha personnummer med remisser som inkommer till ORBIT för att försöka få sammanhängande data från remissbeslut till operationsdatum. I de fall där det förekommer flera inkommande remisser skulle det krävas ytterligare handpåläggning för framtagande av data. Denna hantering ses endast som möjlig i syfte att göra enstaka uttag för att åskådliggöra ledtiderna och eventuella skillnader i ledtider mellan regionerna och ingen metod som kan användas för kontinuerligt uttag. Det behöver dessutom noteras att helheten ej fångas på samma sätt som för de maligna även om denna manuella bearbetning genomförs då ingen motsvarighet till startpunkten inom de maligna (VGM) finns etablerad och det "tidigaste" som finns tillgängligt från remitterande regioner i Sus system är remissbeslut.

- För att kontinuerligt följa de benigna flödena på samma sätt som bedöms genomförbart för de maligna vårdprocesserna krävs uppbyggnad av en modell på liknande sätt som för cancerprocesserna (SVF).
 - Detta innebär framför allt standardisering av kodning inom Södra sjukvårdsregionen, och allra helst nationellt, där ett nytt kodningssystem behöver upprättas för att kategorisera in patienter i ett visst vårdförlopp och sedan koppla mätpunkter under



vårdprocessen till denna kategorisering. Det pågår ett nationellt arbete kring detta i samband med införandet av *Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp* (PSV).

- Det krävs också en standardiserad mätpunkt för att representera start av en vårdprocess, vilket inte finns idag. Arbetsgruppens bedömning är att datum för första besök skulle vara en möjlig mätpunkt för detta; detta skickas dock inte med från remitterande region till Sus i nuvarande remissrutin vilket innebär att uppdaterade rutiner skulle krävas, alternativt utökad integration mellan regionernas system, för att etablera denna mätpunkt i en framtida tillgänglighetsmodell.
- Eftersom PASiS kommer att avvecklas i samband med införande av vårdinformationssystemet Millenium, 2026, är arbetsgruppens bedömning att det troligen i första hand är aktuellt att ha ovanstående aspekter med sig in i det nya patientadministrativa systemet.

4 Metod för tillgänglighetsmodell

Arbetsgruppens bedömning är att två olika modeller krävs för benigna och maligna vårdprocesser.

4.1 Maligna vårdförlopp

För de maligna förloppen har sju möjliga och värdefulla mätpunkter identifierats (se 3.3.1). Dessa finns till stor utsträckning tillgängliga på grund av SVF och den standardiserade kodningen som råder för dessa förlopp. Ett antal av mätpunkterna (mätpunkt 2–4) ingår inte i SVF-mätpunkterna på Sus utan finns tillgängliga separat i PASiS och behöver därmed bindas samman med SVF-mätpunkterna. Detta är under uppbyggnad och kommer inom kort att bli en komplettering till nuvarande SVF-data som nås via en QlikView-applikation på Sus.

Utifrån identifierade nuvarande mätpunkter i kombination med pågående komplettering bedöms visualisering för de maligna förloppen som genomförbar.

4.2 Benigna vårdförlopp

För de benigna förloppen har två möjliga mätpunkter identifierats (se 3.3.2). Data för existerande mätpunkter kan hämtas från ett operationssystem, ORBIT. Visualiseringsmöjligheterna utifrån de två existerande mätpunkterna är bedömda som möjliga men är inte fullt ut ändamålsenliga med uppdragets målbild då endast en ledtid visualiseras och överlämningen från hemremitterande region till Sus inte synliggörs. Det kommer därmed inte vara möjligt att utifrån modellen förstå hur stor del av ledtiden som spenderas i hemregionen respektive i Region Skåne/på Sus (mer information kring detta och vad som bedöms krävas för att få till en modell med utökad funktionalitet under 3.3.2 ovan).



5 Nästa steg och tillvägagångsätt för fortsatt arbete utifrån beslut från Södra sjukvårdsregionens ledningsgrupp

Den 23 november 2023 presenterade Sirona en sammanställning av Insatsområde 1 och alternativ för nästa steg för Södra sjukvårdsregionens ledningsgrupp. Den 28 november 2023 erhöles ledningsgruppens svar på presenterade frågeställningar och därmed ett beslut kring väg framåt avseende Insatsområde 2 och 3.

5.1 Insatsområde 2: Beslut och nästa steg

Övergripande beslutade ledningsgruppen att Sirona tillsammans med arbetsgruppen ska initiera Insatsområde 2 utifrån de mätpunkter och den definition av vårdprocess som presenterats, tillsammans med ett par tillägg. I punktform togs följande beslut:

1. Maligna vårdprocesser visualiseras i enlighet med föreslagen metod enligt tidigare avsnitt.
2. Benigna vårdprocesser visualiseras i enlighet med föreslagen metod enligt tidigare avsnitt.
3. "Nollmätning" med manuell koppling och visualisering av data för samtliga utvalda benigna förlopp (3 från Insatsområde 1 samt de som väljs ut inom ramen för Insatsområde 2) ska i tillägg genomföras. Här är målet att med hjälp av personnummer manuellt koppla samman mätpunkter från patientens hemregion med de mätpunkter som registreras på Sus, likt det flöde av mätpunkter som finns för maligna vårdförlopp (se 3.3.1).

Utifrån ledningsgruppens beslut och Sironas ursprungliga genomförandeplan blir initiala nästa steg inom Insatsområde 2:

- Framtagande av kriterier och underlag för urval av 25 vårdprocesser till den visuella modellen (inkl. benigna och maligna vårdförlopp).
- Samskapande idégenerering för hur processerna ska visualiseras (påbörjat men inom ramen för Insatsområde 2). Här ingår att med hjälp av faktiska patientdata för de 10 utvalda vårdprocesserna inom Insatsområde 1 ta fram en skiss över framtida visualisering som ska presenteras i PowerPoint-format för ledningsgruppen den 15 december 2023.
- Utifrån slutrapport för Insatsområde 1 och aktiviteterna ovan ta fram ett underlag för en ansökan till Region Skåne för att få till en visualiseringslösning i Qlik Sense. Visualiseringskompetensen i Region Skåne är centraliserad till Koncernkontoret och framtagande av nya visualiseringar i Qlik Sense tas fram genom att det först sker ett ansökningsförfarande. Detta säkrar visualiseringskompetens till uppdraget.
- Undersöka möjligheter för att i tillgänglighetsmodellen notera vilka vårdprocesser, inom nuvarande definition, som utöver högspecialiserad vård kommer att inkludera delar av Sus basuppdrag.

5.2 Insatsområde 3: Beslut och nästa steg

Ledningsgruppen ser Insatsområde 3 och den jämförelse som den syftar till som värdefull, men beslutade att detta uppdrag får utföras i mån av tid när Insatsområde 2 (utifrån beslut enligt 5.1) är genomfört.

Därmed initieras inga aktiviteter inom Insatsområde 3 i detta skede.