

Helsetilsynets rapport 4/2010 "Risikobildet av norsk kreftbehandling"

Hva har skjedd i etterkant?
Oppfølgende undersøkelse våren 2012



1. Innledning

Statens helsetilsyn gjennomførte våren 2010 en risikovurdering av norsk kreftbehandling, og i mai 2010 forelå Helsetilsynets rapport 4/2010 "Risikobildet av norsk kreftbehandling". "Sammendrag" og "Oppfølging og anbefalinger" fremgår av vedlegg 3 og 4.

Rapporten ble i brev av 27.mai 2010 sendt til bl.a. Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og helseforetakene, Helsedirektoratet og kommunene. Noen av brevene følger som vedlegg 5 og 6.

Risikoanalysen som lå til grunn for rapporten, var en ny arbeidsmetodikk for Helsetilsynet. Det er derfor viktig for oss å undersøke virkningen av dette arbeidet og rapporten. Vi anser dette også som en del av vår forpliktelse til å evaluere egen virksomhet, jf § 16 i økonomireglementet.

Arbeidsmetoden har vært at vi har foretatt en gjennomgang av Oppdragsdokumentene og de årlige meldingene for å se om rapporten har ført til konkrete oppdrag/tiltak hos de regionale helseforetakene resp. hos helseforetakene. I hovedsak har vi konsentrert oss om 2011, men vi har også sett på Helse- og omsorgsdepartementets tilleggsoppdragsdokumentet fra 2010 og oppfølging i de årlige meldinger for 2010. Risikoanalysen var aktuell for flere aktører, men denne rapporten er avgrenset til hvordan helseforetakene har fulgt opp risikoanalysen slik oppdragsdokumentene angav det.

Statens helsetilsyn, august 2012

Einar Hannisdal

Anne Berit Gunbjørud

Geir Sverre Braut

2. Oppdragsdokument og oppfølging i 2010

2.1 Tilleggsoppdrag for 2010

I tillegg til oppdragsdokumentet for 2010, fremgår av Helse- og omsorgsdepartementets brev av 8. juli 2010 " *Oppdragsdokument 2010. Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 125 S (2009-2010)* følgende vedr. oppfølging av kreftrapporten:

Kreftbehandling

Statens helsetilsyn har i mai 2010 fremlagt en rapport om risikobildet i norsk kreftbehandling. Rapporten identifiserer en rekke risikofaktorer i helseforetakenes kontakt med denne pasientgruppen, herunder utredningslogistikk, informasjonsflyt, kontinuitet i behandlingsforløpet og komplikasjonsovervåkning.

Oppgaver:

- * Regionale helseforetak skal legge rapporten til grunn i sitt videre arbeid med å bedre kvaliteten i tjenesten.
- * Regionale helseforetak skal i lys av rapporten vurdere om meldekulturen er god nok i henhold til kravet i Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 om meldeplikt

2.2 Årlige meldinger fra RHF 2010

Av de 4 regionale helseforetakene, var det kun Helse Vest RHF og Helse Midt RHF som rapporterte tilbake til Helse- og omsorgsdepartementet om oppfølging av risikoanalysen i vanlig årlig melding. Risikoanalysen var i Helse Vest sendt ut til drøfting i de 4 helseforetakene, og det ble rapportert grundig fra disse om hvordan risikoanalysen var gjennomgått i fagmiljøene. I hovedsak mente man rapporten i stor grad gjenspeilet deres situasjon, dog med visse variasjoner mellom helseforetakene, fagområder og avdelinger.

De øvrige 2 regionale helseforetakene nevnte ikke noe om oppfølging av risikoanalysen, og fikk purring fra HOD om tilleggsopplysninger som ble gitt i senere brev. I hovedsak fremkommer her mer generelle vendinger, og lite som indikerer konkrete oppfølgingstiltak.

Helsetilsynet finner således ingen konkrete risikoreduserende tiltak som er gjennomført i 2010 som følge av Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument.

Det vises til gjennomgang og oppsummering av de årlige meldinger for 2010, vedlegg 1.

3. Oppdragsdokument og oppfølging i 2011

3.1 Oppdragsdokumentene 2011

Ved gjennomgang av alle oppdragsdokumentene for 2011 til de regionale helseforetakene og videre til helseforetakene har vi gjort søk på følgende søkeord: *Helsetilsyn, kreft, risikobilde, risikobilete*. Ved denne gjennomgangen finner vi at i alle nevnte oppdragsdokumenter fremgår noe om oppfølging av Helsetilsynets rapport 4/2010 "Risikobildet av norsk kreftbehandling".

3.1.1 Helse Sør-Øst RHF med tilhørende helseforetak

A. Fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Sør-Øst RHF:

"Oppfølging av Helsetilsynets rapporter må ha større fokus. I 2011 skal det være særskilt oppmerksomhet på Helsetilsynets rapporter om risikobildet i norsk kreftbehandling og risikobildet innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre. For å sikre at uønskede hendelser og funn fra tilsyn blir fanget opp i hele organisasjonen, må det regionale helseforetaket legge til rette for at underliggende helseforetak lærer kollektivt av feil og systemsvikt. Helse- og omsorgsdepartementet."

"6.5 Kreftbehandling

Høy kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet, likeverdig tilgjengelighet, hensiktsmessig organisering og bedre samhandling mellom alle ledd på kreftområdet er viktige mål. Pasientforløp skal ivareta god behandlingskvalitet og sikre at kreftpasientene unngår unødig venting på utredning og behandling. Det er viktig at det finnes gode tilbud når det gjelder palliativ pleie og hospice. Tilbudene skal inngå som en integrert og naturlig del av spesialisthelsetjenesten og kommunenes samlede helse- og omsorgstilbud.

Arbeidet med å bedre kvaliteten i tjenesten skal ta utgangspunkt i Helsetilsynets rapport om risikobildet i norsk kreftbehandling (4/2010), med spesiell vekt på de tre viktigste risikoområdene i rapporten: utredningslogistikk (sen diagnostikk), informasjonsflyt og komplikasjonsovervåking.

B. Fra Helse Sør-Øst RHF til helseforetakene:

"Oppfølging av Helsetilsynets rapporter må ha større fokus. I 2011 skal det være særskilt oppmerksomhet på Helsetilsynets rapporter om risikobildet i norsk kreftbehandling og risikobildet innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre. For å sikre at uønskede hendelser og funn fra tilsyn blir fanget opp i hele organisasjonen, må Vestre Viken HF legge til rette for kollektiv læring av feil og systemsvikt."

"Kreftbehandling

Høy kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet, likeverdig tilgjengelighet, hensiktsmessig organisering og bedre samhandling mellom alle ledd på kreftområdet er viktige mål. Pasientforløp skal ivareta god behandlingskvalitet og sikre at kreftpasientene unngår unødig venting på utredning og behandling. Det er viktig at det finnes gode tilbud når det gjelder palliativ pleie og hospice. Tilbudene skal inngå som en integrert og naturlig del av spesialisthelsetjenesten og kommunenes samlede helse- og omsorgstilbud.

Arbeidet med å bedre kvaliteten i tjenesten skal ta utgangspunkt i Helsetilsynets rapport om risikobildet i norsk kreftbehandling (4/2010), med spesiell vekt på de tre viktigste risikoområdene

i rapporten: utredningslogistikk (sen diagnostikk), informasjonsflyt og komplikasjonsovervåking.”

3.1.2 Helse Vest RHF med tilhørende helseforetak

A. *Fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Vest RHF:*

”6.5 Kreftbehandling

Høg kvalitet og kompetanse, tilstrekkeleg kapasitet, likeverdig tilgjenge, hensiktsmessig organisering og betre samhandling mellom alle ledd på kreftområdet er viktige mål. Pasientbehandling skal sikre god behandlingskvalitet og sikre at kreftpasientane unngår unødig venting på utgreiing og behandling. Det er viktig at det finst gode tilbod når det gjeld palliativ pleie og hospice. Tilboda skal inngå som ein integrert og naturleg del av spesialisthelsetenesta og det samla helse- og omsorgstilbodet til kommunane.

Arbeidet med å betre kvaliteten i tenesta skal ta utgangspunkt i Helsetilsynet sin rapport om risikobiletet i norsk kreftbehandling (4/2010), med spesiell vekt på dei tre viktigaste risikoområda i rapporten: utgreiingslogistikk (sein diagnostikk), informasjonsflyt og komplikasjonsovervåking.”

B. *Fra Helse Vest RHF til helseforetakene:*

Diagnostisering og behandling av kreft

Helseføretaka skal leggje til rette for høg kvalitet og kompetanse, tilstrekkeleg kapasitet, likeverdig tilgjenge, tenleg organisering og betre samhandling i og mellom alle ledd på kreftområdet. Det skal utviklast pasientforløp som sørgjer for god behandlingskvalitet, og som sikrar at kreftpasientane unngår unødig venting på utgreiing og behandling. Det er viktig at det finst gode tilbod når det gjeld palliativ pleie og hospice. Tilboda skal inngå som ein integrert og naturleg del av spesialisthelsetenesta og det samla helse- og omsorgstilbodet i kommunane.

Arbeidet med å betre kvaliteten i tenesta skal ta utgangspunkt i Helsetilsynet sin rapport om risikobiletet i norsk kreftbehandling (4/2010), med særleg vekt på dei tre viktigaste risikoområda i rapporten: utgreiingslogistikk (sein diagnostikk), informasjonsflyt og komplikasjonsovervåking.

Helse Vest vil fullføre ein ny gjennomgang av funksjonsfordelinga innanfor kreftkirurgi i 2011.

Helseføretaka skal

- følge opp den vedtekne funksjonsfordelinga innanfor kreftkirurgi i regionen og bidra i arbeidet med en fornya gjennomgang av denne funksjonsfordelinga
- nytte Helsetilsynet sin rapport om risikobiletet i norsk kreftbehandling (4/2010) i forbetningsarbeidet
- arbeide vidare med planar for utvikling av tilbodet som set helseføretaka i stand til å dekkje behovet for patologitenester i regionen frå 1. august 2012, jf. styringsdokument for 2010 og den regionale planen for patologi (styresak 74/04)

3.1.3 Helse Midt-Norge RHF med tilhørende helseforetak

A. *Fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Helse Midt-Norge RHF:*

”Oppfølging av Helsetilsynets rapporter må ha større fokus. I 2011 skal det være særskilt oppmerksomhet på Helsetilsynets rapporter om risikobildet i norsk kreftbehandling og risikobildet innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre. For å sikre at uønskede hendelser og funn fra tilsyn blir fanget opp i hele organisasjonen, må det regionale helseforetaket legge til rette for at underliggende helseforetak lærer kollektivt av feil og systemsvikt.”

”6.5 Kreftbehandling

Høy kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet, likeverdig tilgjengelighet, hensiktsmessig organisering og bedre samhandling mellom alle ledd på kreftområdet er viktige mål. Pasientforløp skal ivareta god behandlingskvalitet og sikre at kreftpasientene unngår unødig venting på utredning og behandling. Det er viktig at det finnes gode tilbud når det gjelder palliativ pleie og hospice. Tilbudene skal inngå som en integrert og naturlig del av spesialisthelsetjenesten og kommunenes samlede helse- og omsorgstilbud.

Arbeidet med å bedre kvaliteten i tjenesten skal ta utgangspunkt i Helsetilsynets rapport om risikobildet i norsk kreftbehandling (4/2010), med spesiell vekt på de tre viktigste risikoområdene i rapporten: utredningslogistikk (sen diagnostikk), informasjonsflyt og komplikasjonsovervåkning.”

B. *Fra Helse Midt-Norge RHF til helseforetakene:*

”For å sikre en kontinuerlig kvalitetsforbedring i Helse Nordmøre og Romsdal HF, skal det etableres en systematisk oppfølging av avviksmeldinger og funn fra tilsynsmyndigheter og internrevisjoner som sikrer at hele organisasjonen lærer kollektivt av feil og systemsvikt. For 2011 gjøres det spesielt oppmerksom på Helsetilsynets rapporter om risikobildet i norsk kreftbehandling og risikobildet innen spesialisthelsetjenesten for eldre.”

”Kreftbehandling

Pasienter med kreft er en voksende pasientgruppe og skal gis prioritet i henhold til Strategi 2020. Helseforetaket skal tilby tjenester med høy kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet, likeverdig tilgjengelighet, hensiktsmessig organisering og bedre samhandling i og mellom alle ledd på kreftområdet i henhold til regional plan for arbeidsdeling innenfor kreftbehandling. Pasientforløp skal ivareta god behandlingskvalitet som sikrer at kreftpasientene unngår unødig ventetid på utredning og behandling. Det er viktig at det finnes gode tilbud når det gjelder palliativ pleie og hospice. Tilbudene skal inngå som en integrert og naturlig del av spesialisthelsetjenesten og kommunenes samlede helse- og omsorgstilbud.

Helseforetaket skal i sitt arbeid med å bedre kvaliteten i tjenesten følge opp Helsetilsynets rapport om risikobildet i norsk kreftbehandling (4/2010), med spesiell vekt på de tre viktigste risikoområdene i rapporten: utredningslogistikk (sen diagnostikk), informasjonsflyt og komplikasjonsovervåkning.”

3.1.4 Helse Nord RHF med tilhørende helseforetak

A. Fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Nord RHF:

”Oppfølging av Helsetilsynets rapporter må ha større fokus. I 2011 skal det være særskilt oppmerksomhet på Helsetilsynets rapporter om risikobildet i norsk kreftbehandling og risikobildet innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre. For å sikre at uønskede hendelser og funn fra tilsyn blir fanget opp i hele organisasjonen, må det regionale helseforetaket legge til rette for at underliggende helseforetak lærer kollektivt av feil og systemsvikt.”

B. Fra Helse Nord RHF til helseforetakene:

Risikoanalysen ble ikke nevnt spesifikt.

3.1.5 Oppsummering utsendte oppdragsdokument.

Som det fremgår ovenfor har Helse- og omsorgsdepartementet i sitt Oppdragsdokument 2011 til Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF ekplisitt vist til at

”Arbeidet med å bedre kvaliteten i tjenesten skal ta utgangspunkt i Helsetilsynets rapport om risikobildet i norsk kreftbehandling (4/2010), med spesiell vekt på de tre viktigste risikoområdene i rapporten: utredningslogistikk (sen diagnostikk), informasjonsflyt og komplikasjonsovervåkning.”

Dette er fulgt opp på tilsvarende måte i oppdragsdokument fra de tre regionale helseforetakene til de respektive helseforetakene.

Det regionale helseforetaket som skiller seg noe ut er Helse Nord RHF. Departementet har i sitt Oppdragsdokument til Helse Nord RHF en noe annen formulering vedr Helsetilsynets rapport enn til de øvrige regionale helseforetakene. Det står:

” I 2011 skal det være særskilt oppmerksomhet på Helsetilsynets rapporter om risikobildet i norsk kreftbehandling og risikobildet innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre.”

I sitt oppdragsdokument til helseforetakene har Helse Nord RHF ikke vist til rapporten og bruk av denne i sitt kvalitetsforbedrende arbeid.

3.2 Årlige meldinger fra de regionale helseforetakene og helseforetakene 2011

Ingen av de 4 regionale helseforetakene rapporterte tilbake til Helse- og omsorgsdepartementet i årlig melding for 2011 om oppfølging av risikoanalysen.

Ingen av de 7 helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF eller Helse Nord RHF rapporterte noe spesifikt om oppfølging av risikoanalysen. I Helse Nord kan det delvis skyldes at Helse Nord RHF ikke sendte videre dette oppdraget fra departementet til helseforetakene.

I Helse Vest rapporterer alle 4 helseforetakene tilbake i årlig melding om oppfølging av risikoanalysen.

I Helse Sør-Øst melder 4 av 8 helseforetak (Vestre Viken HF, Sykehuset Telemark HF, Sørlandet sykehus HF og Østfold sykehus HF) om oppfølging av risikoanalysen.

Ut i fra ovenstående, har til sammen 8 av landets 19 helseforetak (42 pst) med somatisk spesialisthelsetjeneste, rapportert tilbake til de regionale helseforetakene om oppfølging av risikoanalysen av norsk kreftbehandling.

Landet største helseforetak Oslo universitetssykehus HF (OUS) skriver ikke noe om oppfølging av risikoanalysen. Imidlertid gjorde OUS en intern risikoanalyse med basis i Helsetilsynets risikomatrise, og satte opp en justert risikomatrise tilpasset OUS sin kreftsituasjon i 2011. Dette er et godt eksempel på oppfølging. Av en eller annen grunn kom ikke dette med i årlig melding 2011 fra helseforetaket.

Hvis det er slik at det er noe tilfeldig hva helseforetakene rapporterer i årlig melding, reiser det noen spørsmål når det gjelder årlig melding sin status i styringssløyfen. Selv om for eksempel ingen helseforetak i Helse Midt-Norge og Helse Nord rapporterte spesifikt om oppfølging av risikoanalysen av norsk kreftbehandling, er det andre formuleringer i årlige meldinger som relateres til risikoanalysen. Nordlandssykehuset HF synes for eksempel å ha arbeidet mye med pasientforløp og utredningslogistikk for å redusere forsinkelser. St. Olavs Hospital HF har utarbeidet nytt regionalt pasientforløp for gynekologisk kreft.

Det vises til vedlegg 2. De fleste RHF og HF har en del omtale av kreft i årlig melding i forbindelse med utviklingstrender, funksjonsfordeling særlig ved kreftkirurgi, nasjonale retningslinjer, ny 20 dagers frist og screeningsprogrammer. Dette innbefatter blant annet omtale av arbeid med nye regionale kreftplaner som i varierende grad kan være relatert til risikoanalysen. Disse er ikke omtalt her da det går inn under andre punkter i oppdragsdokumentene, og de var ikke spesifikt relatert til risikoanalysen.

4. Vurdering

Etter Helsetilsynets vurdering er det grunn til å nevne enkelte formildende omstendigheter. Det kan ta noe tid før denne type risikoanalyser får konkrete oppfølgingstiltak. "Ting tar tid". Vi viser f. eks. til Helse Midt-Norge RHF hvor de i sin nye "Regionale kreftplan 2011-2020" (høringsfrist 27.5.12) under kapittel "Forankring" henviser til Helsetilsynets risikoanalyse og de 16 risikofaktorer. Kreftplanen har fokus på at hver enkelt av disse risikofaktorene skal reduseres.

Et viktig ledd i risikostyring er å etablere relevante måltall som kan vise om en risikofaktor reduseres. Etter risikoanalysen fikk man et nytt nasjonalt måltall: andel pasienter hvor det går inntil 20 dager fra mottatt henvisning til oppstart kreftbehandling skal være 80 pst.

Helsetilsynet mener at helseforetakene lokalt relativt enkelt kunne ha laget flere måltall for flere av de 16 risikofaktorene. Noen eksempler:

- Andel pasienter som legges inn som øyeblikkelig hjelp innen 3 uker etter cytostatikakurer pga. komplikasjoner (komplikasjonsovervåkning)
- Antall feildiagnoser i patologi og radiologi
- Antall pasienter som overbehandles
- Antall pasienter som ved feiltakelse ikke får behandling etter gjeldende retningslinjer
- Grad av tilfredshet med arbeidsmiljø ved kreftavdelingene

Avslutningsvis vil Helsetilsynet bemerke at det til dels er vanskelig å finne årlige meldinger på helseforetakenes hjemmesider, mens årsrapporter stort sett er lett å finne. Helsetilsynet mener årlig melding er et viktig dokument i styringsløøfen. Det hadde derfor etter vår mening, vært ønskelig at denne tilgjengeligheten kunne bedres, f eks kunne årsrapport og årlig melding finnes på samme sted på hjemmesidene. Det må være de endelige rapportene etter styrebehandling som legges ut. Vi fant offisielle versjoner av årlig melding hvor kommentarer om forhold som skulle sjekkes, ikke var slettet.

Etter denne undersøkelsen om oppfølging av "Risikobildet av norsk kreftbehandling" og i hvilken grad det kan pekes på noen eksempler på beste praksis, synes Helse Vest RHF totalt sett å ha gitt rapporten den bredeste omtale og drøfting. Helse Midt-Norge RHF lager ny regional kreftplan der risikoanalysen er en viktig premiss.

Risikoanalysen har antakelig bidratt til større fokus på kompetansen i noen av helseforetakene, slik det f eks kommer frem i årlig melding for Sykehuset Telemark HF og Østfold sykehus HF.

5. Konklusjon

Helsetilsynet finner resultatene i denne oppfølgende undersøkelsen samlet sett viser at oppfølgingen ikke har vært slik man kunne forvente. Ingen av de regionale helseforetakene rapporterer tilbake i årlig melding for 2011 om det oppdraget de har fått fra Helse- og omsorgsdepartementet om oppfølging av Helsetilsynets risikoanalyse. Ett regionalt foretak sender heller ikke oppdraget for 2011 videre til sine helseforetak. Flertallet av helseforetakene nevner heller ikke rapporten i sine årlige meldinger. De resterende har mer omtale i generelle vendinger og hva man skal gjøre i fremtiden, ikke hva som kan kvitteres ut for 2011. Av de 16 risikofaktorene, synes bare forsinkelser til oppstart behandling å være godt adressert og fulgt opp.

Denne statusanalysen er gjort pr. 31.12.11, dvs. vel 1,5 år etter risikoanalysen ble publisert. Helsetilsynet konkluderer med at helseforetakene reagerer sent og lite substansielt på denne risikoanalysen. At de regionale helseforetak heller ikke rapporter tilbake til Helse- og omsorgsdepartementet på ett klart formulert oppdrag på et så viktig og samfunnsaktuelt fagområde, er etter vår vurdering til ettertanke. Det reiser bl.a. spørsmål om hvilken status årlig melding har i styringsløyfen.

Da risikoanalysen ble oversendt de regionale helseforetak 27.5.10, skrev Helsetilsynet bl.a.: *Både de regionale helseforetakene (som eiere) og helseforetakene har ansvar for at virksomhetsansvarlige, virksomhetene i helsetjenesten og fagmiljøene bruker resultatene fra risikoanalysen i sitt løpende kvalitetsarbeid. Dette er en ledelsesutfordring. Det bør være fokus på risikostyring, og lederoppfølging av resultatene med risikostyring.*

Helsetilsynets konklusjon er derfor at ovennevnte ledelsesutfordring ikke synes innfridd.

Vedlegg 1

Gjennomgang av de årlige meldingene fra regionale helseforetak for 2010 om oppfølging av risikoanalysen

jf Oppdragsdokument 2010. Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 125 S (2009-2010), HODs brev av 8. juli 2010 til de regionale helseforetakene

RHF	Årlig melding for 2010: Spesifikt om risikoanalysen?	Fra årlig melding eller senere supplerende rapportering. Søkeord: Helsetilsyn, kreft, risikobilde, risikobilete
Helse Sør-Øst RHF	Nei	Fra supplerende rapportering 04.05.11 (side 3-4): Statens helsetilsyns rapport om risikobildet i Norsk kreftbehandling ble et av grunnlagsdokumentene for Fagråd for kreft, som i 2010 utarbeidet et forslag til funksjonsfordeling av kreftbehandling i Helse Sør-Øst. Forslagene fra fagrådet ble i all hovedsak vedtatt under styrets behandling av saksfremlegget og rapportens innhold vurderes således å være lagt til grunn og ivarettatt i Helse Sør-Østs arbeid for å bedre kvaliteten av kreftbehandlingen i regionen.
Helse Vest RHF	Ja	Fra årlig melding (side 37-39): Tiltak som er sette i verk for å oppfylle styringskrav: Helse Vest har i eget brev hausten 2010 bedt helseføretaka og Haraldsplass Diakonale sjukehus om å gjere rapporten kjent i egen organisasjon, gjere ein nærmare vurdering av årsaksanalysar og tiltak sett i forhold til egen verksemd og nytte rapporten og gjennomgangen i eige forbetningsarbeid. Det ble og bedt om forslag til felles oppfølging i føretaksgruppa. Helseføretaka stadfestar at det risikobilete som er omtala i rapporten samsvarar med risikobilete i Helse Vest. Helseføretaka har hatt ein gjennomgang av rapporten i alle relevante einingar. I Helse Stavanger er rapporten førelagt aktuelle avdelingar og kommentarane frå helseføretaket bekreftar relevansen av dei risikoområda som rapporten framhever. Rapporten er tatt i mot med stor interesse og vil bli brukt i forbetningsarbeidet på aktuelle avdelingar. Helse Stavanger har utfordringar spesielt knytt til ventetider/kapasitet på utgreiingar knytt til radiologisk og patologisk diagnostikk. Leiinga vil arbeide for å utvide kapasiteten innanfor disse to fagområda. I Helse Fonna er rapporten lagt fram og presentert for alle klinikkdirektørar. Føretaket har hatt ein brei gjennomgang av rapporten med klinikkleiinga og sentrale overlegar i klinikkane. Det er på bakgrunn av rapporten utarbeidd fleire tiltak for å sikre rask og sikker diagnostisering av kreftpasientar. Det er nedsett ei eiga arbeidsgruppe som skal sikre rask utredning, diagnostikk, behandling, oppfølging av pasientar med lungekreft. Føretaket planlegg å starte opp arbeidsgrupper for fleire kreftpasientgrupper i 2011. I Helse Bergen har rapporten "Risikobiletet av norsk kreftbehandling" vore drøfta mellom aktuelle einingar. Helse Bergen stadfester at deira risikobilete av eigen kreftomsorg i store trekk samsvarer med

RHF	Årlig melding for 2010: Spesifikt om risikoanalysen?	Fra årlig melding eller senere supplerende rapportering. Søkeord: Helsetilsyn, kreft, risikobilde, risikobilete
		<p>det nasjonale bilete. Det føreligg store variasjonar frå spesialitet til spesialitet og ulike utfordringar for ulike kreftområde. Risikoelementa frå rapporten er aktuelle i fleire einingar. Mangelfulle tilvisingar frå primærlegar og lokalsjukehus, logistikkproblem med forsinking i patologisvar, kapasitetsproblem og prioriteringsutfordringar i radiologi og flyt av informasjon kring den einskilde pasient (komplisert av problem ved innføring av nytt pasientadministrativt system i Helse Bergen) er særleg fokusert og blir arbeidd med. Kontinuitet i behandlinga, særleg ved overflytting av pasientar mellom sjukehus og primærhelsetenesta, er eit anna punkt der svikt kan hende.</p> <p>Praksiskoordinatorane for primærlegane er trekte inn i ei gruppe for å betre primærtilvisningar og dette har gitt godt resultat for ei avdeling. Logistikken ved Avdeling for patologi blir det arbeidd med å betre på kort og lengre sikt. Det elektroniske pasientadministrative system blir justert og tilpassa Helse Bergen og risiko for feil har falle markant. Det blir gjort eit stort arbeid for å betre overgangen frå aktiv, sjukdomsretta behandling til palliativ, symptomretta behandling. Overgangen mellom nivåa i tenesta blir dermed betra. Arbeidet blir gjort av Kompetansesenteret i lindrande behandling (Helse Vest) saman med Helse Bergen i samhandling med kommunane i regionen.</p> <p>I Helse Førde er det variasjonar innan dei ulike avdelingar og spesialitetar kva risikoelement som er dominerande. Rapporten er drøfta i leiargruppa i Helse Førde og klinikkdirektørane orienterer om rapporten ut i sine respektive avdelingar. Det er pr i dag ikkje sett i verk konkrete tiltak knytt til rapporten, men avdelingssjefane skal kjenne innhaldet i rapporten og ta omsyn til denne i si daglege drift og i den framtidige planlegginga av drifta. Rapporten vert følgd opp av leiargruppa i Helse Førde og på klinikknivå.</p>
Helse Midt-Norge RHF	Ja	<p>Fra årlig melding (side 45-46):</p> <p>Det er i løpet av 2010 gitt St. Olavs Hospital i oppdrag å utforme ny regional handlingsplan for kreftomsorgen. I arbeidet med planen vil en spesielt se på funksjonsfordeling, kompetanseoppbygging, utredning og behandlingsforløp samt informasjonsflyten.</p>
Helse Nord RHF	Nei	<p>Fra supplerende rapportering 02.05.11 (side 5):</p> <p>Pasientforløp spesielt for lungekreft har blitt etablert som en pilot på UNN. Erfaringene er gode og vil kunne danne grunnlag for nye områder. Det er videre fokusert på likeverdig tjenester for den samiske befolkning. Analysen viser en lik strøm av somatiske henvisninger fra de samiske språk kommunene som fra kontrollgruppen. Videre har de samiske områdene klart færre krefttilfeller, men lik tilgang til f.eks. stråleterapi når de får kreft.</p> <p>Arbeidsfordeling innad i Helse Nord er etablert for en tid tilbake og oppdatert i 2010 mht ulike krefttyper og behandling. Etter hendelsene ved NLSH med avvik fra regionale føringer innen kirurgi har det vært arbeidet med datasystem for overvåking av at funksjonsfordeling følges. Ved NLSH er prosjektet Safe Surgery etablert for å sikre kvaliteten. Erfaringer herfra vil kunne danne grunnlag for overføring til andre HF.</p>

Vedlegg 2:

Gjennomgang av de årlige meldingene fra landets helseforetak for 2011 om oppfølging av risikoanalysen

De fleste RHF og HF har en del omtale av kreft i forbindelse med utviklingstrender, funksjonsfordeling særlig ved kreftkirurgi, nasjonale retningslinjer, ny 20 dagers frist og screeningsprogrammer. Dette innbefatter b.la. omtale av arbeid med nye regionale kreftplaner som i varierende grad kan være relatert til risikoanalysen.

Disse er ikke referert nedenfor da det går inn under andre punkter i oppdragsdokumentene.

RHF/HF	Årlig melding for 2011: Spesifikt om risikoanalysen?	Fra årlig melding: Søkeord: Helsetilsyn, kreft, risikobilde, risikobilete
Helse Sør-Øst		
RHF	Nei	
AHUS	Nei	
OUS	Nei	
Vestre Viken	Ja	<p>s. 8: Oppfølging av Helsetilsynets rapporter må ha større fokus. I 2011 skal det være særskilt oppmerksomhet på Helsetilsynets rapporter om risikobildet i norsk kreftbehandling og risikobildet innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre. For å sikre at uønskede hendelser og funn fra tilsyn blir fanget opp i hele organisasjonen, må Vestre Viken HF legge til rette for kollektiv læring av feil og systemsvikt. Følges ved behov opp med konkrete forbedringstiltak. I 2011 har det vært økt fokus på rapportering til styret i slike saker og iverksettelse av handlingsplaner for å sikre forbedringer og læring.</p> <p>s.17: Arbeidet med å bedre kvaliteten i tjenesten skal ta utgangspunkt i Helsetilsynets rapport om risikobildet i norsk kreftbehandling (4/2010), med spesiell vekt på de tre viktigste risikoområdene i rapporten: utredningslogistikk (sen diagnostikk), informasjonsflyt og komplikasjonsovervåkning: Dette er fulgt opp.</p>
Vestfold	Nei	
Telemark	Ja	<p>s.6-7: Sykehuset har i 2011 forsøkt å forbedre kvalitet og logistikk gjennom oppbygging av tverrfaglige team innen aktuelle fagområder. Det arbeidet videreføres. Det er påvist behov for styrking av avdeling for patologi og onkologisk enhet. Det vil dessuten bli arbeidet videre med etablering av et system for kreftkoordinatorer, pasientforløp og kvalitetsindikatorer. (i samsvar med påviste risikoområder i rapport fra Helsetilsynet. om risikobildet i norsk kreftbehandling). Med utgangspunkt i å øke kvalitet og kompetanse innen kreftområdet, har sykehuset i dag en onkolog, og det arbeides for å øke antall spesialister. Sykehuset har i tillegg to hematologer og 1 indremedisiner med kompetanse innen onkologi. Sykehuset satser på spesialkompetanse hos sykepleierne og har kontinuerlig en sykepleier i videreutdanning innen kreft eller palliasjon. IT system</p>

RHF/HF	Årlig melding for 2011: Spesifikt om risikoenalysen?	Fra årlig melding: Søkeord: Helsetilsyn, kreft, risikobilde, risikobilete
		ved sykehuset gjør det vanskelig å se om vi fullt ut ivaretar ventetider på utredning og behandling. Henvisninger blir fortløpende vurdert og raskt behandlet. Alle pasienter ved kreftpoliklinikken får direkte time. Ved palliasjon er det en godt fungerende enhet med velorganisert samarbeid med kommunehelsetjenesten. Enheten driver kontinuerlig og systematisk kompetanseheving og erfaringsutveksling med kommunehelsetjenesten. Det er etablert kontaktsykepleiernettverk i fylket. Sykehuset har ambulerende team med lege og sykepleier som samarbeider om enkeltpasienter og gir generell opplæring/rådgiving. Enheten har i 2011 arbeidet spesielt med prosjektet "Den døende pasient" både innad i sykehuset og sammen med kommunehelsetjenesten.
Sørlandet	Ja	<p>s 19: Kreftbehandling er et av de fem strategiske satsingsområdene i SSHF. <i>Risikobildet for kreftbehandling</i> vil bli håndtert i den handlingsplanen som er under utarbeidelse våren 2012. Senter for kreftbehandling har et særskilt ansvar for å sørge for at onkologiske fremskritt kommer befolkningen i hele Agder til gode. Avdelingen har virksomhet i både Arendal, Kristiansand og Flekkefjord. Avdelingen innfrir kravene til ventetid for strålebehandling og cytostatikabehandling, men med økende prevalens og insidens blir dette krevende å få til i årene som kommer og forutsetter tiltak. Planene om omorganisering og styrking av lindrende senger i Arendal har ikke vært mulig å gjennomføre i 2011. SSHF fikk i 2011 ny hjemmel i hematologi, noe som vil gi en helt nødvendig styrking av fagområdet. Sommerferieavviklingen 2011 viste at virksomheten er for sårbar med hensyn til å sikre tilgang på tverrfaglig kompetanse i ferieavviklingen. Utredning, diagnostisering og behandling av kreft må foregå i nært samarbeid mellom de ulike spesialitetene, og dette må sikres 52 uker i året. Handlingsplanen for kreftbehandling vil spesielt adressere denne problematikken.</p>
Innlandet	Nei	
Østfold	Ja	<p>s. 33 (PDF-sidetall): Oppfølging av Helsetilsynets rapporter må ha større fokus. I 2011 skal det være særskilt oppmerksomhet på Helsetilsynets rapporter om risikobildet i norsk kreftbehandling og risikobildet innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre. For å sikre at uønskede hendelser og funn fra tilsyn blir fanget opp i hele organisasjonen, må Sykehuset Østfold HF legge til rette for kollektiv læring av feil og systemsvikt.</p> <p>s 45 (PDF-sidetall): Arbeidet med å bedre kvaliteten i tjenesten skal ta utgangspunkt i Helsetilsynets rapport om risikobildet i norsk kreftbehandling (4/2010), med spesiell vekt på de tre viktigste risikoområdene i rapporten: utredningslogistikk (sen diagnostikk), informasjonsflyt og komplikasjonsovervåkning. Rapporten er diskutert i kvalitetsutvalget i klinikk for kirurgi. SØ har de samme hovedutfordringer som rapporten identifiserer og arbeider med forbedringer. Kapasitet innen avdeling for patologi med lange svartider er en spesiell utfordring. Økning i forekomst av kreft kombinert med mangel på spesialister gir betydelige utfordringer for kreftomsorgen i Østfold. Det jobbes aktivt med rekruttering i samarbeid med OUS. Det blir tilsatt nye onkologer i 2012. Tross disse utfordringene, har SØ kunnet tilby</p>

RHF/HF	Årlig melding for 2011: Spesifikt om risikoanalysen?	Fra årlig melding: Søkeord: Helsetilsyn, kreft, risikobilde, risikobilete
		pasientene rask diagnostikk, utredning og informasjon i tråd med nasjonale retningslinjer. SØ arbeider aktivt med avviksregistrering og oppfølging i Synergi, med spesielt fokus på logistiske utfordringer knyttet til samhandling mellom ulike avdelinger. Det arbeides i tillegg aktivt med generell pasientsikkerhetskultur på de enkelte sengepostene i sykehuset, og spesielt pasientsikkerhet knyttet opp mot medikamenthåndtering.
Helse Vest		
RHF	Nei	
Stavanger	Ja	s.18: Vil nytte Helsetilsynet sin rapport om risikobiletet i norsk kreftbehandling (4/2010) i forbetningsarbeidet. Helsetilsynets rapport er godt kjent i Helse Stavanger HF. Rapporten er behandlet i ledergruppen i helseforetaket og i de aktuelle divisjoner. Den benyttes aktivt i de kliniske avdelinger i deres forbetningsarbeid. s.19: Det arbeides aktivt for å bedre logistikken for kreftpasienter i foretakets arbeid med pasientforløp. Videre utvides opplegget med å reservere tilstrekkelig tid til kreftpasienter på serviceavdelinger som radiologi. Videre er det igangsatt et arbeid sammen med Praksiskonsulentene (PKO) for å bedre henvisningene og således skaffe et bedre grunnlag for å vurdere hvilke pasienter som skal inn i slike forløp.
Fonna	Ja	s. 16: nytte Helsetilsynet sin rapport om risikobiletet i norsk kreftbehandling (4/2010) i forbetningsarbeidet Rapporten er presentert og gjennomgått av leiargruppa. Klinikkane har starta arbeidet med å gjennomgå rapporten sett opp mot det enkelte fagområdet.
Bergen	Ja	s. 16: Nytte Helsetilsynet sin rapport om risikobiletet i norsk kreftbehandling (4/2010) i forbetningsarbeidet. Rapporten er kjent av aktuelle avdelingar i føretaket. Radiologisk avdelinga har fokus på logistikk, ventetid og korrekt diagnostikk
Førde	Ja	s. 10: Helse Førde deltek i arbeidet og følgjer opp nye retningslinjer. Dette gjeld mellom anna innan mammakirurgi, prostatakirurgi og kirurgi generelt i Helse Vest. I dette arbeidet nyttar føretaket rapporten om risikobiletet i norsk kreftbehandling for 2010. Rapporten frå Helsetilsynet om risikobiletet i norsk kreftbehandling er kjend i kreftavdelinga og vil verte nytta i arbeidet framover.
Helse Midt-Norge		
RHF	Nei	
St. Olavs Hospital	Nei	
Møre og Romsdal	Nei	
Nord-Trøndelag	Nei	
Helse Nord		
RHF	Nei	

RHF/HF	Årlig melding for 2011: Spesifikt om risikoanalysen?	Fra årlig melding: Søkeord: Helsetilsyn, kreft, risikobilde, risikobilete
UNN	Nei	
Helgeland	Nei	
Finnmark	Nei	
Nordland-sykehuset	Nei	

Vedlegg 3: Rapport 4/2010 "Risikobildet av norsk kreftbehandling"

Sammendrag

I dag gjør Helsetilsynet risikoanalyser av ulike områder av helsetjenesten. Å gjøre risikoanalyser i bare ett fylke eller én helseregion er ressurskrevende og viktige områder med fare for feil kan

bli oversett. For å forbedre disse overvåkingsaktivitetene, har Statens helsetilsyn besluttet å gjennomføre risikoanalyser på nasjonalt nivå av diagnosegrupper eller medisinske fagområder.

Norsk kreftbehandling ble valgt til å være pilot. Med kreftbehandling tenkes hele omsorgskjeden med diagnostikk, behandling, oppfølging, lindrende og terminal behandling.

Denne forenklete risikoanalysen av norsk kreftbehandling hadde som hovedmål å identifisere minst 15 av de viktigste uønskede hendelser/forhold i norsk kreftbehandling, og rangere disse i en risikomatrise.

Helsetilsynets forberedelser besto av litteratursøk nasjonalt og internasjonalt og gjennomgang av ulike datakilder om uønskede hendelser/forhold. Dette ble sammenstillet i et notat som beskrev 50

aktuelle, uønskede hendelser/forhold. Notatet ble sendt deltakerne 3 uker før et to dagers arbeidsseminar. Arbeidsseminaret ble valgt som arena for å bearbeide dataene og drøfte risikobildet. Det var 23 deltakere, 21 fagfolk med stor variasjon i faglige ståsteder både fra helseforetak og kommunehelsetjeneste, og 2 deltakere fra regionale foretak.

Gjennom en trinnvis prosess identifiserte arbeidsgruppen de 16 viktigste uønskede hendelser / forhold i norsk kreftbehandling. Både under arbeidsseminaret og i kommentarer til rapportutkast fremkom stor konsensus om den risikomatrisen som ble satt opp.

Denne risikoanalysen, sammenholdt med det informasjonsbildet Helsetilsynet har fra før, viser at risikonivået i norsk kreftbehandling er for høyt. Helsetjenesten bør bruke resultatene som underlag for å prioritere tiltak for å eliminere eller redusere mulige årsaker til risiko. De fire viktigste risikoområdene som er påvist i denne analysen er utredningslogistikk (sen diagnostikk), informasjonsflyt, kontinuitet og komplikasjonsovervåkning. For noen uønskede hendelser/forhold er det behov for mer detaljert analyse av mulige årsaker. Utvikling av nye risikoindikatorer i kreftbehandling er også helt nødvendig for å kunne tallfeste og følge utviklingen bedre på mange risikoområder.

Helsetilsynet takker deltakerne og dataleverandører for gode bidrag til denne risikoanalysen av norsk kreftbehandling.

Figur 1. Risikobildet av norsk kreftbehandling – de 16 viktigste uønskede hendelser/forhold

Konsekvenser

Katastrofal: Tap av liv. Svært alvorlig skade Høygradig invaliditet					Diagnostikk
Svært alvorlig: Irreversibel helseskade. Tap av leveår. Prognosetap.		Strålebehandling	Volum- kvalitet Henvisning	Kirurgi Infeksjoner	Radiologi Patologi Kompetanse
Alvorlig: Reversibel helseskade. Uheldige belastninger. Moderate skader.			Komplikasjoner	Informasjonsflyt Overbehandling	Palliasjon Kontinuitet
Mindre alvorlig: Lettere, forbigående helseskade uten varig men				Arbeidsmiljø	Kommunikasjon
Ikke alvorlig: Ingen påvist helseskade					
	Svært usannsynlig (Sjeldnere enn hvert år)	Usannsynlig	Lite sannsynlig	Sannsynlig	Svært sannsynlig (ukentlig)

Sannsynlighet for at hendelsen inntreffer i en region (RHF)

Vedlegg 4: Rapport 4/2010 "Risikobildet av norsk kreftbehandling". Oppfølging og anbefalinger

Helsetilsynet

Resultatene fra risikoanalysen må ses i lys av de behovene Statens helsetilsyn har for sin virksomhet. Dette både som ledd i sine overvåkingsaktiviteter som innebærer å følge med på barnevernsområdet, sosial- og helsetjenesten, og å identifisere områder med fare for svikt. Videre vil risikoanalysen være en del av grunnlaget for prioriteringer i det ordinære tilsynsarbeidet.

Møtene som Helsetilsynet i fylkene i helseregionen har med de respektive Regionale helseforetak vil være arena for bl.a. å sette fokus på risikoområdet diagnostikk.

Helsetilsynet ser alvorlig på at kunnskap både fra kjente tilsynssaker og prosessen med denne risikoanalysen, viser at det er for mange tilfeller i Norge hvor kreftutredning blir forsinket, for eksempel fordi henvisning til neste tjenestenivå eller aktør blir forbigående eller permanent borte, eller at prøvesvar ikke følges opp. Dette er uforsvarlig og kan ha fatale konsekvenser for pasientene.

Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet bør som eier og helsepolitisk myndighet, vurdere hvordan rapporten bør følges opp.

Risikoanalysen viste bl.a. at det er stor risiko for svikt i utredningsfasen som kan føre til sen diagnostikk. Helsetilsynet mener derfor at det f.eks. er grunn til å se på myndighetskravene i ventetidsgarantien.

Hesledirektoratet

Helsetilsynet vil be Hesledirektoratet vurdere hvordan rapporten kan brukes i deres videre arbeid. Svikt i informasjonsflyt/nasjonale koordinering mellom aktører ble rangert som en viktig risikofaktor. Den nasjonale dynamikken kan være undervurdert på dette området, da behandling som gis i helseforetakene, i en del tilfeller ikke kan gjenfinnes i de nasjonale informasjonsportaler eller andre offentlig tilgjengelige kilder.

Helsetilsynet mener det er behov for å se på rutine for utarbeidelse av og oppdatering av nasjonale handlingsprogrammer. Helsetilsynet mener også at det er nødvendig å se på utvikling av risikoindikatorer i kreftbehandling for å kunne tallfeste og følge utviklingen bedre på mange risikoområder.

De regionale helseforetakene og helseforetakene

Helsetilsynet vil overfor helseforetakene påpeke at denne risikoanalysen på en ny måte beskriver tidligere kjente utfordringer. Risikobildet av norsk kreftbehandling som viser et for høyt risikonivå, er langt på vei et ledelsesproblem. Helseforetakene bør derfor se nærmere på flere spørsmål, bl.a.: Hvordan er risikostyring og evaluering av resultatene med risikostyring integrert i lederkontrakter og deres oppfølging? Hvilke faktiske aktiviteter har

helseforetakene i sitt kontinuerlige forbedringsarbeid, og hvor virkningsfulle er disse aktivitetene?

Helsetilsynet vil i oversendelse av rapporten til de regionale helseforetakene og helseforetakene påpeke ovenstående og at både eiernivå (de regionale helseforetakene) og helseforetakene har ansvar for at virksomhetsansvarlige, virksomhetene i helsetjenesten og fagmiljøene bruker resultatene fra risikoanalysen i sitt løpende kvalitetsarbeid. De regionale helseforetakene og helseforetakene bør for eksempel se nærmere på årsaksanalyser og tiltak knyttet til de 16 viktigste risikoforhold, samt utvikle flere risikoindikatorer. Helseforetakene bør også videreutvikle funksjonen som pasientansvarlig lege som et viktig virkemiddel til bedre kreftbehandling.

Samhandlingen med kommunene er en forutsetning for at pasientene skal få et helhetlig pasientforløp. Bruk av individuell plan er et viktig verktøy til dette. Helseforetakene har sammen med kommunens helse- og sosialtjeneste ansvar for at dette myndighetskravet oppfylles.

Kommunene

Ved oversendelse av rapporten til kommunene vil Helsetilsynet presisere at kommunehelsetjenesten har en sentral og viktig rolle i de ulike fasene i kreftbehandling. Et sentralt område for kommunene er å fokusere på lindrende behandling i slutfasen etter at pasientene ikke lenger er til behandling på de mer spesialiserte kreftavdelingene, og kommunehelsetjenesten skal overta. Dette forutsetter nær kontakt mellom fagmiljøene i helseforetakene og kommunehelsetjenesten. Kompetanse og kompetanseoverføring er en samhandlingsoppgave og dermed et felles ansvar for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Andre

Utdanningsorganisasjonene og fagorganisasjonene står sentralt i videreutviklingen av kunnskap og kompetanse på området. Statens helsetilsyn legger til grunn at disse og andre instanser og organisasjoner, herunder Kreftforeningen og andre pasientorganisasjoner, vil dra nytte av rapporten i sitt arbeid.

Vedlegg 5:

Til

Helse- og omsorgsdepartementet

27. mai 2010

Risikobildet av norsk kreftbehandling - Rapport 4/2010 fra Statens helsetilsyn

Helsetilsynet oversender med dette Rapport 4/2010 "Risikobildet av norsk kreftbehandling". I rapporten redegjøres det for resultatet av en forenklet risikoanalyse av norsk kreftbehandling. Hovedmålet var å identifisere de viktigste uønskede hendelser/forhold i norsk kreftbehandling og rangere disse i en risikomatrise. Analysen var en pilot, og inngår i Helsetilsynets beslutning om å gjennomføre risikoanalyser på nasjonalt nivå av diagnosegrupper eller medisinske fagområder. Risikoanalysen er primært rettet inn mot de behovene Statens helsetilsyn har i sin virksomhet, både som ledd i overvåkingsaktiviteter og som grunnlag for prioriteringer i det ordinære tilsynsarbeidet.

Risikoanalysen, sammenholdt med det informasjonsbildet Helsetilsynet har fra før, viser at risikonivået i norsk kreftbehandling er for høyt. En reduksjon i risikonivået vil etter Helsetilsynets vurdering både på kort og lang sikt kunne gi raskere diagnostikk, færre alvorlige komplikasjoner og bedre livskvalitet for mange pasienter. De tre viktigste risikoområdene synes ut fra denne analysen å være: utredningslogistikk (sen diagnostikk), informasjonsflyt og komplikasjonsovervåkning.

Helse- og omsorgsdepartementet bør som eier og helsepolitisk myndighet, vurdere hvordan rapporten skal følges opp. Et av de forhold som bør vurderes er myndighets-kravene i ventetidsgarantien, jf risiko for svikt i utredningsfasen.

Rapporten finnes også på Helsetilsynets hjemmesider www.helsetilsynet.no.

Med hilsen

Geir Sverre Braut (etter fullmakt)
ass.direktør

Anne Berit Gunbjørud
seniorrådgiver

Vedlegg 6:

Til

De regionale helseforetakene og helseforetakene

27. mai 2010

Risikobildet av norsk kreftbehandling - Rapport 4/2010 fra Statens helsetilsyn

Helsetilsynet oversender med dette Rapport 4/2010 "Risikobildet av norsk kreftbehandling". I rapporten redegjøres det for resultatet av en forenklet risikoanalyse av norsk kreftbehandling. Hovedmålet var å identifisere de viktigste uønskede hendelser/forhold i norsk kreftbehandling og rangere disse i en risikomatrix. Analysen var en pilot, og inngår i Helsetilsynets beslutning om å gjennomføre risikoanalyser på nasjonalt nivå av diagnosegrupper eller medisinske fagområder.

Risikoanalysen er primært rettet inn mot de behovene Statens helsetilsyn har i sin virksomhet, både som ledd i overvåkingsaktiviteter og som grunnlag for prioriteringer i det ordinære tilsynsarbeidet.

Risikoanalysen beskriver på en ny måte tidligere kjente utfordringer. Sammenholdt med det informasjonsbildet Helsetilsynet har fra før, viser risikoanalysen at risikonivået i norsk kreftbehandling er for høyt. En reduksjon i risikonivået vil etter Helsetilsynets vurdering både på kort og lang sikt kunne gi raskere diagnostikk, færre alvorlige komplikasjoner og bedre livskvalitet for mange pasienter. De tre viktigste risikoområdene synes ut fra denne analysen å være: utredningslogistikk (sen diagnostikk), informasjonsflyt og komplikasjonsovervåkning.

Både de regionale helseforetakene (som eiere) og helseforetakene har ansvar for at virksomhetsansvarlige, virksomhetene i helsetjenesten og fagmiljøene bruker resultatene fra risikoanalysen i sitt løpende kvalitetsarbeid. Dette er en ledelsesutfordring. Det bør være fokus på risikostyring, og lederoppfølging av resultatene med risikostyring. De regionale helseforetakene og helseforetakene bør for eksempel se nærmere på årsaksanalyser og tiltak knyttet til de 16 viktigste risikoforhold. Videre bør de sammen med Helsedirektoratet vurdere behovet for videreutvikling av risikoindikatorer i kreftbehandlingen for å kunne tallfeste og følge utviklingen bedre på mange risikoområder.

Helseforetakene bør også videreutvikle funksjonen som pasientansvarlig lege som et viktig virkemiddel til bedre kreftbehandling.

Samhandlingen med kommunene er en forutsetning for at pasientene skal få et helhetlig pasientforløp. Bruk av individuell plan er et viktig verktøy til dette. Helseforetakene har sammen med kommunens helse- og sosialtjeneste ansvar for at dette myndighetskravet oppfylles.

Rapporten finnes også på Helsetilsynets hjemmesider www.helsetilsynet.no.

Med hilsen

Geir Sverre Braut (etter fullmakt)

Anne Berit Gunbjørud