

Veileder for landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten i 2012

Spesialisthelsetjenestens håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft (kolorektalkreft)

Målgruppe: Fylkesmannsembetene

Saksbehandlere: Wenche Skjær, Lise Broen og Pål Børresen, 3. februar 2012

Godkjent: Lars E. Hanssen, 8. februar 2012

[Veiledningsmaterialet som er utarbeidet for de landsomfattende tilsynene oppdateres ikke. Senere lovendringer, endringer i normerende produkter og faglig utvikling på området er derfor ikke innarbeidet. Dersom statsforvalterne ønsker å bruke veiledningsmaterialet til å gjennomføre egeninitierte tilsyn, må statsforvalterne oppdatere og bearbeide veiledningsmaterialet.]

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Innledning | 3 |
| 1.1 | Bakgrunn | 3 |
| 1.2 | Tilsynets innretning, avgrensninger og begrepsavklaringer | 5 |
| 1.3 | Kort om tykk- og endetarmskreft (kolorektalkreft)..... | 7 |
| 1.4 | Veilederens oppbygning..... | 8 |
| 2 | Generelt rettslig grunnlag..... | 9 |
| 3 | Beskrivelse og regelverk knyttet til prosessens tre faser | 13 |
| 3.1 | Fase I – Motta, registrere og videreformidle henvisninger..... | 13 |
| 3.1.1 | Beskrivelse av fasen..... | 13 |
| 3.1.2 | Regelverk – mottak, registrering og videreformidling av henvisninger..... | 13 |
| 3.2 | Fase II – Vurdere henvisninger og prioritere start helsehjelp | 16 |
| 3.2.1 | Beskrivelse av fasen..... | 16 |
| 3.2.2 | Regelverk – vurdering av henvisninger og prioritering av start helsehjelp..... | 17 |
| 3.3 | Fase III – Utrede, diagnostisere og iverksette behandling | 21 |
| 3.3.1 | Beskrivelse av fasen..... | 21 |
| 3.3.2 | Regelverk – utredning, diagnostisering og iverksettelse av behandling | 22 |
| 3.4 | Viderehenvisning | 25 |
| 4 | Kartlegging av tidsbruk – juridiske frister og forløpstider | 30 |
| 5 | Samlede revisjonskriterier..... | 32 |
| 5.1 | Gjennomgående revisjonskriterier for alle fasene..... | 32 |
| 5.2 | Revisjonskriterier knyttet til de tre fasene..... | 34 |
| 6 | Planlegge, forberede og gjennomføre tilsynet | 37 |
| 7 | Vedlegg | 40 |
| 8 | Referanser..... | 42 |

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Tema for landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten i 2012 er håndtering og vurdering av henvisninger, herunder viderehenvisninger, samt utredning frem til oppstart behandling av pasienter med kolorektalkreft.

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2009 en risikoanalyse av norsk kreftomsorg (1). Analysen viser en rekke områder med høy risiko for svikt. Utredning ved mistanke om kreft var et av områdene hvor det pekes på særlig stor risiko for svikt.

Ved valget av kreftform for tilsynet er det lagt vekt på kreftformer som rammer mange personer av begge kjønn, bred enighet om hvordan pasienter med kreftformen skal tas hånd om, og at det er utfordringer i diagnostikkfasen som egner seg for tilsyn. De fleste pasienter med kolorektal kreft har ”alarmsymptomene” som gjør at de blir henvist til spesialistutredning, men disse symptomene er lite spesifikke for kreft og kan opptre ved flere andre tilstander i fordøyelsessystemet. Blant pasientene henvist til spesialisthelsetjenesten på grunn av disse symptomene er det bare ca 5 % som har kreft (2). Spesialisthelsetjenesten må derfor utrede et stort antall pasienter for å identifisere de pasientene som har kolorektalkreft.

Helsedirektoratet publiserte nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm i april 2010 (i det videre omtalt som nasjonale retningslinjer) (3). I tillegg foreligger det to prioriteringsveiledere som er aktuelle for området; IS-1620 Gastroenterologisk kirurgi fra 2008 med veiledertabell IS-1639 (4) og IS-1620 Fordøyelsessykdommer fra 2009 med veiledertabell IS-1638 (5).

Sommeren 2011 besluttet Regjeringen å innføre forløpstider i kreftbehandlingen. Forløpstidene er ikke en pasientrettighet, men et eierkrav fra HOD til de fire regionale helseforetakene (6), og setter som mål at spesialisthelsetjenesten etter å ha mottatt henvisning skal foreta en vurdering av denne innen 5 virkedager og starte utredning og behandling innen henholdsvis 10 og 20 virkedager. Målsetningen er at disse tidsfristene skal overholdes for 80 % av pasientene. Helsedirektoratet har inkludert forløpstidene i de aktuelle nasjonale retningslinjene. Fra et pasientsikkerhetsperspektiv og tilsynsperspektiv er det imidlertid først og fremst viktig å fokusere på om pasientene som av ulike grunner ikke får tjenester innen disse fristene, blir tatt hånd om på en forsvarlig måte, uavhengig av hvor stor andel disse utgjør.

En del temaer som omtales i denne veilederen er gyldige for håndtering og vurdering av henvisninger uavhengig av krefttype, og til dels også for andre deler av spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppen antar at veilederen vil kunne være nyttig ved planlegging av fremtidige lokale tilsyn med spesialisthelsetjenesten der håndtering og vurdering av henvisninger er tema.

I arbeidet med å lage denne veilederen har arbeidsgruppa hatt kontakt med Helsedirektoratet, Kreftforeningen og fagpersoner innen det aktuelle fagområdet.

Veilederen er utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av: Seniorrådgiverne Lise Broen, Pål Børresen, Charlotte Stokstad, Kurt I. Myhre (til 30.09.11) og Wenche Skjær (oppgaveansvarlig) i Statens helsetilsyn, avdeling for planlagt tilsyn og assisterende fylkeslege Inger Williams (fra

01.10.2011). Fra avdeling for tilsynssaker i Statens helsetilsyn har seniorrådgiverne Brynhild Braut og Gro Vik Knutsen bidratt i arbeidet med veilederen.

Hva vi vet om situasjonen på området i spesialisthelsetjenesten

Kvalitetsindikatorer

Tid fra henvisning til behandling av tykktarmskreft er en av 14 nasjonale kvalitetsindikatorer innen somatisk spesialisthelsetjeneste (8). Resultatene presenteres som median tid, både på RHF-, HF- og virksomhetsnivå.

Elektroniske systemer

Foretakene har ulike praksis og ulike verktøy for mottak og håndtering av henvisninger. Det finnes både elektroniske og papirbaserte løsninger for deler av prosessen, men felles er at henvisninger håndteres i pasientadministrativt system (PAS) ved vurdering av behov for helsehjelp og utsendelse av tilbud om oppstart helsehjelp til pasientene.

IT-baserte løsninger gir gode muligheter for kontroll og oversikt, men gir også mulighet for svikt. Det finnes mange og ulike elektroniske systemer og applikasjoner for dokumentasjon. Felles for foretakene er at de alle har elektronisk pasientjournal (EPJ, pasientens hovedjournal) og elektronisk løsning for pasientadministrasjon (PAS). Videre finnes det ulike fagspesifikke tilleggsapplikasjoner. Dette kan omfatte rekvirering og svar på ulike prøver og undersøkelser, som for eksempel radiologi og patologi. Det er ulikt hvorvidt de ulike applikasjonene er integrerte og snakker med hverandre. Ansatte i foretakene kan følgelig ha flere systemer å forholde seg til og som i ulik grad er kompatible, noe som kan være en stor utfordring for virksomhetene.

Tilsyn gjennomført i 2010 i Helse Midt-Norge viste at det var usikkerhet knyttet til praksis når det gjelder signering og oppfølging av elektroniske svar fra prøver og undersøkelser, samt dokumentasjon av dette. Det var også mangelfull oppfølging av prøvesvar når rekvirerende lege var fraværende.

Statens helsetilsyn sendte 1. juni 2011 brev til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) på bakgrunn av alvorlige forhold knyttet til svikt i helseforetakenes elektroniske systemer (PAS og EPJ) som var kommet frem gjennom tilsynssaker og oppslag i media (7).

RHFenes internrevisjon¹

Helse Sør-Øst RHF gjennomførte i 2008 internrevisjon med tema ”Revisjon av dokumentflyt i pasientarbeidet /henvisningsrutiner i helseforetakene”. I 2011 har tema for internrevisjonen vært ”Intern styring og kontroll av det pasientadministrative arbeidet i helseforetak”.

Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF gjorde i 2010 tilsyn med temaet ”Helseforetakenes ivaretagelse av pasientrettigheter”.

Både funn fra tilsynssaker, saker omtalt i media og funn fra RHF-enes egne internrevisjoner viser at det er fare for svikt i alle ledd og på flere nivå rundt håndtering av henvisninger. De elektroniske løsningene som benyttes er et sårbart og kritisk område i seg selv.

¹ Lenker til aktuelle brev og rapporter om RHF-enes internrevisjoner finnes i Kap 8 Referanser

1.2 Tilsynets innretning, avgrensninger og begrepsavklaringer

Tilsynet skal gjennomføres som systemrevisjon etter gjeldende prosedyre. I tillegg skal det gjøres en enkel kartlegging av hvordan foretakene ligger an når det gjelder å nå målsetningene i forløpstidene (se kap. 4).

Tilsynslagene skal undersøke om foretaket gjennom systematisk styring, tilrettelegging og forbedring sikrer forsvarlig håndtering og vurdering av henvisninger, herunder viderehenvisninger, samt utredning frem til oppstart behandling for pasienter hvor det er mistanke om eller allerede diagnostisert kolorektalkreft.

Tilsynet skal ikke undersøke og bedømme forsvarligheten av legenes medisinskfaglige vurdering av den enkelte henvisning. Aktiviteter hos fastlege eller spesialist/diagnostisk enhet utenfor helseforetaket i forkant av at foretaket mottar henvisningen er ikke del av dette tilsynet.

Det skal undersøkes hvordan helseforetaket sikrer prosessene fra henvisning, med mistanke om kolorektalkreft eller hvor diagnosen er klar, mottas og frem til behandling igangsettes. Ved gjennomgang av journaler skal det tas utgangspunkt i journaler til pasienter som har fått diagnosen tykk- eller endetarmskreft og hvor behandling er igangsatt eller pasienten er viderehenvist til annet sykehus.

Det er henvisninger ved første gangs mistanke om kolorektalkreft eller første gangs diagnostisering av kolorektalkreft tilsynet skal ha fokus på. Henvisninger ved recidiv (tilbakefall) eller metastaser (spredning) etter tidligere diagnostisert kolorektalkreft er ikke del av tilsynet.

Med oppstart behandling menes i denne veilederen behandling i form av stråling, kirurgi eller cytostatika.

Pasienter hvor kolorektalkreft oppdages ved innleggelse som øyeblikkelig hjelp på grunn av akutte magesmerter el. er ikke inkludert i tilsynet.

Begrepet *henvisning* brukes i ulike sammenhenger og med litt ulik betydning. Henvisning kan i tjenestene også bli omtalt som *søknad*. Når det i denne veilederen er behov for å skille mellom ulike typer henvisninger, vil vi benytte begrepene nyhenvisning og viderehenvisning slik:

Nyhenvisning – første henvisning for en pasient med behov for utredning og/eller behandling i spesialisthelsetjenesten for en og samme lidelse. Henvisningen kommer ofte fra pasientens fastlege, men kan også komme fra andre leger. Nyhenvisning kan også omtales som *primærhenvisning*.

Viderehenvisning – henvisning av pasient fra en enhet til en annen i spesialisthelsetjenesten for utredning og/eller behandling for samme lidelse. Viderehenvisning kan skje til enheter innen samme sykehus eller foretak, eller til andre foretak. Henvisninger som sendes annen enhet innenfor samme foretak kan i tjenestene også bli omtalt som *internhenvisning*.

Begrepet *enhet* benyttes i denne veilederen om en organisatorisk avgrenset enhet innenfor ett sykehus.

Veilederen er utformet slik at den kan brukes på alle enheter i sykehus som utreder og behandler pasienter med kolorektalkreft, uavhengig av hvilke deler av prosessen de ivaretar.

Foretakene har organisert tilbudet til pasienter med kolorektalkreft på ulike måter. Det er ulikt hvilke aktiviteter i pasientforløpet det enkelte sykehus eller foretak ivaretar og hvor mange enheter i sykehuset som er involvert i tilbudet til denne pasientgruppen. Noen foretak tar hånd om hele forløpet fra nyhenvisning til behandling ved ett sykehus, og noen håndterer i tillegg pasienter som er viderehenvist. Andre foretak tilbyr utredning ved ett sykehus mens behandlingen foregår ved annet sykehus eller annet foretak. Pasientforløpet gjennom henvisning, utredning og behandling av kolorektal kreft kan således foregå innenfor ett og samme sykehus, involvere flere sykehus innenfor samme foretak eller involvere flere foretak. Det er alltid flere enheter ved sykehuset som er involvert i forløpet.

To begrep som er sentrale ved dette tilsynet er *mottaksdato* og *ansiennitetsdato*. Mottaksdato er den dagen henvisningen er mottatt av institusjonen. Ansiennitetsdato er mottaksdato ved den første institusjonen dersom henvisningen er sendt fra en annen institusjon, jf. ventelisteforskriften § 3 fjerde ledd.

I Rundskriv IS-10/2009 Ventelisterapportering til Norsk pasientregister (NPR) (14) utdypes videre at ansiennitetsdato er den første mottaksdato for en henvisning i kjeden av mottaksdatoer i offentlig spesialisthelsetjeneste, inkludert private som har avtale med det offentlige og som omfattes av rett til fritt sykehusvalg. Dersom henvisningen videresendes til annen enhet i spesialisthelsetjenesten, er det mottaksdato ved den første enheten som danner grunnlaget for beregning av ventetiden.

Tilsynet skal omfatte pasienter innen diagnosegruppene i ICD-10: Ondartet svulst i tykktarm (C18.0 - C18.9), Ondartet svulst i overgangen mellom sigmoideum og endetarm (C19) og Ondartet svulst i endetarm (C20).

Inndeling av prosessen i faser

Proessen fra henvisningen er mottatt og fram til igangsatt behandling eller viderehenvisning til annet sykehus eller foretak, består av mange aktiviteter og delprosesser. Vi har valgt å dele prosessen inn i tre faser:

- Fase I** Motta, registrere og videreformidle henvisninger internt i virksomheten
- Fase II** Vurdere henvisninger og prioritere start helsehjelp
- Fase III** Utrede, diagnostisere og iverksette behandling

Fasene er i varierende grad skarpt avgrenset. Blant annet vil spesialistene som vurderer henvisningene, knytte sine vurderinger opp mot hvilken utredning som dernest skal foregå og sette en frist for når den senest skal starte.

Tilsynet skal undersøke om foretakene gjennom sin styring ivaretar de ulike aktivitetene og prosessene i fasene på en forsvarlig måte. På den ene siden må tilsynet ha fokus på at foretak sikrer håndtering og vurdering av henvisninger, samt utredning og igangsetting av behandling for det store flertall av pasienter med mistanke om kreft eller diagnostisert kreft. På den annen side må foretaket sikre at pasienter som ikke følger hovedløpet, uavhengig av årsak, også får en forsvarlig vurdering og utredning frem til oppstart behandling.

Hvis foretaket ikke har sikret en forsvarlig logistikk for hovedstrømmen av pasientforløpene, vil risikoen for svikt være betydelig for pasienter som av ulike grunner ikke følger hovedløpet, for

eksempel pga forsinket vurdering eller utredning som følge av mangel på spesialist, utstyr e.l., forhold ved pasientens helsetilstand som må avklares/behandles før utredning og/eller behandling av kreftsykdommen kan starte, at henvisningen er forlagt eller at innkalling til time ikke er sendt eller er feilsendt, eller pga. forhold hos pasienten selv, som ferier mv.

Det er følgelig svært viktig at foretakene sikrer vurdering, utredning og igangsetting av behandling ved mistanke om kreft for pasienter som ikke følger hovedløpet eller faller ut av det, fordi det øker risikoen for uforvarlig behandling. Foretaket må sikre at det ikke mistes ubegrunnet tid under en eller flere av prosessene eller undersøkelsene for disse pasientene, som for eksempel at prøvesvar ikke foreligger når pasienten er innkalt til ny undersøkelse, som dermed må utsettes. Foretaket må også sikre at pasienter, hvor det har vært unødige eller faglige begrunnede forsinkelser, prioriteres slik at ytterligere forsinkelser ikke oppstår, og at samlet utredning og behandling gjennomføres innen forsvarlig tid.

Det er kjent at det er fare for svikt i overganger mellom ulike enheter. Det kan lett oppstå forsinkelser og annen svikt i utredning og behandling. Hvordan henvisende og mottakende enheter sikrer aktivitetene ved viderehenvisninger, blir derfor også sentralt i tilsynet.

Kjernen av tilsynet vil være logistikk og kommunikasjon knyttet til henvisninger, legespesialistenes vurdering av henvisninger og utredning av pasientene fram til igangsetting av behandling. Sikrer for eksempel foretaket forsvarlig kommunikasjon mellom kliniske avdelinger og støtteavdelinger som radiologi og patologi, forsvarlig kommunikasjon ved viderehenvisninger og forsvarlig kommunikasjon mellom foretak, pasient og henvisende lege?

Tilsynet vil omhandle både ledelse av tjenestene og faglig utøvelse, men omfatter ikke den enkelte leges kliniske skjønn og vurdering av den enkelte henvisning.

1.3 Kort om tykk- og endetarmskreft (kolorektalkreft)

Kolorektalkreft er en av de vanligste kreftformene i Norge. Forekomsten har vært økende, Kreftregisteret registrerte i 2009 1839 nye tilfeller hos kvinner og 1785 nye tilfeller hos menn. 1546 personer døde av kolorektal kreft samme år (9).

Det går mange år fra sykdommen starter til det oppstår symptomer eller tegn som gir mistanke om kreft². Svulstens lokalisering har betydning for hvilke symptomer pasienten opplever. Ofte vokser svulsten langsomt og pasienten kan ha hatt forskjellige symptomer før lege søkes og pasienten sendes til nærmere undersøkelse. Noen pasienter kan ha flere symptomer samtidig:

- **Obstruksjonssymptomer:** Svulsten gir reduserte plassforhold og pasienten opplever endrede avføringsvaner og magesmerter.
- **Blødning:** Over halvparten av pasientene har observert blod i avføringen. Anemi kan være eneste symptom ved tykktarmskreft.
- **Smerter:** Disse kan skyldes obstruksjon eller lokal innvekst.
- **Allmennsymptomer:** Vekttap, slapphet.

² Flere detaljer og referanser finnes i nasjonale retningslinjer s. 35.

Ingen av disse symptomene er spesifikke for kolorektalkreft, men kan også opptre ved flere andre tilstander i fordøyelsessystemet. Blant pasientene henvist til spesialisthelsetjenesten på grunn av disse symptomene er det bare ca 5 % som har kreft (2).

Hos omkring hver femte pasient med kolorektalkreft vil første symptom være akutte magesmerter som fører til øyeblikkelig hjelp-innleggelse (akutt abdomen). Årsaken kan være tarmslyng (ileus), større blødning eller tarmperforasjon.

Pasientenes overlevelse er sterkt avhengig av sykdommens utbredelse på diagnosetidspunktet. Kreftregisteret oppgir følgende 5-års overlevelse for pasienter som fikk påvist kolorektalkreft i perioden 2005-2009 (10):

| | | Stadium I | Stadium II | Stadium III | Alle |
|----------|---------|-----------|------------|-------------|------|
| Tykktarm | Menn | 86,1 | 73,6 | 9,1 | 59,6 |
| | Kvinner | 89,6 | 73,4 | 11,9 | 62,2 |
| Endetarm | Menn | 85,3 | 72,4 | 12,5 | 62,6 |
| | Kvinner | 90,7 | 71,3 | 13,5 | 66,2 |

Prognosen for pasienter som får påvist kolorektalkreft har bedret seg betydelig de siste årene, fra mindre enn 40 % 5-års overlevelse tidlig på 1970-tallet til mer enn 60 % i dag. Størst har bedringen vært for pasienter med endetarmskreft og lokale metastaser, fra omkring 20 % til mer enn 70 %.

1.4 Veilederens oppbygning

I veilederens kapittel 2 gis en generell beskrivelse av retten til nødvendig helsehjelp og forsvarlighetsnormen. Forholdet mellom forsvarlighetsnormen og nasjonale retningslinjer er nærmere beskrevet. Videre er forholdet mellom forsvarlighetsnormen og kravet til internkontrollsystem beskrevet, og kravene til internkontroll et stykke på vei utdypet.

I kapittel 3 er hver enkelt fase beskrevet tematisk, og det er redegjort for relevant regelverk. Særskilte forhold og regelverk knyttet til viderehenvisninger er presentert i eget underkapittel.

I kapittel 4 beskrives kartleggingen av faktisk tidsbruk både når det gjelder frister etter lovens krav og forløpstider.

I kapittel 5 er det gitt en veiledning for det skjønn som tilsynet må utvise ved anvendelse av revisjonskriteriene. Disse er gruppert etter hver enkelt fase og som gjennomgående kriterier.

Veilederens kapitler må leses i sammenheng for å få oversikt over hvilke krav som stilles til foretakene og den enkelte enhet, og hvordan tilsynet skal bedømme forholdene.

2 Generelt rettslig grunnlag

Retten til nødvendig helsehjelp og retten til vurdering etter pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 b annet ledd og 2-2, vil sammen med den generelle plikten til forsvarlighet og forsvarlige journal- og informasjonssystemer etter sphlsl. §§ 2-2 og 3-2, utgjøre de sentrale bestemmelser ved dette tilsynet sammen med kravet til internkontroll etter helsetilsynsloven § 3, jf. forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (heretter kalt internkontrollforskriften).

Rett til nødvendig helsehjelp

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b annet ledd at:

”Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever”.

I prioriteringsforskriften § 2 er det foretatt en konkretisering av hvem som ”.. har rett til nødvendig helsehjelp”:

”Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd, når:

- 1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og*
- 2. pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og*
- 3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.*

Med ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet menes at pasientens livskvalitet uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller lidelse, problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som for eksempel næringsinntak, eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå.

Med forventet nytte av helsehjelpen menes at det foreligger god dokumentasjon for at medisinsk behandling kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen.”

Av bestemmelsenes første ledd fremgår at tre vilkår må være oppfylt for at pasienten skal ha rett til nødvendig helsehjelp. Vilkårene ”ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet” og ”forventet nytte” konkretiseres nærmere i bestemmelsens andre og tredje ledd.

Ved mistanke om kreft, vil som regel pasientene ha krav på nødvendig helsehjelp i form av utredning, og avhengig av diagnose/kreftsykdommens utbredelse og pasientens helsesituasjon ellers, ha rett på kurativ eller palliativ behandling, jf. nasjonale retningslinjer og prioriteringsveilederne IS-1620 Gastroenterologisk kirurgi og IS-1620 Fordøyelsessykdommer.

Forsvarlighetskravet

Forsvarlighetskravet retter seg både mot virksomhet og individ. For helsepersonell følger kravet av helsepersonelloven § 4 og for virksomheten følger kravet av sphlsl. § 2-2. Ved ikrafttredelse av helse- og omsorgstjenesteloven fikk sphlsl. § 2-2 et tillegg i tråd med helsepersonelloven § 16. Det fremgår av nytt annet punktum at spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, som plikten til faglig forsvarlighet, og slik at den enkelte bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

For virksomheter innebærer forsvarlighetskravet en plikt til å planlegge, organisere, tilrettelegge, drifte og gjennomføre tiltak for at tjenestene som ytes er forsvarlige. Nærmere krav til systematisk styring og ledelse følger av helsetilsynsloven § 3 og er nedfelt i internkontrollforskriften. Fra årsskiftet er, av pedagogiske grunner, de regionale helseforetakenes grunnleggende ansvar for å styre gjennom å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestens innhold og omfang er i samsvar med regelverket løftet frem som nytt tredje ledd i sphlsl. § 2-1a.

Forsvarlighetskravet er en rettslig standard. Innholdet av forsvarlighetskravet endrer seg med den faglige utvikling og samfunnets utvikling og verdioppfatninger. Ny faglig kunnskap, faglige retningslinjer og nasjonale handlingsplaner, som uttrykk for hvordan det må, forventes eller bør være, påvirker og gir innhold til forsvarlighetskravet. Virksomhetene må kontinuerlig vurdere ny fagkunnskap, retningslinjer mv. og ta stilling til kunnskapens betydning for implementering i virksomheten.

Ved dette tilsyn er det, ved fastsettelse av revisjonskriterier, spørsmål om hva det er rimelig å forvente av foretaket av tilrettelegging, organisering, drift og kontroll, slik at virksomheten med personell, utstyr og IKT håndterer henvisninger mv. med mistanke om kreft, og gjennomfører utredning og eventuelt iverksetter behandling.

Nasjonale handlingsprogrammer med forløpstider og forholdet til forsvarlighet

Helsedirektoratet har som oppgave å bidra til utvikling av nasjonale faglige retningslinjer mv. I henholdsvis sphlsl. § 7-3 og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 er denne oppgaven nå lovfestet.

De senere årene er det på kreftområdet utarbeidet flere nasjonale handlingsprogrammer med retningslinjer og prioriteringsveiledere. De er utarbeidet etter samme rammeverk og metode, og etter samarbeid med fagmiljøer og helseforetak. De nasjonale retningslinjene gir etter Helsetilsynets mening et bidrag til forståelsen av hva som anses som god praksis og følgelig hva som utgjør kjernen av forsvarlighetskravet.

Fra 24. juni 2011 har de nasjonale retningslinjene fått et tillegg med forløpstider. Tillegget er ikke utarbeidet etter samme rammeverk og metode som de øvrige deler av de nasjonale retningslinjer og prioriteringsveiledere. Forløpstidene står derfor i en annen og ulik rettslig stilling enn tidsanslagene i prioriteringsveilederne med veiledertabeller. Det fremholdes at forløpstidene ikke er pasientrettigheter og at de kun er normerende og førende for foretakene. I oppdragsbrev fra departement til de regionale helseforetakene gis uttrykk for det samme. Forløpstidene er gitt som eierkrav og det fremgår at Helsedirektoratet skal overvåke ”måloppnåelsen”.

I forordene til nasjonale handlingsprogrammer med retningslinjer og prioriteringsveiledere, og senere i retningslinjene i beskrivelsen av deres rettslige betydning, fremkommer generelt at retningslinjer og prioriteringsveiledere er normerende for foretakene, men ikke rettslig bindende.

Det forutsettes imidlertid at avvik bør dokumenteres i pasientjournalene. Fordi tidsangivelser i prioriteringsveilederne ikke er direkte rettslig bindende, vil pasienter ikke kunne kreve behandling innen de ulike frister som veilederne stiller for de ulike indikasjoner, diagnoser og behandlingstiltak. Av samme grunn kan pasienter heller ikke kreve utredning eller behandling etter forløpstider fra juni 2011.

Selv om retningslinjene mv. klart gir uttrykk for at fristene ikke er pasientrettigheter, vil likevel føringene knyttet til de ulike tidsfrister og forløpstider ha elementer av rettslig betydning for pasientene da de påvirker innholdet av forsvarlighetsnormen. Slik Helsetilsynet vurderer det, påvirkes innholdet av forsvarlighetsnormen når verdioppfatninger formidles av de nasjonale myndigheter og særlig når fagmiljøer og virksomheter medvirker ved utarbeidelse av nasjonale retningslinjer og prioriteringsveiledere ut fra faglig anerkjent kunnskap. Siden forløpstidene ikke er utarbeidet etter samme metode og med like stor involvering fra fagmiljøer og helseforetak, vil de påvirke innholdet av forsvarlighetsnormen i mindre grad enn de nasjonale retningslinjene og prioriteringsveilederne.

Når det gjelder pasientenes rett til nødvendig helsehjelp ved utredning og behandling, vil det følgelig være forsvarlighetsnormen og alvorlighet ved mistanke om kreft og eventuelt diagnose som er avgjørende. Veilederne utdyper forventningene til hva som vil være god praksis, selv om de ikke definerer yttergrensen for det forsvarlige. Ved vurderingen av alvorlighet og forsvarlighet er det viktig å være oppmerksom på at tidsfaktoren i et kortere tidsperspektiv som regel ikke har kritisk betydning ved mistanke/utvikling av kreft, med viktige unntak for enkelte kreftformer og aggressive varianter. Det sentrale for pasienten og behandlingens resultater, vil være å komme frem til diagnose og tumorens utbredelse for å få optimal behandling innen forsvarlig tid.

Økt tempo/frister utredning og behandling

I de nasjonale retningslinjene med normerte forløpstider er det som nevnt lagt opp til en tydeligere forventning til foretakene når det gjelder styring av tidsbruk mv. Målsetningen er at for 80 % av pasientene ved mistanke om kreft, skal vurdering av henvisningen gjennomføres innen 5 virkedager, utredning være startet innen 10 virkedager og eventuell behandling være påbegynt innen 20 virkedager. Virkedager regnes som påfølgende dager unntatt helgedager, helligdager og andre offentlige fridager. Videre er det i veiledertabellene i prioriteringsveilederne (4, 5) angitt tidsfastsettelse for når utredning og behandling skal starte. I disse tabellene er det i hovedsak noe mindre stramme tidsfrister.

Helsetilsynet legger i utgangspunktet til grunn at prioriteringsveilederne med tidsangivelser og senere med innbakte forløpstider fra juni 2011 i de nasjonale retningslinjene, har medført krav til økt tempo og logistikk. Forventningene til endring er særlig knyttet til raskere utredning og igangsetting av behandling, selv om pasienter ikke har juridisk rett på oppstart av utredning og behandling innen forløpstidene 10 og 20 virkedager. De nasjonale retningslinjene og forløpstidene tar også opp i seg viktige unntak ved at ikke alle pasienter ut fra faglige og medisinske forhold kan diagnostiseres eller behandles innen slike forløpstider. For noen pasienter skal det heller ikke iverksettes behandlingstiltak, og for noen vil det kun være aktuelt med palliativ behandling.

Uavhengig av om foretakene mer eller mindre overholder forløpstidene, er utfordringen å sikre forsvarlig utredning og eventuell behandling av de pasientene som av ulike grunner ikke følger et ordinært hovedløp. Dette må sikres uavhengig av om forsinkelsen skyldes at pasienten gjennomfører en planlagt ferie på påtenkt utredningstidspunkt, eller foretaket ikke har sikret

tilstrekkelig utredningskapasitet ved henvisning som mottas i forkant eller start av sommerferieavvikling, ved feilvurderinger, mangelfull oversikt eller annet.

For pasienter med mistanke om kreft er det primære å få vurdert helsetilstanden og utredet mistanken, stilt diagnose og funnet utbredelse av tumoren for å iverksette målrettet behandling innen forsvarlig tid.

Internkontroll

Etter internkontrollforskriften § 4 første ledd skal internkontrollen ”.. *tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av helselovgivningen*”. Videre skal internkontrollen ”.. *dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse*”, jf. internkontrollforskriften § 5 første ledd. Det er virksomhetens ledelse som til enhver tid har ansvar for å ha en internkontroll som er nødvendig for å etterleve lovkravene.

Nødvendighetskravet innebærer at tilsynslaget må utvise skjønn ved vurderingene av hva som kan kreves av tiltak og aktiviteter etter internkontrollforskriften § 4 annet ledd bokstav a) til h), og til hvilke prosedyrer, tiltak og aktiviteter som må være skriftlige etter § 5.

Mottak av henvisninger, vurdering av henvisninger og utredning av pasienter ved mistanke om kreft, utgjør helt sentrale aktiviteter i foretakene. Svikt i disse aktivitetene vil kunne være katastrofal for den enkelte pasient. Oppgavene må i stor grad må være systematisert og ikke være avhengig av enkeltpersoner.

Det vil være forsvarlighetsnormen og de utledede revisjonskriteriene som gir rammen for kravene, og det vil være rom for ulike måter å organisere virksomheten på, men virksomheten må sikre forsvarlig håndtering og vurdering av henvisninger, samt forsvarlig utredning ved mistanke om kreft.

Internkontrollforskriften konkretiserer nærmere hvilke tiltak og aktiviteter som virksomheten må ha, men stiller ikke nærmere krav til hvordan tiltakene skal utformes og hvordan de skal organiseres. Tiltakene må imidlertid ha det nødvendige og tilstrekkelige omfang for å sikre etterlevelse av kravene, slik at de daglige arbeidsoppgaver blir planlagt, organisert, utført og forbedret i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helselovgivningen. Det fremgår av internkontrollforskriften § 4 andre ledd bokstav h) at virksomhetens ledere systematisk skal overvåke at internkontrollen fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring.

For at mottak og vurdering av henvisninger med fastsettelse av frist for nødvendig helsehjelp med nødvendig utredning og eventuell iverksettelse av behandling skal være faglig forsvarlig, er det en forutsetning at kravene til ledelse og styring etter internkontrollforskriften etterleves i tilstrekkelig og nødvendig grad.

3 Beskrivelse og regelverk knyttet til prosessens tre faser

3.1 Fase I – Motta, registrere og videreformidle henvisninger

3.1.1 Beskrivelse av fasen

Sykehusene har ulike rutiner for mottak av henvisninger, og mottak kan skje ved elektronisk post eller i papir ved ordinær postgang. Håndteringen av henvisninger foregår gjennom det pasientadministrative systemet.

Foretaket kan ha et sentralt mottak for alle henvisninger, eller ha løsninger hvor henvisninger sendes direkte til sykehus som kan ha mottak samlet eller spredt på klinikk-, avdelings- eller seksjonsnivå. Henvisningene som kommer inn åpnes for sortering og videreformidling internt i foretaket, sykehuset eller enheten. Det er vanlig å benytte helsesekretærer eller annet merkantilt personell til denne oppgaven. Henvisningene blir videreformidlet til postkassen/posthylla som spesialisten som skal vurdere henvisningene har tilgang til.

Selv om foretaket har tydelig definerte mottak for henvisninger, kan henvisninger komme til andre steder i foretaket enn foretaket har forutsatt.

Henvisninger sendt med ordinær post kan konverteres til en elektronisk registrering i det pasientadministrative systemet. De blir gjerne stemplet med dato og scannet inn. Videre håndtering skjer elektronisk. Men noen steder kan det forekomme at henvisningen, etter at den er scannet inn, fysisk blir lagt i posthyllen til spesialisten.

Henvisninger kan også komme som en del av en epikrise eller et journalnotat. Da legges opplysningene inn i PAS og henvisningen håndteres i henhold til vanlige rutiner.

Hvordan enhetene registrerer mottaks- og ansiennitetsdato kan variere. Det kan være en utfordring der henvisninger sendes videre mellom enheter, sykehus og foretak. Tilsvarende vil de ulike data-applikasjonenes håndtering av data etter at de er registrert kunne variere. Dette kan eksempelvis medføre at dato for spesialistens vurdering av henvisningen og ikke mottaksdato danner utgangspunktet for tidsperioden fram til oppstart helsehjelp.

Det finnes altså ulike modeller for mottak og videreformidling av henvisningene i foretakene, og antall ledd henvisningen er innom før den kommer fram til spesialist for vurdering kan variere. Tilsynslagene må gjøre seg kjent med hvordan dette skjer i de aktuelle helseforetak og hvordan PAS fungerer.

3.1.2 Regelverk – mottak, registrering og videreformidling av henvisninger

Foretaket må ha journal og informasjonssystemer for pasientadministrasjon og forsvarlig pasient- og behandlingslogistikk, jf. sphlsl. § 3-2.

Mottaksdato for henvisninger registreres i PAS. Mottaksdato er utgangspunkt for de ventelistene foretaket skal føre i henhold til ventelisteforskriften § 3. (Dette gjelder også dersom henvisningen

først ble mottatt hos avtalespesialist.) Dersom henvisningen sendes videre mellom enheter innad i sykehuset, er mottaksdato den datoen som ble registrert ved mottak i første enhet.

Ved viderehenvisning skal sykehuset som mottar henvisningen i tillegg registrere ansiennitetsdato i PAS. Hvis ansiennitetsdato ikke fremkommer av viderehenvisningen, må mottakende enhet innhente denne.

Første mottaksdato i spesialisthelsetjenesten vil være pasientens ansiennitetsdato ved henvisning videre til andre sykehus eller foretak. Ansiennitetsdato er følgelig lik mottaksdato for første mottak av henvisningen for én og samme lidelse, og skal følge pasienten gjennom hele pasientforløpet.

Hovedregelen er at foretaket ikke kan avvise henvisninger. Det finnes to mulige unntak. Det ene er hvis pasienten allerede står på venteliste for samme lidelse ved annen institusjon. Det andre er når henvisningen gjelder en pasient fra en annen helseregion som har benyttet seg av retten til fritt sykehusvalg, og hvor foretaket står i fare for ikke å kunne oppfylle sin forpliktelse til å yte nødvendig helsehjelp til pasienter med slik rett fra egen helseregion, eller til å foreta vurdering av mottatte henvisninger av pasienter fra egen helseregion innen lovens frist. Hvorvidt en henvisning skal avvises eller ikke skal vurderes av en spesialist. Henvisningen skal i slike tilfeller returneres til henvisende instans umiddelbart, jf. merknader til pasientrettighetsloven § 2-4 (nå pasient- og brukerrettighetsloven) (11).

Dersom henvisningen gjelder tilbud som ikke finnes på det aktuelle sykehuset, for eksempel at den er sendt feil, skal henvisningen ikke returneres til henvisende lege. I følge prioriteringsveilederens generelle del, s. 13, skal henvisningen i slike situasjoner videreformidles til rett instans (4, 5). Også dette skal besluttes av spesialist. Pasient og henviser skal informeres hvis henvisningen blir videresendt.

Kjernen er at forsvarlig organisering av mottak, registrering og videreformidling innebærer at henvisningene blir registrert daglig hver virkedag, og senest påfølgende virkedag blir fordelt til spesialist for vurdering slik at foretaket kan overholde kravene til vurdering etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 fjerde ledd ved alvorlig sykdom som kreft. Tilsvarende må viderehenvisning ved mistanke om kreft eller diagnostisert kreft registreres daglig hver virkedag og formidles til spesialist senest påfølgende virkedag for vurdering og planlegging av videre utrednings- og behandlingsløp, jf. sphlsl. § 2-2.

Foretakets ledelse må ha oversikt over virksomhetens arbeidsflyt og system for håndtering av henvisninger gjennom mottak, registrering og videreformidling. Det må følges opp at arbeids- og kontrollrutiner blir fulgt ved hvert enkelt ledd som deltar i håndteringen av henvisninger fra mottak til vurdering.

Opplæring og kompetanse

Foretaket må sørge for at personell som mottar, registrerer og videreformidler henvisninger har nødvendig kompetanse og ferdigheter. Det må være klart hva opplæringen skal inneholde og hvordan den skal foregå, samt hvem som har ansvar for at opplæring blir gitt. Nyansatte og vikarer må få tilpasset opplæring. Ledelsen må følge med på at opplæring blir gitt.

Kunnskapen må omfatte virksomhetens organisatoriske struktur; klinikker, avdelinger og seksjoner, samt prosesser og arbeidsrutiner. Det omfatter også kunnskap og ferdigheter om det elektroniske

verktøyet som benyttes og kjennskap til regelverket og myndighetenes overordnede føringer på området.

Personell som har ansvar for å sortere og videreformidle henvisninger må også ha tilstrekkelige ferdigheter og kunnskap om fagområder og terminologi til å kunne forstå hvem som er mottaker av henvisningen og hvor den skal sendes videre for vurdering.

Organisering av arbeidet, rutiner, prosedyrer mv.

Arbeidsrutiner ved hvert enkelt ledd av den totale arbeidsflyten som gjelder håndtering av henvisninger fra mottak til vurdering, må hver for seg foregå på en slik måte at de sammen sikrer forsvarlig praksis. Dette må sikres også ved høytider og i ferier. Ansvarsforhold, arbeidsoppgaver og arbeidsflyt må være avklart, være kjent og bli brukt av alle involverte i prosessen. Ledelsen må følge med på at dette fungerer slik det er planlagt, og gjøre endringer ved behov.

Rutiner ved mottak og registrering må sikre at henvisninger blir fanget opp og registrert som mottatt uavhengig av hvilken vei de kommer inn til foretaket eller enheten. Papirbaserte henvisninger skal stemples med mottaksdato før de scannes inn i det elektroniske systemet. Hvis henvisningen har vært innom annet sted i spesialisthelsetjenesten eller hos avtalespesialist i forkant, skal ansiennitetsdato registreres.

Det må være klare og entydige kriterier for hvor henvisninger skal sendes videre internt i foretaket for vurdering. Foretaket må ha rutiner som sikrer at henvisninger kommer fram til rett postkasse/posthylle og ikke blir liggende inaktive. Postkasser som er i bruk som mottaksstasjoner for forsendelse av elektroniske henvisninger skal være aktive, ha brukertilgang som tar høyde for at enkeltpersoner kan være fraværende i kortere eller lengre tid og ha tilfredsstillende kontrollrutiner. Hvis henvisninger kommer til feil postkasse, må det være rutiner som sikrer at den blir videresendt til rett mottaker umiddelbart.

Foretaket må ha rutiner som sikrer at det har oversikt over elektroniske postkasser og sørger for at postkasser som ikke lenger er i bruk slettes eller sperres, slik at henvisninger ikke kan komme på avveie i det pasientadministrative systemet.

Gjennom sine rutiner må foretaket sikre at aktive postkasser blir kontrollert. Dette gjelder både elektroniske og fysiske postkasser. Kontroll av hver postkasse i arbeidsflyten må være organisert slik at dette skjer av dedikert personell i henhold til definerte arbeidsbeskrivelser og tidsintervaller. Denne arbeidsoppgaven må ivaretas uavhengig av fravær ved sykdom, ferie eller annet, og rutinene må være kjent og bli brukt av alle som er involvert i prosessen.

Videre må foretaket ha kontrollrutiner som sikrer at eventuelle muligheter for feilsending og uforsvarlig håndtering avdekkes.

For å ha kontroll på at alle henvisninger blir vurdert og ingen er forlagt, sendt til inaktiv postkasse eller har "forsvunnet" på annen måte, må foretaket ha rutiner og systemer som gjør det mulig å sjekke om det er restanser på innkomne henvisninger. Det må være klart hvem som skal følge med på dette, hvordan det skal gjøres og hvor ofte.

3.2 Fase II – Vurdere henvisninger og prioritere start helsehjelp

3.2.1 Beskrivelse av fasen

Foretaket kan ha organisert oppgaven med å vurdere henvisningene forskjellig. Ved noen avdelinger/seksjoner kan dedikerte overleger ha oppgaven, andre steder kan den bli ivaretatt av vakthavende overlege, eller det kan skje i fellesskap av flere leger.

Det kan være ulik praksis for bruk av beslutningsstøtte. Foretak kan bruke Helsedirektoratets prioriteringsveiledere ved vurdering av henvisninger, andre foretak kan ha utarbeidet egne retningslinjer som benyttes.

Pasientens behov for spesialisthelsetjenester vurderes på bakgrunn av opplysninger i henvisningen. Det vurderes om denne helsehjelpen er å anse som “nødvendig” slik at frist for å gi helsehjelp skal settes, og pasienten betraktes som rettighetspasient. Spesialisten vurderer om henvisningen inneholder nok opplysninger for å kunne vurdere pasientens helsetilstand og behov for helsehjelp. Hvis ikke nok opplysninger foreligger innhentes det, eller pasienten innkalles til nødvendige undersøkelser/prøver. Når spesialisten har gjort sin vurdering av henvisningen, registreres resultatet og fristen for helsehjelpen i PAS.

I tjenestene kan det være ulik praksis for når og hvordan rettighetsvurdering foregår og hvordan frist for oppstart helsehjelp settes. Det kan forekomme at vurderinger gjøres på ny dersom en henvisning er videresendt. Uansett om spesialistens vurdering foregår på bakgrunn av en nyhenvisning eller en henvisning som er videresendt, innebærer den å ta stilling til pasientens behov for helsehjelp i det videre pasientforløpet samt å sette i gang de tiltak som vurderes som nødvendige.

Hvis spesialisten gjennom sin vurdering kommer fram til at det er behov for undersøkelser eller prøver rekvireres dette. Legen tar noen ganger også kontakt med den støtteavdelingen hvor prøven skal utføres for å høre om kapasiteten tilsvarer behovet, dersom det haster å få utført undersøkelsen. Videre underrettes pasient, fastlege og eventuell annen henvisende lege om utfallet av vurderingen. Pasienten kalles inn til poliklinisk time, ulike undersøkelser eller får dato for innleggelse.

Det er vanlig at legen delegerer oppgavene med å rekvirere undersøkelser og prøver, innkalle pasienter, sende ut brev til pasient og henvisende lege m.m. til hjelpepersonell. Dersom oppgaven med bestilling av undersøkelser og prøver delegeres, vil legens navn og avdeling fremgå av rekvisisjonen og svaret gå tilbake til rekvirenten eller til avdelingen avhengig av enhetens rutiner.

Den daglige oppgaven med å håndtere ventelister for rettighetspasienter og andre ventelister for utrednings- og behandlingslogistikk, er vanligvis delegert til hjelpepersonell for eksempel helsesekretær eller sykepleier med ansvar for å koordinere inntak av pasienter, men skjer gjerne i samhandling med spesialist som vurderer henvisningene.

Dersom pågangen av pasienter er stor og ventetider ved aktuelt tidspunkt tilsier at pasienter ikke kan gis time innenfor fristen som er satt for nødvendig helsehjelp, vil dette vanligvis bli tatt opp med overordnet instans eller person. Hvordan dette håndteres videre vil variere, men foretaket har da en mulighet til å vurdere situasjonen og iverksette tiltak slik at frist for nødvendig helsehjelp kan overholdes.

3.2.2 Regelverk – vurdering av henvisninger og prioritering av start helsehjelp

Vurdering etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2

Pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten har rett til å få vurdert sin helsetilstand innen 30 virkedager/6 uker, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd. Ved alvorlige tilstander, som kreft, har en krav på raskere vurdering etter bestemmelsens fjerde ledd. Det skal vurderes om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten som følger av lovens § 2-1 b annet ledd, og eventuelt fastsettes en frist med rett til helsehjelp som omtalt i samme ledd annet punktum. Pasienter som har en slik rettighet, skal underrettes om retten til nødvendig helsehjelp og om fristen, samt konsekvenser ved fristbrudd, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd andre punktum og prioriteringsforskriften §§ 4 og 6.

For rettighetspasientene er tidsfastsettelsen rettslig bindende for foretakene. De må planlegge, organisere og styre for å oppfylle avgjørelsene om start utredning eller behandling. Videre må de sikre at hele behandlingsforløpet blir forsvarlig, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b, jf. prioriteringsforskriften § 4 annet ledd og sphlsl. §§ 2-1 a tredje ledd og 2-2, jf. § 3-2, og helsetilsynsloven § 3. De regionale helseforetakenes grunnleggende ansvar for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestens innhold og omfang er i samsvar med regelverket, er nå også av pedagogiske grunner direkte nedfelt i sphlsl. § 2-1 a tredje ledd.

Vurderingsfristen gjelder alle pasienter som henvises spesialisthelsetjenesten uavhengig av ressurser og kapasitet, og uavhengig av om vedkommende vil ha rett til nødvendig helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b. Retten innebærer at det regionale helseforetaket må sørge for at det er tilstrekkelig kapasitet til å sikre vurdering av alle henviste pasienter som har fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen.

Foretaket har implementert de nasjonale retningslinjene med prioriteringsveiledere og forløpstider, og spesialistene anvender prioriteringsveiledernes kriterier. Eventuelt kan de bruke egne kriterier for prioritering som er vurdert opp i mot de nasjonale prioriteringsveilederne og som er innenfor kravet til faglig forsvarlighet.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 fjerde ledd at vurdering av henvisninger skal være raskere ved alvorlige tilstander som kreft. I de generelle merknadene til bestemmelsen uttalte Sosialkomiteen at det bør være en maksimumsfrist på 15 dager i slike tilfeller. Denne vurderingen må for nesten alle praktiske tilfeller tas på et tidligere tidspunkt enn 15 dager for tilnærmet 100 % av pasientene, slik at pasienten om nødvendig kan innkalles til undersøkelse eller for at det kan innhentes supplerende opplysninger, jf. tredje ledd i § 2-2. Når det gjelder vurderingstid, er det lite som tilsier at dette ikke kan gjøres innen relativt kort tid for tilnærmet alle henvisninger ved mistanke om kreft.

Ved de normerte forløpstidene som eierkrav, forventes foretakene å tilrettelegge og organisere vurderingsoppgaven slik at vurderingene ved mistanke om kreft gjøres innen 5 virkedager for 80 % av henvisningene. Tilsvarende forventes foretakene ut fra de normerte forløpstider å tilrettelegge og organisere logistikk og ressurser for å starte utredning og eventuelt iverksette behandling innen henholdsvis 10 virkedager/2 uker og eventuelt behandlingsstart innen 20 virkedager/4 uker for 80 % av pasientene. Det fremgår av retningslinjene at *”Forløpstidene er normerende og førende for helseforetakenes organisering og logistikk, og et budskap om hva pasienter med kreft generelt bør forvente av tidsforløp for de ulike ledd i helsehjelpen. Forløpstidene er imidlertid ikke en ny*

pasientrettighet. Fortsatt er det lovmessige grunnlaget pasientrettighetsloven § 2-2 og forskrift om prioritering av helsetjenester.”

Både pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 fjerde ledd, jf. tredje ledd og de nasjonale retningslinjene med forløpstider, forutsetter at spesialisthelsetjenesten har et system som ivaretar at henvisningene mottas og vurderes uten unødig forsinkelse, slik at pasientens rett til raskere undersøkelse og behandling ved alvorlige tilstander blir innfridd, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2, jf. § 2-1 b annet ledd, sphlsl. § 2-2 og helsetilsynsloven § 3.

Dette krever at helseforetaket må forsikre seg om at henvisningen er av en slik kvalitet at retten til vurdering kan innfris. En mangelfull henvisning endrer ikke foretakets forpliktelse. Pasienter har rett til å få vurdert sin helsetilstand innen 15 dager eller raskere dersom forsvarlighetskravet tilsier det. For foretakene er videre forløpstidene normerende gjennom eierkrav og gjennom nasjonale retningslinjer. Arbeidet med henvisningene kan følgelig ikke basere seg på lovens maksimumsfrist på 15 dager ved mistanke om alvorlig sykdom. Dette ville medføre økt fare for at alvorlige tilstander som det haster med, ikke blir vurdert og eventuelt heller ikke blir behandlet innen forsvarlig tid. Det kan også medføre at det ikke er tid til å innhente ytterligere opplysninger om pasienten eller gjennomføre undersøkelser som er nødvendig for å vurdere helsetilstanden. Risikoen for å bryte fristen på 15 dager for å vurdere henvisninger blir da betydelig, og særlig stor ved sykdom, økte belastninger, ferieavviklinger mv. i foretaket.

I alminnelighet bør 5 dager utgjøre mer enn god nok tid for vurdering av helsetilstand ved mistanke om alvorlige tilstander som kreft. Det vil sikre at tilstander som det haster ekstra mye med blir fanget opp raskt, og det gir tid til å innhente ytterligere opplysninger eller foreta undersøkelser ved behov før vurdering av helsetilstanden. Forløpstidenes målsetning om at henvisningene skal vurderes innen 5 virkedager, innebærer altså slik Helsetilsynet vurderer det et rimelig ”slingsrom”.

Bruk av mer enn 5 dager kan tenkes ved vanskelige vurderinger med behov for konsultasjon av andre spesialister, behov for å innhente informasjon fra fastlege eller behov for undersøkelser av pasienten for å ta stilling til «helsetilstand». Bruk av mer enn 5 virkedager for vurdering av henvisninger kan alene ikke betraktes som lovbrudd, før det eventuelt overstiger lovens krav på 15 virkedager.

Som absolutt siste frist legger Statens helsetilsyn til grunn at det alminnelige forsvarlighetskravet, kravet til forsvarlige journal- og informasjonssystemer, vurderingsretten og internkontrollsystemkravet, innebærer at helseforetakene skal sikre at alle henvisninger hvor det er mistanke om kreft skal vurderes innen 15 virkedager, jf. sphlsl. §§ 2-2 og 3-2, pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 fjerde ledd og helsetilsynsloven § 3, jf. internkontrollforskriften § 4.

Nærmere om vurdering av henvisningen

Vurderingen etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 fjerde ledd innebærer ikke et krav om at diagnose skal fastsettes innen vurderingsfristen.

Det er pasientens *helsetilstand* som skal vurderes innen fristens utløp, med hensyn til videre undersøkelse og behandling. Vurderingen er et viktig redskap for at pasienter med de alvorligste sykdommene sikres behandling først.

Det fremgår av Rundskriv om pasientrettigheter IS-12 2004 i merknadene til pasientrettighetsloven § 2-2 (nå pasient- og brukerrettighetsloven) blant annet at:

”Sosial- og helsedirektoratet har presisert at vurderingsretten ikke innebærer en absolutt rett til å få stilt en endelig diagnose innen 30 dager der medisinske forhold gjør dette umulig. Det er pasientens helsetilstand som skal vurderes innen fristens utløp med hensyn på videre undersøkelse og behandling. Det vises til Innst. O. nr. 91 (1998-99) fra Sosialkomiteen om pasientrettighetsloven § 2-2 s. 23 som lyder: ”Komiteen forutsetter at det innen fristens utløp skal foreligge en reell og faglig vurdering av pasientens tilstand med hensyn på videre undersøkelse og behandling fra spesialistens side for at lovens ordlyd skal være oppfylt”. Det må derfor skilles mellom begrepene diagnose og helsetilstand når det skal vurderes hva som skal til for at pasientens rett til vurdering anses innfridd” (vår understrekning).

Ved vurderingen må det sondres mellom avklarte og uavklarte tilstander. Ved mistanke om kreft vil tilstanden ikke være avklart når det gjelder diagnose og hvilken behandling som skal ytes. Det vil være nødvendig å utrede mistanken om kreft, og ved eventuell kreftdiagnose fastsette kreftsykdommens utbredelse og beslutte valg av behandlingsform. Alle krefttilstander skal heller ikke behandles kurativt. Ved mistanke om kreft skal frist for nødvendig helsehjelp settes til start av videre utredning. Ved fastsettelse av frist for utredningstart må det også tas hensyn til gjennomføring av et forsvarlig behandlingsopplegg dersom mistanken om kreft bekreftes. I tillegg må det tas hensyn til anbefalte frister i prioriteringsveilederne og til de eierfastsatte forløpstidene. Det skal som hovedregel settes en frist, og denne skal være knyttet til utredningens start.

En mangelfull henvisning fratrar ikke pasienten retten til å få vurdert sin helsetilstand innenfor lovens frist, eller raskere dersom forsvarlighetskravet tilsier det.

Når henvisningen inneholder opplysninger om vage og uspesifikke symptomer, og man *ikke med rimelig sikkerhet kan utelukke* at det foreligger alvorlig eller livstruende sykdom, må det iverksettes tilstrekkelige undersøkelser av pasienten, slik at det kan gis en realistisk vurdering av pasientens helsetilstand før lovens frist utløper. Foretaket må forsikre seg om at henvisningen er av en slik kvalitet at retten til vurdering kan innfris. Retten til vurdering innebærer at helsetilstanden må være tilstrekkelig avklart for å kunne avgjøre om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp og sette en frist for videre utredning.

Informasjon om utfallet av vurderingen til pasient/primærlege

Pasienten og henvisende instans skal, umiddelbart etter at vurderingen er foretatt, ha informasjon om resultatet av vurderingen og fristen som er satt for oppstart av helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 og prioriteringsforskriften § 5. Det skal også gis informasjon om retten til fornyet vurdering etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-3 og klageretten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2, herunder om klagefrist og klageinstans. For de som er vurdert som rettighetspasienter med frist for utrednings- eller behandlingsstart skal det også informeres om at pasienten kan henvende seg til Helfo pasientformidling ved fristbrudd.

Ventelister og pasient- og behandlingslogistikk

Foretaket må ha journal- og informasjonssystemer for pasientadministrasjon og forsvarlig pasient- og behandlingslogistikk, jf. sphlsl. § 3-2. Ventelistene etter ventelisteforskriften skal føres elektronisk, med ordnede opplysninger om pasienter som venter på undersøkelse eller behandling.

Det fremgår av ventelisteforskriften § 3 at den enkelte institusjon skal føre venteliste. Det skal fremgå av ventelisten om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b, og dersom pasienten har en slik rett, skal fristen som er fastsatt for nødvendig helsehjelp fremgå av ventelisten.

Pasienter strykes fra ventelistene den dato utredning eller behandling påbegynnes. Pasienter som ikke lenger er aktuelle for planlagt undersøkelse eller behandling, skal strykes fra ventelisten. For pasienter som selv velger å utsette utredning eller behandling, skal ventetiden, etter ventelisteforskriften, stanses på det tidspunkt time ble tildelt.

For at ledelsen av foretaket skal kunne følge med på virksomhetens drift, må de sikre at ventelister føres korrekt og at listene og informasjonen er oppdatert til enhver tid, jf. ventelisteforskriften § 4.

Foruten rapportering av ventelistedata for nasjonal ventelisteinformasjon og fritt sykehusvalg, må foretakets ledelse bruke informasjonen til styring av virksomheten. Ventelisteregistreringen etter ventelisteforskriften av 12. juli 2000 har en sentral funksjon i den enkelte institusjons planlegging av sitt tjenestetilbud. Den utgjør en sentral forutsetning for pasientlogistikken.

Etter at helsehjelpen har startet gir ikke registreringen som kreves etter ventelisteforskriften bidrag til pasientlogistikken. Foretakene må allikevel sørge for å ha forsvarlige logistikksystemer for pasientadministrasjon i det videre utrednings- og behandlingsforløp, jf. sphlsl. § 3-2.

Det enkelte foretak har et betydelig behov for pasientinformasjon, behandlingsinformasjon og styringsinformasjon langt utover det som kreves etter ventelisteforskriften, blant annet for pasientlogistikk både før og etter at man strykes fra venteliste ved iverksettelse av utredning og pasienten går inn i et lengre utrednings/behandlingsforløp. Foretaket må, foruten ventelistedata etter ventelisteforskriften, ha journal- og informasjonssystemer for pasientadministrasjon og forsvarlig pasient- og behandlingslogistikk, jf. sphlsl. § 3-2.

Dersom utredning eller behandling ikke kan igangsettes innenfor fristen for nødvendig helsehjelp satt etter pasient- og brukerrettighetslovens § 2-1 b annet ledd, skal pasienten skaffes et annet utrednings- eller behandlingstilbud innen fristen, offentlig eller privat.

Opplæring og kompetanse

Foretakene må sørge for at personell som vurderer henvisninger eller som håndterer ulike ventelister i det daglige har nødvendig kompetanse og ferdigheter, herunder kjennskap til beslutningsstøtte som for eksempel prioriteringsveilederne utgitt av Helsedirektoratet. Det må være klart hva opplæringen skal inneholde og hvordan den skal foregå, samt hvem som har ansvar for at opplæring blir gitt. Nyansatte og vikarer må få tilpasset opplæring. Ledelsen må følge med på at opplæring blir gitt.

Kunnskapen må omfatte sykehusets organisatoriske struktur; klinikker, avdelinger, seksjoner, samt prosesser og arbeidsrutiner. Det omfatter også kunnskap om det elektroniske verktøyet som benyttes og kjennskap til regelverket og myndighetenes overordnede føringer på området.

Organisering av arbeidet, rutiner, prosedyrer mv.

Det må være klart hvilke prosedyrer og retningslinjer som ligger til grunn for vurderingen og for oppfølgingen av utfallet av vurderingen, og disse må være kjent for og bli brukt av alt involvert personell. Ansvarsplasseringen for de ulike aktivitetene må være entydig. Dette gjelder både medisinsk vurdering av henvisningene, håndtering av etterarbeid som for eksempel registrering i PAS, orientering til pasient og henvisende lege og bestilling av eventuelle undersøkelser og prøver.

Foretaket må sørge for funksjonelle og effektive innkallingsrutiner av pasientene til undersøkelse, behandling og eventuell innleggelse. Det må være klare rutiner og klar ansvars- og oppgaveplassering når det gjelder innkalling av pasienter og føring, vedlikehold, oppdatering og kontroll av ventelister.

Aktuelle rutiner må være kjent og bli brukt av alle involverte. Ledelsen må følge med på om arbeidsoppgavene blir utført i tråd med rutiner, om rutineene fungerer tilfredsstillende eller om det er behov for endringer. Foretaket må ha ordninger som sikre at alle oppgavene blir ivaretatt forsvarlig også ved planlagt og uforutsett fravær.

3.3 Fase III – Utrede, diagnostisere og iverksette behandling

3.3.1 Beskrivelse av fasen

Utredningen har som hensikt å fastslå om det foreligger kreftsykdom eller ikke, og hvilken utbredelse kreftsykdommen har. I tillegg vil det bli gjort en del undersøkelser for å kartlegge pasientens helsetilstand generelt, avhengig av spesielle forhold hos den enkelte pasient. Hvilke undersøkelser og prøver som er nødvendig for en forsvarlig utredning vil derfor kunne variere.

Endetarmskreft

Diagnosen stilles som regel ved rektoskopi³. Det tas vevsprøve som sendes til avdeling for patologi for å få en diagnose, og utbredelsen av synlig unormalt vev kartlegges.

Kartlegging av svulstens utbredelse gjøres med billeddiagnostikk. I de aller fleste tilfeller er høyoppløselig MR-undersøkelse obligatorisk i den preoperative utredningen (i noen tilfeller er det kontraindikasjoner mot MR-undersøkelse som gjør at man må nøye seg med CT av bekken), rektal ultralyd kan gi tilleggsinformasjon. CT av thorax og abdomen er nødvendig supplement for kartlegging av fjernmetastaser.

Tykkarmskreft

Diagnosen stilles som regel ved koloskopi⁴. Som ved endetarmskreft tas det vevsprøve som sendes til avdeling for patologi for å få en diagnose, og utbredelsen av synlig unormalt vev kartlegges.

³ Rektoskopi er en undersøkelse av endetarmen og eventuelt nedre del av tykktarmen. Undersøkelsen foregår med et stivt, gjennomsiktig rør (rektoskop) som har en lyskilde, slik at legen kan inspisere endetarmen og dens slimhinne.

⁴ Koloskopi er endoskopisk undersøkelse av tykktarm og endetarm. Under undersøkelsen føres en bøyelig slange gjennom tarmen og bilde overføres til en TV-skjerm. Man har mulighet til å ta prøver fra tarmslimhinnen for å stille

Kartlegging av sykdommens utbredelse gjøres med CT av thorax, abdomen og bekken. Moderne CT-maskiner kan gjøre dette i en enkelt prosedyre.

Klassifisering av kreftsykdommens utbredelse: TNM-klassifisering og stadieinndeling.

På bakgrunn av utredningen fastsettes klinisk stadieinndeling i henhold til TNM-klassifikasjonen. Stadievurdering etter diagnose tar sikte på å avklare lokal og distal sykdomsutbredelse.

TNM-klassifiseringen er en kompakt klassifisering av tumors (T) utbredelse, om det foreligger spredning til lymfeknuter (noduli, N) og om det foreligger metastaser (M), se vedlegg 1.

TNM-klassifiseringen brukes til å avgjøre hvilket stadium sykdommen befinner seg i. Litt enkelt kan man si at ved stadium I og II foreligger det begrenset sykdom, ved stadium III er det spredning til lokale lymfeknuter og ved stadium IV foreligger det fjernmetastaser.

Praktisk gjennomføring

Ettersom de fleste pasienter med ”alarmsymptomer” har andre sykdommer enn kreft er det vanligvis ikke praktisk å bestille de supplerende undersøkelsene før det foreligger en mer eller mindre sikker diagnose, dvs. etter at det er foretatt rektoskopi eller koloskopi, eventuelt etter at det er kommet svar på vevsprøve som viser at det foreligger kreft. Noen foretak kan ha utarbeidet pakke- eller pasientforløp som pasienten loses inn i ved mistanke om kolorektalkreft.

Når prøver og undersøkelser bestilles kan hastegrad markeres av legen, med for eksempel å markere rekvisisjonen med CITO for vevsprøver til avdeling for patologi.

Ikke alle sykehus utfører alle typer undersøkelser selv, og er dermed avhengig av andre enheter i helseforetaket for å få utført disse. Dette kan medføre tap av tid i pasientforløpet.

Iverksette behandling

Når pasienten er ferdig utredet og sykdommens utbredelse klarlagt, skal det tas en avgjørelse om hvilken behandling som er aktuell. Hvilket stadium sykdommen befinner seg i er sammen med pasientens generelle helsetilstand avgjørende for hvilken behandling pasienten tilbys, enten kurativ eller palliativ behandling.

Sykehus som ikke selv foretar strålebehandling og/eller kirurgi sender henvisning til annet sykehus eller foretak som ivaretar dette.

3.3.2 Regelverk – utredning, diagnostisering og iverksettelse av behandling

Foretaket må organisere og tilrettelegge for at nødvendig utredning og behandling iverksettes og gjennomføres innen forsvarlig tid, jf. splsl. § 2-2 og helsetilsynsloven § 3. Pasienten må ved behov (manglende kompetanse, kapasitet) henvises umiddelbart til annen enhet.

nøyaktig dose. Man kan også fjerne godartete utvekster som ikke er for store. Undersøkelsen tar 20-30 minutter. Tykktarmen er 80-90 cm lang og har ofte mange svinger. Dette gjør at undersøkelsen hos enkelte oppleves noe ubehagelig og føles som luftsmertesmerter.

Foretaket forventes å ha implementert de nasjonale retningslinjene og anvende retningslinjenes kriterier for utredning og behandling, eventuelt egne kriterier som er vurdert opp i mot de nasjonale retningslinjene og som er innenfor kravet til faglig forsvarlighet.

Foretaket må organisere og tilrettelegge for at nødvendige prøver og undersøkelser som rektoskopi og koloskopi, vevsprøver, billeddiagnostikk mv. kan gjennomføres med forsvarlig pasientlogistikk innen forsvarlig tid, og at prøvetagnings- og undersøkelsesresultater formidles tilbake til rekvirent og rett mottaker innen forsvarlig tid, jf. sphsl. § 3-2, jf. § 2-2.

Det vil være alvorligheten av tilstanden som er avgjørende for hva som er forsvarlig tempo på utredningen, men for å kunne overholde forløpstidene nedfelt i de nasjonale retningslinjene forventes det at foretakene har en stram utredningslogistikk for å kunne iverksette behandling innen 20 virkedager/4 uker fra henvisningen ble mottatt for de som har fått påvist kolorektalkreft.

Foretaket må ha tilrettelagt utredningsforløpet frem til iverksettelse av behandling eller til henvisning til annet sykehus eller foretak når det gjelder ansvar, oppgavefordeling og kommunikasjon, og følge opp at avdelingene effektivt samarbeider for at utredningene gjennomføres i rett tid med rett kvalitet.

Foretaket må følge opp at rekvisisjoner til ulike prøver og undersøkelser sendes i rett tid, til rett enhet og at undersøkelsene er koordinerte for pasienten med et samlet utredningsforløp, jf. sphsl. § 2-2 nytt siste punktum. Foretaket må ha oversikt over utredningsprosessene og over sårbare områder i prosessen. Det må følge med på gjennomføring av utredning, ventetid og eventuelle restanser, samt følge opp flaskehals og områder hvor det er fare for svikt eller svikt ved lang ventetid på mottak av prøvesvar.

Foretaket må sikre at koloskopi, rektoskopi og billeddiagnostikk gjennomføres innen forsvarlig tid og uten unødig tidsbruk. Foretaket må følge med på at prøver og bilder som blir rekvirert og gjennomført av andre foretak eller private blir gjennomført i rett tid og med rett kvalitet.

Foretaket må sikre at svar på prøver fra avdelinger for patologi og radiologi formidles tilbake til rett mottaker innen forsvarlig tid, og at svarene umiddelbart blir lest, vurdert og signert. Det kan være vanskelig å sette en konkret tidsangivelse på hvor fort svar på prøver og undersøkelser skal foreligge. Men for billeddiagnostikk bør de kunne foreligge i løpet av et par dager, og for vevsprøver innen ca. 1 uke. Ved særlig hast for å sikre forsvarlig behandling forventes raskere svar på undersøkelse og prøver.

Rekvirerende enhet vil i alminnelighet ikke være overordnet analyserende enhet. Rekvirent kan ha begrenset mulighet til å følge med på manglende prøvesvar. Det vil være foretaket på mer overordnet nivå som må følge opp samarbeidet mellom enhetene, og sørge for rutiner som sikrer at undersøkelser og prøvesvar blir avgitt i rett tid og av rett kvalitet til rekvirerende enhet.

Det er av sentral betydning at svar på billeddiagnostikk, laboratorieundersøkelser, koloskopi, vevsprøver mv blir mottatt, lest og fulgt opp av rekvirent, behandlende lege eller legeteam. Foretaket må sikre forsvarlig informasjon og kommunikasjon mellom involvert og samarbeidende helsepersonell og avdelinger om prøver/undersøkelser og resultatet av disse for å kunne ivareta forsvarlig behandling.

Videre må foretakene sikre at prøveresultater, undersøkelsesresultater mv. fortløpende nedtegnes/inntas i journal, jf. sphsl. § 3-2 og journalforskriften §§ 7 og 8.

Når diagnose og utbredelse av tumoren er avklart, må foretaket sørge for at enheten som har ansvar for oppfølging av pasienten har rutiner for å vurdere og beslutte hvilken type behandling pasienten skal tilbys. Foretaket må sikre at beslutningen om behandlingstype blir tatt av personell med tilstrekkelig kompetanse og erfaring. Dersom sykehuset ikke selv har nødvendig kompetanse må dette sikres på annen måte, for eksempel ved videokonferanse, eller at pasienten viderehenvises.

De nasjonale faglige retningslinjene anbefaler at det etableres formelle tverrfaglige møter på alle sykehus som behandler tykk- og endetarmskreft (3). Nytt av tverrfaglige team er beskrevet i litteraturen. De fleste pasienter med endetarmskreft som skal behandles med kurativ intensjon og pasienter med metastaserende eller lokalavansert tykktarmskreft anbefales diskutert i slike møter. Møtene forutsettes å ha deltakelse av gastrokirurg, MR-radiolog med kompetanse innen bekken/tumordiagnostikk, og onkolog.

Dersom pasienten viderehenvises for ytterligere undersøkelser eller behandling underveis i pasientforløpet, skal alle relevante opplysninger som mottaksdato, henvisningsdato, rettighetsstatus, prøvesvar og eventuelle bilder fra allerede utført billeddiagnostikk følge med henvisningen. Viderehenvisning av pasienten til samarbeidende virksomhet i pasientforløpet betinger rutiner for samarbeid mellom sykehus. Foretaket må ha rutiner som sikrer at ikke unødig tid går tapt. Se kapittel 3.4 hvor viderehenvisninger omtales nærmere.

Nærmere om pasienter som faller ut av hovedløpet for utredning og igangsettelse av behandling

Helseforetaket må særskilt følge opp pasienter som ikke blir utredet og vurdert etter det planlagte og ordinære hovedløpet, enten dette er av faglige grunner eller skjer på grunn av spesialisters fravær, forhold ved pasienten eller av andre grunner.

Særlig utfordrende vil organiseringen være når pasienten har flere kreftsykdommer og andre sykdommer, som krever samhandling mellom flere kliniske avdelinger og eventuelt andre sykehus i foretaket. Ved behov for bistand fra andre enheter eller sykehus må ikke pasienter med mistanke om kreft eller allerede fastsatt kreftdiagnose settes på den ordinære ventelisten for avdelingen/sykehuset. Denne pasientgruppen må prioriteres for nødvendig undersøkelse og vurdering.

Bortsett fra i tilfeller hvor lengre tid er faglig betinget og planlagt, må foretaket altså prioritere utredning og vurdering av pasienter som av ulike grunner har falt ut av hovedløpet, for å unngå uforsvarlig tidsbruk og behandling.

Det skal ikke settes nye frister i behandlingsforløpet for samme lidelse. Etter utredningsstart, skal pasientene sikres forsvarlig prioritering, behandling og oppfølging ut fra tilstandens alvorlighet og forsvarlighetskravet i sphsl. § 2-2. Pasienten har fortsatt status som rettighetspasient, så fremt ikke utredningen konstaterer at det ikke er kreft.

Videre forventes foretakene, ut fra forløpstidens normering, å sette utredningsstart innen 10 virkedager fra mottak av henvisningen og planlegge behandlingsstart ut fra et rimelig anslag over hvor mange som har kreft som skal påbegynne behandling innen 20 virkedager fra mottak av

henvisning for 80 % av pasientene. Ved dette tilsynet er imidlertid som nevnt foretakets sikring av de som ikke følger et slikt hovedløp det sentrale.

Hvis pasienten har andre sykdommer eller lidelser, eller det oppdages ny sykdom under utredningsforløpet som ikke har implikasjoner for kreftbehandlingen, skal det ved eventuell rett til nødvendig helsehjelp settes en ny frist for denne tilstanden. Hvis andre sykdommer eller lidelser har implikasjoner for kreftbehandlingen må det vurderes om det skal gis nye frister for dette, men det må utvises faglig skjønn for å gi pasientene rett prioritet, herunder når det gjelder nødvendig utredning eller behandling av andre tilstander som forutsetning for å kunne gjennomføre kreftbehandling.

Det vil som for øvrige deler av pasientforløpet være alvorligheten av tilstanden som er avgjørende for forsvarlig iverksettelse av behandling, men det er forventninger om at foretakene også styrer for å overholde forløpstidene nedfelt i nasjonale retningslinjer. Foruten stram vurdering og utredningslogistikk, må foretakene tilsvarende ha en stram behandlingslogistikk slik at 80 % av de som får diagnostisert tykktarm- eller endetarmskreft får iverksatt behandling innen 20 virkedager/4 uker. For at foretaket skal kunne ivareta, følge opp og ha kontroll på de pasientene som ikke følger et ordinært hovedløp, er det nødvendig at logistikken og kontrollen med dette er effektiv.

3.4 Viderehenvisning

Generelt

I mange tilfeller vil et pasientforløp omfatte aktiviteter på flere utrednings- og behandlingssteder. Pasienten blir vurdert og utredet ett sted, men behandlet på et annet sted. Andre ganger kan pasienten bli vurdert, utredet og behandlet på flere ulike steder.

I de tilfellene pasienten henvises videre, skal henvisningen som hovedregel ikke vurderes på nytt av spesialist når det gjelder rettighetsstatus og juridisk frist for helsehjelp. Dette gjelder også ved henvisninger til et annet helseforetak innenfor helseregionen eller til institusjon i annen helseregion.

Det fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 at spesialisten som foretar vurderingen av henvisningen, tar stilling til spørsmålet om rett til nødvendig helsehjelp og fastsetter frist for når spesialisthelsetjenesten (som sådan) senest skal yte nødvendig helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b annet ledd og prioriteringsforskriften § 4 første ledd andre punktum hvor det fremgår at: *«Dersom en pasient har rett til nødvendig helsehjelp, skal det fastsettes en frist for når faglig forsvarlighet krever at spesialisthelsetjenesten senest må yte helsehjelp til vedkommende pasient for å oppfylle pasientens rettighet.»*

Det fremgår av Prioriteringsveilederen punkt. 4.2 at hovedregelen om rettighetsvurdering, når henvisningen mottas i spesialisthelsetjenesten, ikke gjelder ubetinget. Det uttales blant annet i punkt 4.2 at: *«I noen tilfeller blir det oppdaget forhold ved pasientens helsetilstand som ikke er berørt i henvisningen. Nyoppdaget problematikk som er av en slik karakter at den normalt ville vært henvist til spesialisthelsetjenesten, bør henvises på vanlig måte til rett instans i spesialisthelsetjenesten. En slik henvisning skal rettighetsvurderes i forhold til den nyoppdagede problematikken.»*

Ved viderehenvisning ut fra mistanke om eller diagnostisert kreft, må det sikres at henvisningen formidles umiddelbart og til rett sted, jf. sphlsl. § 3-2, jf. § 2-2 og helsetilsynsloven § 3. Det er sentralt at viderehenvisningen formidles umiddelbart og til ny enhets rette postmottak.

Viderehenvisningen må omfatte relevant og nødvendig informasjon, jf. sphlsl. §§ 3-2 og 2-2, jf. helsetilsynsloven § 3 og journalforskriften § 8, se også s. 16-17 i IS 10-2009 *Ventelisterapportering til Norsk pasientregister (NPR)*. Informasjonen forutsettes å følge sammen med henvisningen. Pasientens videre utrednings- og behandlingsbehov skal på bakgrunn av henvisningen kunne planlegges forsvarlig.

Dette forutsetter i alminnelighet at henvisningen til ny enhet eller sykehus omfatter opplysninger om følgende:

- Pasientopplysninger og pasientidentifikasjon
- Henvisende lege eller enhet og pasientens fastlege
- Nødvendige og relevante kliniske opplysninger om pasienten, resultat av prøver, undersøkelser og billeddiagnostikk som er gjort. Henvisende leges vurdering av helsetilstanden og behov for videre utredning og behandling.
- Ansiennitetsdato – ansiennitetsdato skal være den samme for hele pasientforløpet, jf. ventelisteforskriften § 3 fjerde ledd
- Vurderingsdato – datoen for når vurderingen av nødvendig helsehjelp ble gjennomført av vurderingsenheten i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2, jf. § 2-1 b annet ledd
- Resultatet av vurderingen av rett til nødvendig helsehjelp ved vurderingsenheten
- Bindende frist for mottakende enhet for når nødvendig helsehjelp senest skal starte, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2, jf. § 2-1 b annet ledd
- Sluttdato for ventetid dersom start helsehjelp er påbegynt ved henvisende enhet, dvs. at den nødvendige helsehjelpen som pasienten er vurdert å ha behov for er igangsatt.

Henvisende enhet må sikre at henvisninger til andre enheter for utredning og/eller behandling effekteres fortløpende og umiddelbart til annet sykehus eller foretak, jf. sphlsl. § 2-2 og helsetilsynsloven § 3 og at henvisningene inneholder det relevante og nødvendige innhold, jf. sphlsl. § 3-2, jf. § 2-2, pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2, jf. § 2-1 b annet ledd og prioriteringsforskriften § 4, jf. helsetilsynsloven § 3.

Mottakende enhet

Mottakende enhet må både vurdere viderehenvisninger og nyhenvisninger fortløpende, jf. sphlsl. § 2-2 og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2, jf. § 2-1 b annet ledd og prioriteringsforskriften § 4, jf. helsetilsynsloven § 3.

Viderehenvisningen må mottas, registreres og spesialist må vurdere hva som står igjen av utredning og iverksette behandling i tråd med frist helsehjelp, rettighetsstatus og forsvarlighetsnormen ut fra alvorlighet og prioriteringsveilederne med veiledertabeller.

Mottakende enhet må følge opp at viderehenvisninger inneholder relevante og nødvendige opplysninger for å planlegge og utføre nødvendig helsehjelp i form av undersøkelse eller behandling innen fristen som er satt av spesialist ved henvisende enhet, eller ved andre enheter, og med tanke på et forsvarlig pasientforløp.

Ved manglende opplysninger fra henvisende enhet, for eksempel manglende opplysninger om rettighetsstatus mv. i tilknytning til henvisning inntatt i epikrise, må dette fanges opp og sikres innhentet, jf. sphlsl. § 3-2, jf. § 2-2 og journalforskriften § 8 krav til relevante og nødvendige opplysninger. Se også merknad til journalforskriften § 6 hvor det fremgår at: «*Nødvendige journalopplysninger må gjøres lett tilgjengelige for dem som skal anvende opplysningene som grunnlag for beslutninger om undersøkelser, diagnose, behandling og annen oppfølging av pasienten.*»

Viderehenviste pasienter som ikke har påbegynt nødvendig helsehjelp, må prioriteres ut fra frist for helsehjelp. Det er som hovedregel ikke anledning til å sette ny og senere frist. Fristen for start helsehjelp skal være den samme ved viderehenvisning, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2, jf. § 2-1 b annet ledd og prioriteringsforskriften § 4.

Det skal i utgangspunktet være det samme prioriterte pasientforløp for pasienter som går veien via lokalsykehus, områdesykehus og regionsykehus, som for pasienter som henvises direkte til områdesykehus eller regionsykehus.

Ved mottak av viderehenviste, som har påbegynt nødvendig helsehjelp, skal det ikke settes ny frist for rett til helsehjelp. Rettighetspasienter som har påbegynt nødvendig helsehjelp skal imidlertid sikres prioritet, slik at pasientforløpet reflekterer deres rettighetsstatus. Det vil være forsvarlighetsnormen som styrer prioriteringen av helsehjelp, og at prioriteringsveilederens veiledertabeller og også forløpstidene vektlegges ved prioritering av pasienter.

Det vil være alvorligheten av tilstanden og pasientens individuelle forhold som er avgjørende og styrende for et forsvarlig tempo av eventuell ytterligere utredning, eller iverksettelse av behandling etter tidligere start helsehjelp ved viderehenvisning.

Foretakene må, ved viderehenvisning, ha en svært stram utredningslogistikk for å kunne iverksette behandling innen forløpstidens frist på 20 virkedager for 80 % av de med utredet kreft og særlig for de som henvises for utredning.

Viderehenviste må prioriteres på lik linje med pasienter som henvises direkte til enheten. Allerede utredede pasienter før henvisningstidspunkt må sikres tilsvarende prioritet som pasienter som utredes ved enheten, slik at pasientene får et tilnærmet likeverdig tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Videre bør viderehenviste pasienter for nødvendig helsehjelp i form av utredning og/eller behandling, prioriteres i samsvar med prioriteringsveilederne. Ved viderehenvisning vil gjerne pasientene allerede være ferdig utredet med alvorligheten av tilstanden klarlagt, slik at det er gjennomføringen av behandlingen som gjenstår. Denne bør gjennomføres i samsvar med prioriteringsveilederens veiledertabeller.

Ut fra individuelle forhold og kravet til faglig forsvarlighet, kan det imidlertid være nødvendig å prioritere enkelte pasienter hurtigere. Dette kan være aktuelt for de med uavklart tilstand og frist helsehjelp knyttet til utredning, men hvor endrede forhold i helsetilstanden tilsier hurtigere prioritering.

Helseforetaket må sikre forsvarlig prioritering av rettighetspasienters rett til helsehjelp i form av utredning og/eller behandling gjennom hele pasientforløpet. Helseforetaket må sørge for at det pasientadministrative systemet sikrer en forsvarlig utrednings- og behandlingslogistikk, og at

systemet gir og brukes av lederne for tilstrekkelig og nødvendig informasjon for oversikt, styring og kontroll.

En grunnleggende forutsetning for styring og kontroll, er at sykehusets mottaksdato og vurderingsdato, sammen med frist for nødvendig helsehjelp og ansiennitetsdato fra henvisende sykehus registreres korrekt i henhold til ventelisteforskriften § 3, jf. blant annet fjerde ledd hvor det fremgår at: *«Henvisninger registreres på mottaksdato. Mottaksdato er den dag henvisningen er mottatt av institusjonen. Dersom henvisningen er sendt fra en annen institusjon, registreres også en ansiennitetsdato. Ansiennitetsdato er mottaksdato ved den første institusjonen.»*

Internkontroll

Mottak av henvisninger, viderehenvisninger, vurdering av henvisning og viderehenvisning med påfølgende utredning og iverksettelse av behandling, er helt sentrale aktiviteter ved foretakene. Oppgavene må være systematisert. De kan ikke være avhengige av enkeltpersoner. De må være planlagt, organisert, utført og forbedret i samsvar med lovgivningens krav. Virksomhetens ledere skal systematisk overvåke at oppgavene og styringen fungerer som forutsatt, jf. helsetilsynsloven § 3 og internkontrollforskriften. Det er viktig at alle involverte kjenner til og forholder seg til foretakets organisering av arbeidet med henvisninger mv., og følger fastsatt organisering for mottak og håndtering av henvisninger og ikke via omveier eller enkeltpersoner uten mulighet for oversikt, kontroll og oppfølging.

Forsvarlig kommunikasjon

Et sentralt element av forsvarlighetsnormen ved dette tilsynet vil være virksomhetens plikt til å sikre at relevant og nødvendig informasjon for utredning og behandling av pasientene blir formidlet og mottatt mellom avdelinger og helsepersonell, og mellom enheter/foretak ved viderehenvisninger, blant annet ved forsvarlige informasjons- og kommunikasjonssystemer som pasientadministrative systemer og elektronisk pasientjournal og ved opplæring og oppfølging av personell.

Et hovedfokus ved tilsynet vil være om virksomhetene har nødvendig oversikt over arbeidet med henvisningene og viderehenvisningene, med tilhørende vurderinger, utredninger og behandling, og systematisk styring av arbeidet og informasjonsflyten.

Foruten ansvar for forsvarlige kommunikasjons- og informasjonssystemer, jf. sphsl. § 3-2, forutsettes det at foretakets ledelse følger med på og har styring med henvisningsarbeidet ved virksomheten, jf. internkontrollforskriften §§ 3 og 4.

Dette betyr at virksomhetens ledelse skal ha overordnet styring med praksis for arbeidet med henvisninger og viderehenvisninger, jf. sphsl. § 3-2 og internkontrollforskriften §§ 3 og 4. Se også merknadene til journalforskriften § 4 hvor det uttales at: *”I virksomheter hvor flere gjør nedtegnelser i journaler, bør det utarbeides interne retningslinjer for struktur og håndtering av journal.”* Overordnet styring av praksis omfatter blant annet nedtegnelsestidspunkt for mottaksdato, ansiennitetsdato og frist for helsehjelp, jf. ventelisteforskriften § 3 og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2, jf. § 2-1 b annet ledd.

For eksternt kommunikasjon fremgår det også av journalforskriften § 8 bokstav l at den blant annet skal inneholde: *”Utvexling av informasjon med annet helsepersonell, for eksempel*

henvisninger, epikriser, innleggelsesbegjæringer, resultater fra rekvirerte undersøkelser,...”. Virksomhetens ledelse bør medvirke ved etablering og utvikling av prosedyrer og rutiner for blant annet henvisning mellom lokalsykehus, sentralsykehus og regionsykehus.

Ved dette tilsynet er det viktig å få frem om virksomhetenes pasientadministrative og journal-systemer fungerer som det redskapet det er forutsatt å være.

4 Kartlegging av tidsbruk – juridiske frister og forløpstider

Tidsbruken i de ulike fasene fra henvisningen mottas til behandling startes opp er sentralt ved dette tilsynet. Helsetilsynet ønsker derfor at tilsynslagene ved verifikasjonene kartlegger faktisk tidsbruk, og sammenholder dette primært med lovens krav, men også med forløpstidene. Det er utarbeidet et skjema som tilsynslagene kan benytte ved kartleggingen, se vedlegg 2.

Selv om forløpstidene ikke er rettslige krav, og ansvaret for oppfølgingen er tillagt Helsedirektoratet, ønsker Helsetilsynet at tilsynslagene ved verifikasjonene også kartlegger faktisk tidsbruk når det gjelder forløpstidenes variabler (vurdering av henvisning, oppstart utredning og oppstart behandling).

Om sykehuset ikke klarer å nå målsetningen om forløpstidene for 80 % av de aktuelle pasientene utgjør ikke dette i seg selv et avvik. Funn fra kartleggingen av forløpstider kan imidlertid benyttes som ett av flere revisjonsbevis for å underbygge ev. avvik og/eller merknad.

Funnene fra kartleggingen av forløpstidene skal formidles i kapittel 5 i tilsynsrapporten til foretaket. Det må komme tydelig frem at dette i seg selv ikke er et lovbrudd.

Forløpstidene ble innført 24. juni 2011. For å gi foretakene en viss tid til å omstille seg skal kartleggingen bare omfatte pasienter hvor nyhenvisningen ble mottatt på sykehuset etter 31. desember 2011.

Det kan være ulike oppfatninger ute i tjenestene om hvordan forløpstidene skal telles, og hva som skal legges til grunn for startdato for tellingen. Vi har derfor valgt å beskrive hva vi legger til grunn for kartleggingen ved dette tilsynet. Det bygger på forståelsen av begrepet *mottaksdato* (se kap. 1.2 i veilederen), beskrivelsen av forløpstider i den nasjonale retningslinjen (3) og hva som er beskrevet i kvalitetsindikatoren tid fra henvisning til første behandling for tykktarmskreft (8).

Under beskrives hva tilsynet skal legge til grunn ved kartleggingen av de ulike variabler:

- *Vurdering av henvisning (5 virkedager)*: Tid fra nyhenvisningen blir mottatt og til den er vurdert, og frist for nødvendig helsehjelp er satt.
Med mottak menes her datoen for når nyhenvisningen med mistanke om kreft eller allerede diagnostisert kreft blir mottatt ved sykehus i spesialisthelsetjenesten for første gang. I denne kartleggingen vil startpunkt altså ikke være ved en eventuell kontakt med avtalespesialist i forkant av henvisningen til sykehuset. Opplysningene skal finnes i det pasientadministrative systemet (PAS).
- *Oppstart av utredning (10 virkedager)*: Tid fra nyhenvisningen blir mottatt og til oppstart av utredningen.
Med oppstart av utredning mener vi her dato for pasientens første direkte kontakt med sykehuset for prøvetaking, undersøkelse eller annet konkret tiltak som er nødvendig for å få utredet mistanken om kreft. Ofte vil poliklinisk time for rektoskopi eller koloskopi være det første tiltaket. Poliklinisk time for å innhente opplysninger slik at spesialist kan vurdere pasientens *helsetilstand* i forbindelse med vurdering av henvisningen, er ikke å regne som oppstart utredning. Opplysningene skal finnes i pasientens hovedjournal (EPJ).
- *Oppstart behandling (20 virkedager)*: Tid fra nyhenvisningen blir mottatt og til oppstart av behandling av sykdommen.

Med oppstart behandling menes her dato for første behandling som gis, enten i form av stråleterapi, cytostatika eller kirurgi. Midlertidig utlegging av tarm og andre lignende inngrep som av medisinske årsaker må foretas før hovedbehandling kan igangsettes regnes også som oppstart av behandling. Behandling eller stabilisering av tilleggssykdommer, for eksempel hjertesykdom og infeksjoner, som må gjøres før behandlingen av selve kreftsykdommen kan starte, regnes ikke som oppstart behandling. Opplysningene skal finnes i EPJ.

Det kan være ulik praksis for hva som registreres som ansiennitetsdato og om denne i det hele tatt blir registrert, og videre hvilken dato foretakene regner forløpstiden fra. Mottaksdatoen og ansiennitetsdato som er registrert i PAS må derfor sjekkes mot selve henvisningen for å være sikker på at det er reell mottaksdato eller ansiennitetsdato, og at det ikke er en ny mottaksdato som er satt underveis i forløpet. Beregning av forløpstiden skal gjøres ut fra første henvisning til den første enheten, denne datoen skal følge pasienten som ansiennitetsdato gjennom det videre forløpet. Det er denne datoen forløpstidens tre variabler skal beregnes ut fra.

5 Samlede revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er i det følgende sortert samlet for gjennomgående forhold og etter inndelingen i tre faser. Kriteriene er knyttet både til de materielle krav som følger av helselovgivningen og de prosessuelle krav som til dels følger av kravet til forsvarlig virksomhet og til internkontrollsystem, jf. prosedyren for systemrevisjon.

Revisjonskriteriene har ulik betydning og vekt når det gjelder nødvendighet. Foretakene har frihet til å velge ulike organisatoriske løsninger og dette må det tas hensyn til ved bedømmelsen av virksomheten. Foretaket er imidlertid forpliktet til å følge med på at den valgte organisering og ytelse av helsetjenester er faglig forsvarlig og gir de resultater som lovgivningen krever.

Foretakenes frihet til å organisere seg og kravet til nødvendig omfang av internkontroll, innebærer at det må utvises skjønn ved vurderingen av hvilke internkontrolltiltak som er nødvendige og som skal dokumenteres skriftlig.

På samme måte må det utvises et skjønn ved vurderingen av foretakets tempo for gjennomføring av selve utredningen fra vurdering til diagnose, og til iverksettelse av behandling. Rommet for foretaket og tilsynets skjønnsutøvelse, er imidlertid betydelig mindre når det gjelder foretakets tempo ved mottak og vurdering av henvisninger, og til ventetid på gastroenterologisk kirurgi etter sikker kreftdiagnose som i prioriteringsveilederen er satt til 3 uker fra diagnosetidspunktet (jf. IS-1620/IS-1639).

Forløpstidene er ikke rettslig bindende, og overskridelse av forløpstidene innebærer ikke regelbrudd som sådan. Det skal ikke konstateres lovbrudd ved overskridelse av forløpstidene. Det må foretas en helhetlig vurdering av foretakets tidsbruk opp mot kravet til faglig forsvarlighet, og hvor alvorlighet vil være avgjørende. Det sentrale er om foretaket har tilstrekkelig og nødvendig kontroll med de pasientene som ikke følger ordinært løp for utredning og oppstart av behandling, og hvor unødige forsinkelser kan få alvorlige konsekvenser.

Revisjonskriteriene må vurderes i sammenheng. De er knyttet til henholdsvis faglige og styringsmessige forhold. Undersøkelse etter kriteriene vil gi et uttrykk for om virksomhetens sikring av mottak av henvisninger, vurderinger og utredninger ved mistanke om kreft er faglig forsvarlig. Først når undersøkelsene er gjennomført, vil det kunne formuleres eventuelle avvik basert på faktiske forhold som klart viser hva som svikter eller representerer en for stor fare for svikt, og hvilke elementer i internkontrollen som ikke fungerer når det gjelder å sikre dette.

Kriterier som ikke oppfylles kan kombineres, bare avvikene blir klare, tydelige og godt underbygget. Avvikene skal i utgangspunktet hjemles i sphlsl. § 2-2 og/eller § 3-2 og/eller pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2, samt internkontrollforskriften § 4, eventuelt også internkontrollforskriften § 5.

5.1 Gjennomgående revisjonskriterier for alle fasene

- Foretakets ledelse identifiserer kritiske og sårbare områder for alle fasene av prosessen, og setter i verk tiltak for å sikre utsatte områder og forebygge uønskede hendelser. Eksempler på særlig kritiske områder kan være henvisningens gang i foretaket og hvordan rekvirering av prøver og

tilhørende svar formidles og håndteres. Videre kan tilgang til nok utstyr og personell med tilstrekkelig kompetanse året rundt være et kritisk område.

- Foretaket organiserer og tilrettelegger med tilstrekkelig kapasitet slik at helsepersonell kan ivareta arbeidsoppgavene gjennom de ulike fasene på en forsvarlig måte. Dette må ivaretas uavhengig av hvordan foretaket har organisert arbeidet og oppgavene må ivaretas gjennom hele året, uavhengig av ferier, sykdom, svingning i antall henvisninger mv.
- Ansvars- og oppgavefordeling er entydig plassert for de ulike arbeidsprosessene og oppgavene. Det sikres nødvendig samhandling og kommunikasjon mellom ulike profesjoner, avdelinger og enheter. Alle ansatte som er involvert kjenner og følger ansvars- og oppgavefordelingen. Foretakets ledelse følger med på at dette skjer.
- Foretaket sikrer forsvarlig praksis i de ulike fasene og ved de ulike aktivitetene i prosessene ved å ha nødvendige rutiner, prosedyrer og tiltak. Foretakets ledelse tar stilling til hvor mye av dette som må være skriftliggjort. Rutiner, prosedyrer og tiltak er kjent og blir brukt av alle ansatte som er involvert. Foretakets ledelse kontrollerer og følger med på om rutiner, prosedyrer og tiltak blir fulgt, og de vurderer om det gir forventet resultat, eller om det er behov for endringer.
- Foretaket sørger for at alt personell som er involvert i de ulike fasene og med de ulike arbeidsoppgavene har nødvendig kunnskap og ferdigheter til å ivareta oppgavene forsvarlig. Det gjelder interne rutiner, aktuelt regelverk, bruk av IT-verktøy og ulike elektroniske systemer som benyttes, også når det gjøres endringer i systemene og/eller bruken av dem. Det må være planer for opplæring og kompetansebygging, herunder opplæring av nyansatte og vikarer. Det må dokumenteres at opplæring og kompetanseoppbygging er gjennomført.
- Foretaket forventes å ha implementert prioriteringsveiledere og nasjonale retningslinjer i alle aktuelle enheter. Brukes interne kriterier og veiledninger skal disse være vurdert opp mot de nasjonale retningslinjer og prioriteringsveiledere, og være innenfor kravet til faglig forsvarlighet. Velger foretaket en annen praksis enn den som anbefales i nasjonale retningslinjer og prioriteringsveiledere, bør den være basert på en konkret, begrunnet og dokumentert vurdering.
- Foretaket følger opp de elektroniske systemenes funksjonalitet når det gjelder styringsinformasjon, logistikk og pasientenes rettssikkerhet. Tilgang på brukerstøtte må sikres, slik at det ikke oppstår unødvendig forsinkelse i arbeidet. De må ha styring på brukertilganger, hvilke elektroniske postkasser og mottaksstasjoner som er aktive, og at inaktive postkasser og mottaksstasjoner sperres eller slettes.
- Foretaket har et aktivt avvikssystem og en innarbeidet kultur for å melde fra om feil og nesten-feil. Slike meldinger blir brukt til systematisk læring og forbedring av tjenestene. Avviksmeldinger blir registrert, vurdert og eventuelle nødvendige tiltak/endringer igangsatt. Ansatte får opplæring i bruken av avvikssystemet, og ledelsen følger med på at dette blir brukt. Andre tilbakemeldinger, for eksempel klager og tilbakemeldinger fra pasienter/pårørende, samarbeidende helsepersonell som for eksempel fastleger og resultater fra internrevisjoner mv. benyttes også systematisk for å forbedre tjenestene.

- Foretaket setter mål for sentrale deler av tjenesteproduksjonen og følger med på resultatene, blant annet hvordan foretaket ligger an når det gjelder å innfri fristen for å vurdere henvisninger innen 15 virkedager og målene i forløpstidene, antall fristbrudd, ventetid for å få utført skopier, radiologiske undersøkelser og ventetid på patologisvar. Ledelsen bruker disse opplysningene til å planlegge, organisere og korrigere egen virksomhet.

5.2 Revisjonskriterier knyttet til de tre fasene

- **Foretaket sørger for forsvarlig mottak, registrering og videreformidling av henvisninger ved at:**
 - Alle henvisninger fanges opp og registreres daglig hver virkedag, og videreformidles til riktig klinikk-, avdelings- eller seksjonsnivå for vurdering av spesialist senest neste virkedag. Dato for mottak av henvisning registreres i PAS.
 - Henvisninger skal normalt ikke avvises. Unntak er beskrevet i pkt. 3.1.2. Det er spesialist som skal vurdere om en henvisning skal avvises.
 - Henvisninger som forutsetter tilbud som enheten ikke har skal ikke returneres til henvisende instans, men videreformidles til rett instans. Det er spesialist som vurderer om en henvisning skal videreformidles. Pasient og henvisende instans informeres om at henvisningen er videresendt.
 - Det er entydige kriterier for hvilke postkasser (elektroniske eller fysiske) innkomne henvisninger skal videreformidles til. Postkasser som benyttes for videreformidling av henvisninger er i aktiv bruk, postkasser som ikke lenger er i bruk slettes eller settes inaktive. Henvisninger som er videreformidlet til feil postkasse blir fanget opp og videresendt til rett postkasse umiddelbart.
 - Foretaket har tiltak og kontrollrutiner som sikrer at henvisninger ikke blir liggende uten å bli vurdert av spesialist.
- **Foretaket sørger for forsvarlig vurdering og prioritering av henvisninger ved at:**
 - Alle henvisninger blir vurdert av spesialist på fagområdet, normalt innen 5 virkedager/1 uke. Slik kan tilstander med stor grad av hast fanges tidlig opp, og absolutt siste frist for vurdering innen 15 virkedager bli overholdt, selv om det er behov for å innhente ytterligere opplysninger eller undersøkelser før vurdering.
 - Henvisninger som har blitt forsinket, uavhengig av årsak, prioriteres for rask vurdering for å sikre forsvarlig fremdrift i vurdering av henvisningen, og senere for eventuell utredning og behandling.
 - Det vurderes om henvisningen inneholder nok opplysninger til å kunne vurdere pasientens *helsetilstand*. Hvis ikke innhentes ytterligere opplysninger og/eller pasienten kalles inn til nødvendige prøver og undersøkelser for å kunne vurdere helsetilstanden.
 - Det foretas en reell faglig og individuell vurdering av pasientens helsetilstand. Det benyttes beslutningsstøtte, fortrinnsvis Helsedirektoratets prioriteringsveiledere. Hvis foretaket benytter egne retningslinjer, skal disse være vurdert opp i mot prioriteringsveilederne og være innenfor kravet til faglig forsvarlighet. Velger foretaket en annen praksis enn den som anbefales i prioriteringsveilederen, bør den være basert på en konkret og begrunnet vurdering som blir dokumentert.
 - Behovet for bistand fra andre spesialister/enheter for vurdering av multiproblempasienter vurderes, og det sikres nødvendig tverrfaglig vurdering og utredning.

- Legespesialisten tar stilling til om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp (kalles “prioritert helsehjelp” i prioriteringsveilederne), beslutter frist for når helsehjelpen senest skal igangsettes og bestemmer hvilke prøver og undersøkelser som skal rekvireres. Det tas hensyn til pasientens individuelle forhold i tillegg til de aktuelle symptomene ved vurdering av helsetilstand og fastsettelse av frist. Det tas ikke hensyn til foretakets kapasitet ved fastsettelse av frist for nødvendig helsehjelp.
- Resultatet av vurderingen og frist for når helsehjelp senest skal starte registreres i PAS. Det bestilles prøver og undersøkelser som spesialisten har besluttet at pasienten skal ta. Pasienten innkalles, og det blir gjort på en måte som er hensiktsmessig og som gjør at pasienten får beskjed i tide før timen.
- Pasient og henvisende lege orienteres skriftlig om resultatet av vurderingen. Orienteringen skal inneholde informasjon om at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b, hvilken frist for helsehjelpen som er satt, retten til fornyet vurdering, klageadgang (herunder klagefrist og klageinstans) og at pasienten kan henvende seg til Helfo pasientformidling ved fristbrudd.
- **Foretaket sørger for forsvarlig føring av ventelister og pasientlogistikk, og sikrer nødvendig helsehjelp innen fastsatt frist ved at:**
 - Foretaket fører elektronisk venteliste som til enhver tid er oppdatert. Av ventelistene fremkommer om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp og med hvilken frist. Foretaket følger med på ventelistene, og sørger for at pasienter med rettighetsdato gis et tilbud innen fristen, enten i eget foretak, i egen region, i annen region eller privat (med avtale) hvis det er nødvendig.
 - Foretaket har logistikkssystemer og ventelister som sikrer forsvarlig utrednings- og behandlingsforløp etter at nødvendig helsehjelp er igangsatt (og pasienten er strøket fra ventelisten etter ventelisteforskriften).
 - Pasienter som er forsinket i forløpet, uavhengig av årsak, prioriteres frem på ventelistene hvis forsvarlig pasientbehandling tilsier det.
- **Foretaket sørger for forsvarlig utredning, diagnostisering og iverksetting av behandling ved at:**
 - Nødvendig helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b annet ledd starter innen fastsatt frist og følger et koordinert og samlet utredningsløp. Andre spesialister eller enheter som bistår setter ikke kreftpasientene på ordinær venteliste, men prioriterer dem.
 - Foretaket sørger for forsvarlig intern kommunikasjon mellom helsepersonell og mellom enheter, og følger med på at dette fungerer:
 - rekvirerte prøver og undersøkelser gjennomføres og svar formidles til rekvirent innen forsvarlig tid og uten ubegrunnet tidsbruk. Alvorligheten i pasientens helsetilstand er avgjørende for hva som kan anses som forsvarlig tid.
 - svar på prøver og undersøkelser sendes aktive postkasser, og det er klart hvem som skal sjekke disse postkassene og hvor ofte. Dette fungerer uavhengig av fravær som ferie, sykdom mv. Svar på prøver og undersøkelser blir lest, kvittert for og fulgt opp av behandlende lege/enhet tilnærmet umiddelbart.
 - relevant og nødvendig informasjon fra utredning, diagnostisering og fastsettelse av utbredelsen av sykdommen nedtegnes/inntas i journal.
 - resultatene av prøver og undersøkelser blir avgitt i rett tid og med ønsket kvalitet.

- Foretaket har oversikt over pasientforløp og iverksetter særskilte tiltak hvis utredning og igangsetting av behandling står i fare for ikke å bli iverksatt innen forsvarlig tid, uavhengig av om dette skyldes forhold ved virksomhet eller pasient
- Sykehus som ikke har kompetanse til videre utredning og/eller behandling av pasientene henviser dem til annet sykehus eller foretak umiddelbart. Se egne revisjonskriterier for viderehenvisninger under.
- Personell med tilstrekkelig kompetanse og erfaring vurderer og beslutter hvilken behandling som skal tilbys. Nasjonale faglige retningslinjer anbefaler at dette gjøres i faste tverrfaglige møter. Dersom sykehuset ikke selv har nødvendig kompetanse må dette sikres på annen måte, for eksempel ved videokonferanse, eller at pasienten henvises til annet sykehus.
- Foretaket må organisere og tilrettelegge for at nødvendig behandling iverksettes innen forsvarlig tid. Det tas hensyn til tidsangivelser i prioriteringsveilederne og også forløpstider når pasientene prioriteres.
- Beslutning om behandlingsvalg journalføres.

Ovenstående revisjonskriterier gjelder henvisninger generelt. Under følger revisjonskriterier som gjelder særskilt for viderehenvisninger.

- **Foretaket sørger for forsvarlig håndtering av viderehenvisninger ved at:**

- Viderehenvisninger som blir sendt inneholder nødvendige og relevante opplysninger om pasienten, herunder ansiennitetsdato. Hvis opplysninger mangler, må mottakende enhet innhente disse. Hva som i alminnelighet regnes som nødvendige opplysninger i denne sammenheng er beskrevet i kap. 3.4. Både mottaksdato og ansiennitetsdato registreres i PAS ved mottakende sykehus.
- Rettighetsstatus og juridisk frist for helsehjelp skal som hovedregel ikke vurderes på nytt av spesialist på mottakende sykehus. Det er som hovedregel ikke anledning til å sette ny og senere frist for når nødvendig helsehjelp skal starte.
- Rettighetspasienter som har påbegynt nødvendig helsehjelp sikres prioritet, slik at pasientforløpet reflekterer deres rettighetsstatus, selv om det ikke skal settes nye juridiske frister. Det vil være forsvarlighetsnormen som styrer prioriteringen av helsehjelp. Det tas hensyn til tidsangivelser i prioriteringsveilederne og også forløpstider når pasientene prioriteres.
- Det er det samme prioriterte pasientforløp for pasienter som går veien via lokalsykehus før de viderehenvises til områdesykehus eller regionsykehus, som for pasienter som henvises direkte til områdesykehus eller regionsykehus.

6 Planlegge, forberede og gjennomføre tilsynet

Omfang av tilsyn, sammensetning av tilsynslag og valg av tilsynsobjekter

Tilsyn gjennomført etter denne veilederen skal utgjøre ca. 30 % av det samlede volumkravet for tilsyn med spesialisthelsetjenesten i hver region.⁵ Tilsynene skal være gjennomført og endelige rapporter oversendt Statens helsetilsyn innen 1. desember 2012.

Omfanget av tilsynet tilsier at det er behov for å bruke to til tre dager ved hvert tilsynsbesøk. Særlig ved tilsyn med sykehus som både håndterer nyhenvisninger og viderehenvisninger må tilsynslagene regne med å bruke noe mer tid enn det som tradisjonelt er vanlig ved landsomfattende tilsyn.

Tilsynet skal gjennomføres som systemrevisjon, i henhold til gjeldende prosedyre. Tilsynene skal gjennomføres med regionale team, og kontinuitet i teamet må ivaretas.

Ved sammensetning av tilsynslaget må det tas hensyn til at dette er et krevende og omfattende tilsyn, som tilsier at tilsynslaget samlet sett må ha god kunnskap om hvordan foretakene styrer pasientforløp og logistikk. Revisjonsleder må være erfaren og ha god kjennskap til systemrevisjon. I tillegg er det nødvendig med erfaren lege. Vi anbefaler også å ha med jurist, evt. en annen person med god juridisk kompetanse, da tilsynet har krevende juridiske tema.

Valg av foretak og sykehus det skal føres tilsyn med gjøres ut fra en risikoanalyse og kjennskap til lokale forhold. Det kan med fordel også innhentes resultat for kvalitetsindikatoren hvor tid fra henvisning til første behandling av tykktarmskreft måles, data finnes på Helsedirektoratets sider (8). Oversikt over ventetid for koloskopi/rektoskopi og behandling av tykktarmskreft på nettsidene til Fritt sykehusvalg kan også gi nyttig informasjon (13).

Forberedelser i forkant av selve tilsynet

Helseforetakene er adressert for tilsynet. Det innebærer at varsel om tilsyn, tilsynsrapport og eventuell anmodning om retting av lovbrudd skal rettes til helseforetaket v/administrerende direktør.

Ved varsel om tilsyn bør tilsynsmyndigheten be om å få en kontaktperson ved helseforetaket som de kan samarbeide med under planlegging av tilsynet.

Tilsynslaget må gjøre seg kjent med hvordan helseforetaket har fordelt og organisert de ulike oppgavene med vurdering av henvisninger, utredning og behandling av pasienter med kolorektalkreft, og tilsvarende hvordan det enkelte sykehuset har organisert sine oppgaver. Det må innhentes informasjon om hvilke kommunikasjonskanaler som benyttes innad i sykehuset og mellom samarbeidende sykehus for informasjonsutveksling av pasientdata.

Tilsynslaget må vurdere hvilke opplysninger og dokumenter det er relevante å innhente i forkant av tilsynet. Dersom det i tilsendte dokumenter er vanskelig å forstå hvordan tjenesten er ledet, organisert og styrt, kan det være behov for et formøte der dette avklares.

Tilsynslaget må ha tilgang til opplysninger i det pasientadministrative systemet og i den elektroniske pasientjournalen, samt applikasjonene for billeddiagnostikk og patologiske

⁵ Volumkrav er beskrevet i embetsoppdrag til fylkesmennene for 2012, side 22

undersøkelser. Det må gå frem av datasystemet eller på annen måte loggføres at det er tilsynsmyndigheten som har vært inne i journalene. Hvis tilsynslaget ikke kjenner de elektroniske systemene som foretaket benytter godt fra før, må det bes om at en ansatt som kjenner bruken av datasystemene godt er tilgjengelig i de periodene hvor tilsynslaget skal bruke IT-systemene. Det er særlig viktig ved dette tilsynet å kunne bruke IT-verktøyet riktig, slik at tilsynslaget er sikre på at de finner frem til de opplysningene som er nødvendig for å få undersøkt godt nok.

Ved dette tilsynet må tilsynslaget sette seg inn i nasjonale retningslinjer og prioriteringsveiledere. Videre må tilsynslaget gjøre seg kjent med resultatet av internrevisjoner/konsernrevisjoner som er foretatt på området, og etterspørre tiltak som er iverksatt som følge av funnene der. Under pkt. 8 Referanser er det satt opp noen aktuelle lenker.

Intervju

Ut fra hvordan foretaket og sykehuset har organisert arbeidet med å håndtere/vurdere henvisninger, utrede og igangsette behandling, må tilsynslaget bestemme hvem det er hensiktsmessig å intervju. Ansatte og ledere ved de enhetene som er involvert og første felles ledernivå vil være naturlig å velge.

Verifikasjoner

Det anbefales å gå gjennom journalene for de 20 siste pasientene som fikk diagnosen kolorektalkreft for første gang, og hvor behandling er igangsatt eller henvisning for videre utredning og/eller behandling er sendt. Ved sykehus som mottar viderehenvisninger anbefales det å gå gjennom journaler for de siste 20 pasientene de mottok viderehenvisning for, og hvor behandling er igangsatt. Ved sykehus som både håndterer nyhenvisninger og viderehenvisninger kan det totale antallet journaler reduseres noe (for eksempel til 30), hvis de samlet sett gir godt nok faktagrunnlag om praksis. Antallet journaler kan tilpasses størrelsen på enheten noe. Ved mindre sykehus kan det være et forholdsvis lavt antall aktuelle journaler. Pasientforløpene som skal undersøkes i journalene bør ikke være eldre enn ca. 1 år. Det anbefales at det settes av god tid til gjennomgang av journaler ved dette tilsynet, da det er mye som skal undersøkes og bedømmes.

I tillegg skal det gjøres en enkel kartlegging av forløpstidene, se kap. 4.

Diagnosene det skal spørres etter er: Ondartet svulst i tykktarm (ICD-10 kode C 18.0 - C18.9), Ondartet svulst i overgange mellom sigmoideum og endetarm (ICD-10 kode C19) og Ondartet svulst i endetarm (ICD-10 kode C20).

Videre vil det også være nødvendig å se på annen dokumentasjon, som for eksempel avviksmeldinger, ventelister, oversikt over ventelistebrudd, sjekklister, møtereferater og dokumentasjon av opplæringsplaner.

Oppfølging og avslutning av tilsyn

Ansvar for oppfølging og avslutning av tilsynet ligger hos Fylkesmannen i det fylket hvor sykehuset er geografisk plassert. Oppfølging og avslutning av tilsynet skal følge retningslinjene utarbeidet av Statens helsetilsyn (12).

Kopi av endelige tilsynsrapporter sendes fortløpende til postmottak@helsetilsynet.no. De vil bli lagt ut på Helsetilsynets hjemmesider.

Alle RHF-ene skal informeres skriftlig om de samlede funnene fra dette tilsynet i helseregionen. Embetene i den enkelte helseregion bestemmer selv hvordan de vil formidle dette til RHF-et. Det kan for eksempel skrives en oppsummeringsrapport eller et eget brev hvor samlede funn beskrives og regionens utfordringer tydeliggjøres.

Statens helsetilsyn vil på bakgrunn av tilsynsrapportene som foreligger 1. desember utarbeide en nasjonal oppsummeringsrapport.

7 Vedlegg

Vedlegg 1: TNM-klassifisering og stadieinndeling

| AJCC stage | TNM stage | TNM stage criteria for colorectal cancer |
|-------------|------------------|---|
| Stage 0 | Tis N0 M0 | Tis: Tumor confined to mucosa ; cancer- <i>in-situ</i> |
| Stage I | T1 N0 M0 | T1: Tumor invades submucosa |
| Stage I | T2 N0 M0 | T2: Tumor invades muscularis propria |
| Stage II-A | T3 N0 M0 | T3: Tumor invades subserosa or beyond (without other organs involved) |
| Stage II-B | T4 N0 M0 | T4: Tumor invades adjacent organs or perforates the visceral peritoneum |
| Stage III-A | T1-2 N1 M0 | N1: Metastasis to 1 to 3 regional lymph nodes . T1 or T2. |
| Stage III-B | T3-4 N1 M0 | N1: Metastasis to 1 to 3 regional lymph nodes. T3 or T4. |
| Stage III-C | any T, N2 M0 | N2: Metastasis to 4 or more regional lymph nodes. Any T. |
| Stage IV | any T, any N, M1 | M1: Distant metastases present. Any T, any N. |

Nærmere forklaring av TNM-klassifisering og stadieinndeling finnes i nasjonale retningslinjer s. 115.

8 Referanser

1. Risikobildet av norsk kreftbehandling. Rapport fra Helsetilsynet 4/2010. Oslo: Statens helsetilsyn 2010. (29.11.2011)
2. Ford AC, Veldhuyzen van Zanten SJO, Rodgers CC, Talley NJ, Vakil NB, Moayyedi P. Diagnostic utility of alarm features for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis. Gut 2008;57:1545-52.
3. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av tykk- og endetarmskreft. IS-1792. Oslo: Helsedirektoratet, 2010. (29.12.2011)
4. Prioriteringsveileder – gastroenterologisk kirurgi. IS-1620. (med veiledertabell IS-1639). Oslo: Helsedirektoratet, 2008. (30.01.2012)
5. Prioriteringsveileder – fordøyelsessykdommer. IS-1619. (med veiledertabell IS-1638). Oslo: Helsedirektoratet, 2009. (30.01.2012)
6. Oppdragsdokument 2011. Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 120 S (2010-2011). (29.11.2011)
7. Brev 31. mai 2011 fra Statens helsetilsyn til Helse- og omsorgsdepartementet om svikt i pasientadministrative systemer og elektroniske pasientjournaler ved flere av landets helseforetak. (29.11.2011)
8. Kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet. Publisert 27. november 2011. (29.12.2011)
9. Cancer Registry of Norway. Cancer in Norway 2009 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway, 2011. (29.11.2011)
10. Haldorsen T. Cancer screening in Norway .Cancer in Norway 2009. Special Issue. Oslo: Cancer Registry of Norway, 2011.

11. Lov om pasientrettigheter. Rundskriv IS-12/2004. Oslo: Helsedirektoratet, 2004.
(29.12.2011)
12. Retningslinjer for oppfølging og avslutning av tilsyn ved lovbrudd i virksomheter. Internserien 8/2011. Oslo: Statens helsetilsyn 2011.
(30.01.2012)
13. Fritt sykehusvalg. Oslo: Helsedirektoratet
(18.01.2012)
14. Ventelisterapportering til Norsk pasientregister (NPR). Rundskriv IS-10/2009. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.
(20.01.2012)

Aktuelle linker til brev og nettsider om internrevisjoner i RHF-ene

Brev 4. juli 2011 fra Helse Sør-Øst til Helse- og omsorgsdepartementet om gjennomførte tiltak for forbedringer av det pasientadministrative arbeidet (29.11.2011)

Nettside med rapporter fra internrevisjoner i Helse Sør-Øst RHF
(29.11.2011)

Sak til styret i Helse Sør-Øst RHF 14. september 2011, sak 058/2011 om revisjoner av intern styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet i helseforetaket
(05.12.2011)

Nettside med rapporter fra internrevisjoner i Helse Midt-Norge RHF
(29.11.2011)