

Internrevisjonen

PAKKEFORLØP FOR KREFT

Helse Vest, august 2025



INNHALD

1	Samandrag	4
2	Innleiing	8
2.1	Bakgrunn	8
2.2	Føremål og problemstillingar	8
2.3	Revisjonskriterium og metode	9
2.4	Overordna om pakkeforløpa	11
3	Etterleving av nasjonale mål for pakkeforløp	13
3.1	Innleiing	13
3.2	Revisjonskriterium	14
3.3	Del pasientar som blir inkludert i pakkeforløp	15
3.4	Etterleving av forløpstider i dei ulike føretaka	15
3.5	Samanlikning av etterleving av forløpstider på tvers av føretak	18
3.5.1	<i>Pakkeforløp brystkreft</i>	18
3.5.2	<i>Pakkeforløp tjukk- og endetarmskreft</i>	21
3.5.4	<i>Pakkeforløp lungekreft</i>	23
3.5.5	<i>Pakkeforløp prostatakreft</i>	26
3.6	Oppsummering av flaskehalsar i pakkeforløpa	29
3.7	Tidsbruk for pasientar som blir overført til andre føretak	30
3.8	Vurdering	33
4	Likebehandling av pasientar på tvers av føretak	35
4.1	Innleiing	35
4.2	Revisjonskriterium	35
4.3	Samanlikning av utgreiings- og behandlingstilbod på tvers av føretaka	37
4.3.1	<i>Pakkeforløp brystkreft</i>	37
4.3.2	<i>Pakkeforløp tjukk- og endetarmskreft</i>	39
4.3.3	<i>Pakkeforløp lungekreft</i>	40
4.3.4	<i>Pakkeforløp prostatakreft</i>	42
4.3.5	<i>Oppsummering av forskjellar i utgreiings- og behandlingstilbod til pasient</i>	42
4.4	Vurdering	44
5	Organisering av pakkeforløpa	45
5.1	Innleiing	45
5.2	Revisjonskriterium	45
5.3	Fordeling av roller og ansvar i samband med pakkeforløpa	46
5.3.1	<i>Overordna leiing</i>	46
5.3.2	<i>Forløpskoordinator</i>	46
5.3.3	<i>Multidisiplinære team (MDT)</i>	48
5.3.4	<i>Ansvarleg behandlande lege</i>	49
5.3.5	<i>Andre roller</i>	50
5.3.6	<i>Særleg om fordeling av roller og ansvar i Helse Bergen</i>	50

5.4	System og rutinar for gjennomføring av pakkeforløp	50
5.4.1	<i>System og rutinar for vurdering av tilvisingar til pakkeforløp og prioritering av pasientar</i>	50
5.4.2	<i>System og rutinar for å sikre samhandling og framdrift internt i føretaka</i>	52
5.5	Samhandling på tvers av føretaka og private avtalespesialistar	54
5.5.1	<i>Tilvisingar på tvers av føretak</i>	54
5.5.2	<i>Samhandling om undersøkingar ved utgreiing</i>	54
5.5.3	<i>Samhandling om behandling</i>	55
5.6	Systematisk forbetring og kvalitetsarbeid	55
5.7	Vurdering	56
6	Informasjon, involvering, medverknad og dialog med pasient og pårørende	59
6.1	Innleiing	59
6.2	Revisjonskriterium	59
6.3	Rutinar og praksis	60
6.4	Erfaring frå brukarar	62
6.5	Vurdering	64
7	Kodepraksis, datakvalitet og systematisk arbeid med pakkeforløpa	66
7.1	Innleiing	66
7.2	Revisjonskriterium	66
7.2.1	<i>Krav til koding av forløpstider</i>	66
7.3	Praksis for føring av koder i pakkeforløp kreft	68
7.3.1	<i>Kodeføring i OF1 (frå tilvising mottatt til første frammøte i utgreiande avdeling)</i>	68
7.3.2	<i>Kodeføring i OF2 (frå første frammøte i utgreiande avdeling til avslutta utgreiing)</i>	69
7.3.3	<i>Kodeføring i OF3 (frå avslutta utgreiing til start behandling)</i>	70
7.4	Datakvalitet	71
7.4.1	<i>Manglande registrering i statistikken</i>	72
7.4.2	<i>Kunstig høge tal</i>	73
7.5	Vurdering	74
8	Konklusjon og tilrådingar	75
9	Vedlegg 1 – Oversikt over etterlevinga av forløpstider per føretak	78
9.1	Helse Bergen	78
9.2	Helse Stavanger	79
9.3	Helse Førde	80
9.4	Helse Fonna	81
10	Om internrevisjon	83

1 SAMANDRAG

Pakkeforløp for kreft skal bidra til at kreftpasientar får eit raskt, godt organisert og heilskapleg behandlingsforløp utan unødvendig ikkje-medisinsk forseinking. For kvart pakkeforløp er det sett standard forløpstider for tilvisings- og utgreiingsfasen fram til oppstart av behandling. Internrevisjonen har undersøkt i kva grad pakkeforløpa for brystkreft, tjukk- og endetarmskreft, lungekreft og prostatakreft blir etterlevde i dei fire sjukehusføretaka i Helse Vest, og om pasientane er likestilte uavhengig av kva føretak dei tilhøyrer. Vidare er det undersøkt om det er brukt unødvendig tid i samband med overføringar av pasientar mellom føretak. Dei fire forløpa er valt ut av fleire årsaker. Dette er blant forløpa som har høgst volum, i tillegg er det variasjon i måloppnåing mellom sjukehusføretaka. For nokre av forløpa vil heile pakkeforløpet kunne bli utført lokalt medan andre krev overgangar mellom sjukehusføretaka. Metodar som er nytta er dokumentanalyse, intervju, innspelsmøte og analyse av statistikk. Det er gjennomført totalt 42 intervju med til saman 113 leiarar og tilsette i dei fire føretaka.

Oppsummert viser undersøkinga at kva føretak pasienten tilhøyrer har betydning både for om pasienten får fullført pakkeforløpet innan tilrådd forløpstid, og kva utgreiings- og behandlingstilbod pasienten får. Vidare viser undersøkinga at organiseringa av pakkeforløpa i hovudsak fungerer godt, men at føretaka mellom anna har forbettringspotensial når det gjeld systematisk evaluering av pakkeforløpa.

Etterleving av forløpstider: I Helse Vest er det litt over halvparten av pasientane i dei utvalde pakkeforløpa som startar behandling og fullfører pakkeforløpet innan tilrådd forløpstid. Det er forskjell mellom føretaka i kor stor del pasientar som startar behandling innan forløpstida. Til dømes er det nesten dobbelt så stor del pasientar som fullfører pakkeforløp for prostatakreft innan tilrådd forløpstid i Helse Stavanger som i Helse Førde. Undersøkinga indikerer også at pasientar som blir overført til andre føretak for behandling, får eit lengre pakkeforløp enn pasientar som ikkje blir overført.

Sentrale flaskehalsar i pakkeforløpa er knappheit på personell til å vurdere tilvisingar, tolke undersøkingar og gjennomføre behandlingar, og knappheit på radiologisk utstyr og operasjonsstover. Kapasitetsutfordringane knytt til dei ulike undersøkingane og behandlingane varierer mellom føretaka, og gir difor ulike utslag på tvers av føretak og i ulike fasar av pakkeforløpa. Undersøkinga viser at særleg ventetider til PET/CT (inkl. PSMA-PET), NGS-prøvar og robotkirurgi kan auke risiko for forseinkingar hos pasientar med behov for desse utgreiings- og behandlingsformene.

Likebehandling i utgreiings- og behandlingstilbod: Undersøkinga viser at pasientar i dei fire pakkeforløpa i Helse Vest i dei fleste tilfelle får eit likt tilbod om utgreiing og behandling. Internrevisjonen har likevel identifisert tilfelle der ikkje alle pasientgrupper har same tilgang til tilgjengelege utgreiingar og behandlingar i regionen. Dette gjeld mellom anna avanserte behandlingar som robotkirurgi og endoskopisk fjerning av polypp i tarmen (ESD), som blir gjennomført ved einskilde sjukehusføretak. Medan nokre pasientgrupper får tilbod om å bli overført til føretaka som tilbyr slik behandling i regionen, får ikkje alle pasientgrupper dette tilbodet. Dei avdekte forskjellane i tilbodet til pasientar gir, etter internrevisjonen si vurdering, risiko for at pasientar i pakkeforløpa ikkje alltid har likeverdig tilgang til utgreiing og behandling.

Internrevisjonen har gjennomgått føretaka sine resultat på nasjonale kvalitetsindikatorar for høvesvis brystkreft, tjukk- og endetarmskreft, prostatakreft og lungekreft som er presentert i Kreftregisteret sine årsrapportar. Gjennomgangen viser at føretaka ikkje når alle kvalitetsmåla. Svake resultat kan skuldast fleire forhold, men kan òg indikere ulikskap i kvaliteten på behandlinga ved føretaka.

Organisering av pakkeforløpa: Undersøkinga viser at møte i multidisiplinære team (MDT) fungerer hensiktsmessig, og at dei som skal delta på møta, møter og stiller førebudd. Forløpskoordinatorane i føretaka spelar ei sentral og avgjerande rolle for å sikre koordinering og framdrift i pakkeforløpa. Samtidig viser undersøkinga at praksis for samhandling mellom einingar og fordeling av oppgåver knytt til pakkeforløpa, ikkje alltid er skriftleggjort. Dette gjeld til dømes rutinar for samhandling knytt til tilvisingar som blir sendt mellom avdelingar i føretaka, noko som kan gi risiko for at tilvisingar ikkje blir vurdert til rett tid.

Systematisk arbeid med pakkeforløpa: Forløpskoordinatorane spelar ei viktig rolle i å identifisere flaskehalsar i pakkeforløpa for kreft og rapporterer dette til føretaksleiinga. Alle føretaka har ulike former for møtepunkt mellom koordinatorane og overordna leiing, men møtefrekvens varierer mellom føretaka. Føretaka har størst merksemd på total forløpstid (OF4), medan forløpstidene i dei ulike fasane (OF1-OF3) blir følgt opp i mindre grad. Resultata frå dei ulike pakkeforløpa for kreft blir rapportert til styra i føretaka. Rapport om kvalitetsindikatorar og mål for dei ulike krefttypene blir publisert ein gong årleg av Kreftregisteret. Det er ikkje formalisert faste gjennomgangar av desse i relevante klinikkar og avdelingar ved alle føretaka.

Informasjon og involvering av pasient: Føretaka har i liten grad system og rutinar for når og korleis informasjon skal bli gitt til pasienten. Det er ei opplevd utfordring blant fleire av brukarrepresentantar at informasjonen ikkje er konsistent og koordinert, og at føretaka ikkje alltid gir informasjon til pasientar og pårørande som er tilpassa den einskilde sin evne til å motta informasjon.

Registrering av kodar i pakkeforløpa: Internrevisjonen har identifisert at det ved fleire tilfelle er ulik registrering av kodar, og at kodar ikkje alltid blir ført. Rett og konsistent registrering av kodar på tvers av føretak og pakkeforløp, er avgjerande for at Helse Vest RHF og sjukehusføretaka har god styringsinformasjon til å arbeide med systematisk forbetring av pakkeforløpa.

Basert på det som kjem fram i undersøkinga, kjem internrevisjonen med nokre felles tilrådingar til RHF-et og føretaka. Vi gjer merksam på at tilrådingane vil gjelde i varierende grad for dei ulike sjukehusføretaka, og at føretaka sjølv må vurdere prioriteringa av ulike tiltak.

Helse Vest RHF og føretaka bør:

1. Fordele roller og ansvar for oppfølging av pakkeforløpa i relevante klinikkar og avdelingar for å sikre etterleving av tilrådde forløpstider og nasjonale kvalitetsmål for krefttypane
2. Etablere systematiske gjennomgangar av tidsbruk, samla og per fase, i pakkeforløpa for å identifisere årsaker til forseinkingar og som grunnlag for å vurdere kompenserande tiltak. Under dette særleg:
 - a. Monitorere forløpstider for pasientane som blir overført til andre føretak og sette i verk tiltak for å unngå unødvendig tidsbruk ved overføring.
 - b. Kartlegge i kva grad kapasitetsutfordringar knytt til PET/CT (inkl. PSMA-PET), NGS og robotkirurgi, påverkar føretaka si etterleving av forløpstider.
3. Systematisk gjennomgå resultat på nasjonale kvalitetsindikatorar for dei spesifikke krefttypane. Under dette særleg:
 - a. Identifisere årsaker til manglande måloppnåing.
 - b. Sikre at feil i rapportering på kvalitetsindikatorane blir korrigert.
4. Vurdere behov for å formalisere prosessar for samhandling og flyt i pakkeforløpa i skriftlege rutinar og/eller retningslinjer.
5. Vurdere behov for skriftlege rutinar og/eller retningslinjer for kva informasjon pasientar skal få, og når og korleis informasjonen skal bli gitt.
6. Sikre at praksis for registrering av kodar i pakkeforløpa er lik på tvers av føretak og pakkeforløp, og i samsvar med rettleiing frå Helsedirektoratet.



2 INNLEIING

2.1 Bakgrunn

Av alle som får kreft i Noreg i dag, overlever 3 av 4. Dette skuldast mellom anna tidleg oppdaging av sjukdomen.¹ For å sikre at kreftpasientar får eit raskt, godt organisert og heilskapleg behandlingsforløp er det utarbeidd pakkeforløp for kreft. Pakkeforløp er eit standard pasientforløp som skildrar organisering av utgreiing og behandling, kommunikasjon/dialog med pasient og pårørande, samt ansvars plassering og konkrete forløpstider. Pakkeforløpa for kreft er normgivande, og dei regionale helseføretaka har det overordna ansvaret for å sikre at pakkeforløpa blir implementerte og følgde opp.²

Føremålet med pakkeforløpa er at pasientar skal oppleve eit godt organisert, heilskapleg og føreseieleg forløp utan unødvendige forseinkingar i utgreiing, diagnostikk og behandling som ikkje er medisinsk grunngjeve. Pakkeforløpa skal også gi tryggleik for pasientar og pårørande ved å sikre informasjon og brukarmedverknad.³

Internrevisjon av pakkeforløp for kreft kom inn i revisjonsplanen i 2023, etter innspel frå Helse Bergen HF. Det blei vist til at tema er aktuelt i alle sjukehusa i regionen. Revisjonen har omfatta dei fire sjukehusføretaka i regionen: Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Førde og Helse Stavanger. Undersøkinga tar for seg datamateriale for perioden 2022-2024.

2.2 Føremål og problemstillingar

Føremålet med internrevisjonen har vore å undersøke om pakkeforløpa for brystkreft, prostatakreft, tjukk- og endetarmskreft og lungekreft blir etterlevde, og om pasientane er likestilte uavhengig av kva føretak dei tilhøyrer. Vidare har det vore eit føremål å undersøke om det blir brukt unødvendig tid i samband med overføringar av pasientar mellom føretak.

Ut ifrå bakgrunn og føremålet til prosjektet har vi undersøkt følgande hovudproblemstillingar:

- Blir forløpstidene for pakkeforløpa for høvesvis brystkreft, prostatakreft, tjukk- og endetarmskreft og lungekreft etterlevd?
- Er pakkeforløpa lagt opp slik at det ikkje går unødvendig tid ved overgangar mellom føretak?

¹ Helsedirektoratet. [Flere overlever kreft i Norge](#). 26.09.2024.

² Helsedirektoratet. [Generell informasjon for alle pakkeforløpene for kreft](#). 14. oktober 2016.

³ Helse Vest. *Prosedyre- Pakkeforløp Kreft (DIPS Arena)*. Gyldig frå/til: 19.11.24/i.d.

- Er pakkeforløpa lagt opp slik at pasientane er likestilt uavhengig av føretakstilhøyring?
- I kva grad er pakkeforløpa organisert på ein måte som bidreg til å sikre rask diagnostikk og rett behandling utan ikkje-medisinsk grunna ventetid?
- Har helseføretaka etablert tilfredsstillande system og rutinar for å sikre god informasjon, involvering, medverknad og dialog med pasient og pårørande?
- Er det variasjonar mellom føretaka i kodepraksisen for dei utvalde pakkeforløpa?

Revisjonen gjeld pakkeforløpa for brystkreft, prostatakreft, tjukk- og endetarmskreft og lungekreft. Desse er valt ut av fleire årsaker. Dette er blant forløpa som har høgst volum, i tillegg er det variasjon i måloppnåing mellom sjukehusføretaka. For nokre av forløpa vil heile pakkeforløpet kunne bli utført lokalt, medan andre krev overgangar mellom sjukehusføretak. Internrevisjonen vurderer utvalet som hensiktsmessig for å svare ut problemstillingane.

2.3 Revisjonskriterium og metode

Revisjonskriterium er krav eller forventningar som blir nytta for å vurdere funn i undersøkinga. Revisjonskriteria skal vere grunna i, eller utleia av, autoritative kjelder innanfor det reviderte området, til dømes lovverk og politiske vedtak. Revisjonskriterium kan også vere normer eller standardar som regulerer verksemda til føretaket innanfor temaet som blir undersøkt.

I dette prosjektet er i hovudsak følgande kriteriegrunnlag nytta:⁴

- Pasient- og brukarrettigheitslova
- Nasjonale pakkeforløp for brystkreft, prostatakreft, tjukk- og endetarmskreft og lungekreft
- Koderettleiar– pakkeforløp for organspesifikk kreft
- Nasjonale kvalitetsindikatorar innan tema kreft⁵

Revisjonskriteria er ytterleggera omtalt under kvart kapittel.

Vi har nytta følgande metodar i undersøkinga: dokumentanalyse, analyse av statistikk over forløpstider, intervju og innspelsmøte. Metodane er nærare skildra under.

⁴ Lista er ikkje uttømmende.

⁵ Presentert i årsrapportar for brystkreft, prostatakreft, tjukk- og endetarmskreft og lungekreft

I **dokumentanalysen** er mellom anna styrande dokument og rutinar, prosedyrar og malar og annan relevant dokumentasjon gjennomgått. Internrevisjonen har både undersøkt regionale og lokale prosedyrar, rutinar og malar som gjeld dei fire pakkeforløpa. Alle føretaka fekk likelydande dokumentførespurnad ved oppstart av prosjektet. Internrevisjonen har i omtale av rutinane tatt utgangspunkt i dei dokumenta som føretaka har oversendt til internrevisjonen.

Revisjonen har òg **analysert statistikk** knytt til forløpstider i dei fire pakkeforløpa som er tilsendt frå Helse Vest RHF. Det er gjennomført fleire arbeidsmøte med analyse der feilkjelder har vore diskutert, og tal frå Helse Vest er samanlikna med tal som er rapportert til FHI. Nokre analysar er også gjennomført på førespurnad frå internrevisjonen.

Internrevisjonen har nytta tal for 2024 når det gjeld forløpstider (FHI) og resultat på nasjonale kvalitetsindikatorar (Kreftregisteret). Utover dette har revisjonen nytta krav, føringar og beste praksis som var introdusert på tidspunkt for datainnsamlinga.

Internrevisjonen har gjennomført **totalt 42 intervju**. Fleire av intervju er gjennomført som gruppeintervju. **Til saman er 113 personar intervju**a i dei fire føretaka. Internrevisjonen har intervju overordna leiing i dei fire føretaka og relevante klinikk- og avdelingsdirektørar. I tillegg er forløpskoordinatorar for dei fire krefttypene intervju, samt representantar frå dei multidisiplinære teama for dei fire krefttypene.

Det er gjennomført to **innspelsmøte (workshop)** med representantar frå det regionale brukarutvalet og brukarutvala ved dei fire sjukehusføretaka.

Internrevisjonen si samla vurdering er at metodebruk og kjeldetilfang har gitt eit tilstrekkeleg grunnlag til å svare på prosjektet sitt føremål og problemstillingar.

2.4 Overordna om pakkeforløpa

Pakkeforløpa skal sikre at pasientar opplever eit godt organisert, heilskapleg og føreseieleg forløp utan unødvendige forseinkingar i utgreiing, diagnostikk og behandling som ikkje er medisinsk grunngeve. Det er nasjonale føringar knytt til organisering av utredning og behandling, kommunikasjon/dialog med pasient og pårørande, samt ansvars plassering og konkrete forløpstider i pakkeforløpa.

For å sikre at alle kliniske avgjerder i pakkeforløp blir fatta på eit best mogleg tverrfagleg grunnlag med deltaking av nødvendige fagprofesjonar skal det etablerast **multidisiplinære team (MDT)**. I MDT-møte blir det fatta avgjerder om diagnose, sjukdomsstadium og val av behandling.⁶

Det er ei nasjonal målsetting at minimum 70 prosent av alle kreftpasientar skal utgreiast i eit pakkeforløp.⁷ Ei anna målsetting er at minimum 70 prosent av alle pasientane skal starte behandling innan maksimal forløpstid, rekna frå tilvisinga blei mottatt av spesialisthelsetenesta.⁸

Heile pakkeforløpet er delt opp i tre fasar:

- Første fase (OF1) er frå ei tilvising er mottatt til første frammøte i utgreiande avdeling.⁹
- Andre fase (OF2) er frå første frammøte i utgreiande avdeling til avslutta utgreiing.¹⁰
- Tredje fase (OF3) er frå avslutta utgreiing til starta behandling.¹¹

Alle fasane er samla under fasen OF4, som presenterer heile forløpet frå tilvising blei mottatt til start av behandling.¹²

I Helse Vest gjennomfører alle føretaka det meste av utgreiinga knytt til dei fira pakkeforløpa. I tillegg har alle føretaka medikamentell behandling. Helse Stavanger og Helse Bergen er dei føretaka i Helse Vest som tilbyr strålebehandling. Når det gjeld kirurgi, er det ulik funksjonsfordeling i regionen:¹³

⁶ Helsedirektoratet. [Generell informasjon for alle pakkeforløpene for kreft](#). 14. oktober 2016.

⁷ Regjeringen. *Prop. 40 L (2022-2023) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (pasientforløp i spesialisthelsetjenesten)*. 27. januar 2023.

⁸ Helsedirektoratet. [Pakkeforløp – gjennomføring av diagnostisk pakkeforløp innen maksimal anbefalt forløpstid](#). Sist endret 08.05.2025.

⁹ Forløpsindikatoren OF1 måler i kva grad utgreiinga av pasientar i pakkeforløp er starta innan maksimal tilrådd forløpstida. Denne indikatoren er knytt til institusjonen som først registrerte og rapporterte den første hendinga start pakkeforløp.

¹⁰ OF2 måler i kva grad pasientar i pakkeforløpet har blitt ferdig utgreidd innan maksimal tilrådd forløpstida og er knytt til institusjonen som først registrerte og rapporterte start utgreiing.

¹¹ I kva grad pasientane i pakkeforløp har starta behandling innan maksimalt tilrådd forløpstida blir målt i OF3. Her blir tida målt frå pasienten har fått påvist organspesifikk kreft til behandlinga startar, og indikatoren er knytt til institusjonen som registrerer og rapporterer klinisk avgjerd.

¹² OF4 måler i kva grad pasientar i pakkeforløp har starta behandling innan maksimal tilrådd forløpstid. Indikatoren er knytt til institusjonen som først registrerte og rapporterte kode for start pakkeforløp.

¹³ Styret i Helse Vest vedtok i styresak 100/19 funksjonsfordeling for kreftkirurgi i regionen. Helse Vest. *Styresak 096/22*. 15.10.22.

- **Lungekreft:** Kirurgi av lungekreft er primært lokalisert til Helse Bergen.¹⁴
- **Brystkreft:** Alle dei fire føretaka opererer brystkreft. Helse Førde og Helse Fonna har formalisert samarbeid med Helse Bergen om brystkreftkirurgi, og det er utarbeidd avtalar mellom føretaka, som mellom anna inkluderer felles møtepunkt.^{15,16}
- **Tjukk- og endetarmskreft:** Alle dei fire føretaka opererer tjukk- og endetarmskreft.
- **Prostatakreft:** Kirurgi av prostatakreft blir utført i Helse Bergen og Helse Stavanger. Pasientar frå dei andre sjukehusføretaka blir sendt til Helse Bergen.

Vidare blir det opplyst at Helse Bergen og Helse Stavanger opererer pasientar med endetarmskreft med robotar. Ein mindre del pasientar med endetarmskreft frå Helse Førde og Helse Fonna blir sendt til Helse Bergen for robotkirurgi.¹⁷

¹⁴ Det er ein formalisert avtale om at kirurg ved Helse Bergen kan operere i Helse Stavanger. Helse Bergen og Helse Stavanger. *Vedlegg til avtale Lungekreftkirurgi 2023*. Dette blir i liten grad gjort i praksis.

¹⁵ Helse Bergen og Helse Førde. *Vedlegg til avtale Brystkirurgi Helse Bergen og Helse Førde 2023*.

¹⁶ ¹⁶ Helse Bergen og Helse Fonna. *Vedlegg til avtale Brystkirurgi Helse Bergen og Helse Fonna 2023*

¹⁷ Dette gjeld kompliserte tilfelle, og det blir anslått at det er 10-20 prosent av pasientar med endetarmskreft som blir sendt til Helse Bergen for robotkirurgi.

3 ETTERLEVING AV NASJONALE MÅL FOR PAKKEFORLØP

Dei fleste pasientar med bryst-, tjukk- og endetarms-, lunge- og prostatakraft blir inkluderte i pakkeforløp. Litt over halvparten av pasientane i forløpa fullfører innan tilrådd forløpstid. Det er forskjell mellom føretaka i kor stor del pasientar som startar behandling innan forløpstida. Undersøkinga indikerer også at pasientar som blir overført til andre føretak for behandling, får eit lengre pakkeforløp enn pasientar som ikkje blir overført.

3.1 Innleiing

I dette kapittelet svarar vi på følgande problemstillingar:

- Blir forløpstidene for pakkeforløpa for høvesvis brystkreft, prostatakraft, tjukk- og endetarmskreft og lungekreft etterlevd?
- Er pakkeforløpa lagt opp slik at det ikkje går unødvendig tid ved overgangar mellom føretak?

Internrevisjonen har undersøkt om overføring mellom føretak påverkar forløpstider. Etterleving av forløpstider og om det er systematiske skilnader på tvers av føretaka når det gjeld i kva grad pasientar med same kreftdiagnose får behandling innan tilrådde forløpstider er også undersøkt. Faktorar som påverkar tidsbruk internt i føretaka er òg gjort greie for.

3.2 Revisjonskriterium

Det er ei nasjonal målsetting at minimum 70 prosent av alle kreftpasientar skal inkludert i pakkeforløp og at minimum 70 prosent av alle pasientane skal starte behandling innan maksimal forløpstid, rekna frå tilvisinga er mottatt i spesialisthelsetenesta.¹⁸ Forløpstidene er fastsett med grunnlag i medisinsk-fagleg forsvarleg ventetid mellom dei ulike elementa i forløpa.^{19,20}

Som nemnt i førre kapittel blir pakkeforløp delt opp i ulike fasar. I tillegg til tilrådd forløpstid for den totale lengda av pakkeforløpa, er det sett egne tilrådde forløpstider for kvar enkelt fase i pakkeforløpa. Tabellen under viser tilrådde forløpstider i kvar fase, oppgitt i kalenderdagar. Lengda på forløpstidene varierer mellom krefttypene.

Tabell 1: Maksimalt tilrådde forløpstider for de fire pakkeforløpa (Helsedirektoratet).²¹

	Brystkreft ²²	Tjukk- og endetarmskreft ²³	Lungekreft ²⁴	Prostatakreft ²⁵
OF1 Frå tilvising mottatt til første frammøte i utgreiande avdeling	7 kalenderdagar	9 kalenderdagar	7 kalenderdagar	10 kalenderdagar
OF2 Frå første frammøte i utgreiande avdeling til avslutta utgreiing	12 kalenderdagar	12 kalenderdagar	21 kalenderdagar	24 kalenderdagar
OF3 Frå avslutta utgreiing til start behandling	13 kalenderdagar (kirurgisk behandling) eller 10 kalenderdagar (medisinsk behandling)	14 kalenderdagar (kirurgisk og medisinsk behandling) eller 18 kalenderdagar (strålebehandling)	14 kalenderdagar (kirurgisk behandling eller strålebehandling) eller 7 kalenderdagar (medisinsk behandling)	32 kalenderdagar (kirurgisk behandling) eller 3 (medisinsk behandling)
OF4 Frå tilvising mottatt til start behandling	32 eller 29 kalenderdagar	35 eller 39 kalenderdagar	42 eller 35 kalenderdagar	66 eller 37 kalenderdagar

¹⁸ Regjeringen. *Prop. 40 L (2022-2023) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (pasientforløp i spesialisthelsetjenesten)*. 27. januar 2023. Helsedirektoratet. [Pakkeforløp – gjennomføring av diagnostisk pakkeforløp innen maksimal anbefalt forløpstid](#). Sist endret 08.05.2025.

¹⁹ Forløpstidene er utarbeidd ut frå standard pasientforløp og tar ikkje omsyn til eksisterande kapasitets- og ressursutfordringar. I standardforløpet er det ikkje angitt forløpstid til utredning og eventuell behandling av komorbiditet (annan sjukdom) eller oppståtte komplikasjonar. Den faktiske forløpstid hos einskilde pasient kan difor vere lenger avhengig av blant annet allmenntilstand og komorbiditet.

²⁰ Helsedirektoratet. [Implementering av pakkeforløp for kreft – Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014-2015](#). November 2015.

²¹ Forløpstida i eit pakkeforløp skildrar den maksimale tida dei ulike fasane i forløpet bør ta. Forløpstida blir angitt i kalenderdagar, og det er for kvart pakkeforløp angitt maksimalt tilrådde forløpstider for tilvisnings- og utgreiingsfasen fram til oppstart av behandling. Forløpstida tek ikkje omsyn til kapasitets- og ressursavgrensingar, og er ikkje juridisk bindande.

²² Helsedirektoratet. [Brystkreft](#). Sist endra 29. april 2021.

²³ Helsedirektoratet. [Tjukk- og endetarmskreft](#). Sist endra 22. juli 2016.

²⁴ Helsedirektoratet. [Lungekreft](#). Sist endra 22. juli 2016.

²⁵ Helsedirektoratet. [Prostatakreft](#). Sist endra 22. juli 2016.

3.3 Del pasientar som blir inkludert i pakkeforløp

Statistikk frå Helse Vest viser at pasientar med nye krefttilfelle blir inkludert i pakkeforløpa. Tabellen under viser alle nye kreftpasientar i eit pakkeforløp. Desse blir vist under koden OA1 i statistikk frå Norsk pasientregister.²⁶

Tabell 2: Del av nye krefttilfelle som har blitt utgreidd i eit pakkeforløp i føretaka i Helse Vest i 2024 (OA1)²⁷

OA1	Brystkreft	Tjukk- og endetarmskreft	Lungekreft	Prostatakreft
Helse Bergen	93 % (392 av 421)	83 % (234 av 282)	89 % (271 av 303)	91 % (399 av 437)
Helse Stavanger	84 % (263 av 312)	89 % (272 av 306)	93 % (184 av 197)	82 % (157 av 192)
Helse Førde	94 % (75 av 80)	91 % (93 av 102)	88 % (49 av 56)	85 % (83 av 98)
Helse Fonna	94 % (124 av 132)	82 % (116 av 141)	91 % (104 av 114)	84 % (76 av 90)

Som vist i tabellen over, når alle dei fire føretaka det nasjonale måtalet om at 70 prosent av alle nye krefttilfelle skal utgreiast i eit pakkeforløp.

3.4 Etterleving av forløpstider i dei ulike føretaka

Tabellen under viser i kva grad pasientar i Helse Vest får fullført det totale pakkeforløpet innan tilrådd forløpstid. OF4 viser heile pakkeforløpet, og blir målt frå tilvising er mottatt til behandlinga er starta.²⁸ Pakkeforløp der føretaka når den nasjonale målsettinga om at minimum 70 prosent av alle pasientane skal starte behandling innan maksimal forløpstid, er markerte i grønt. Pakkeforløp der ein ikkje når dette målet, er markert i lyseraudt (60-70 prosent) og raudt (under 60 prosent).

²⁶ OA1 er ein aktivitetsindikator som måler i kva grad nye kreftpasientar blir inkludert i pakkeforløp. Indikatoren er knytt til den institusjonen som først registrerte og rapporterte kreftdiagnosen, frå Folkehelseinstituttet (FHI), [Om statistikken](#), utan dato.

²⁷ Folkehelseinstituttet. [Pakkeforløp kreft](#). Oppdatert med tall for 3. tertial 2024.

²⁸ Indikatoren periodiserast etter dato for start behandling. Folkehelseinstituttet. [Om statistikken](#), utan dato.

Som det går fram av tabellen, nådde føretaka i 2024 det nasjonale målet i 3 av dei 16 pakkeforløpa som er omfatta av internrevisjonen.

Tabell 3: Del pakkeforløp som blir fullført innan tilrådd forløpstid (OF4) i 2024 i dei fire føretaka i Helse Vest²⁹

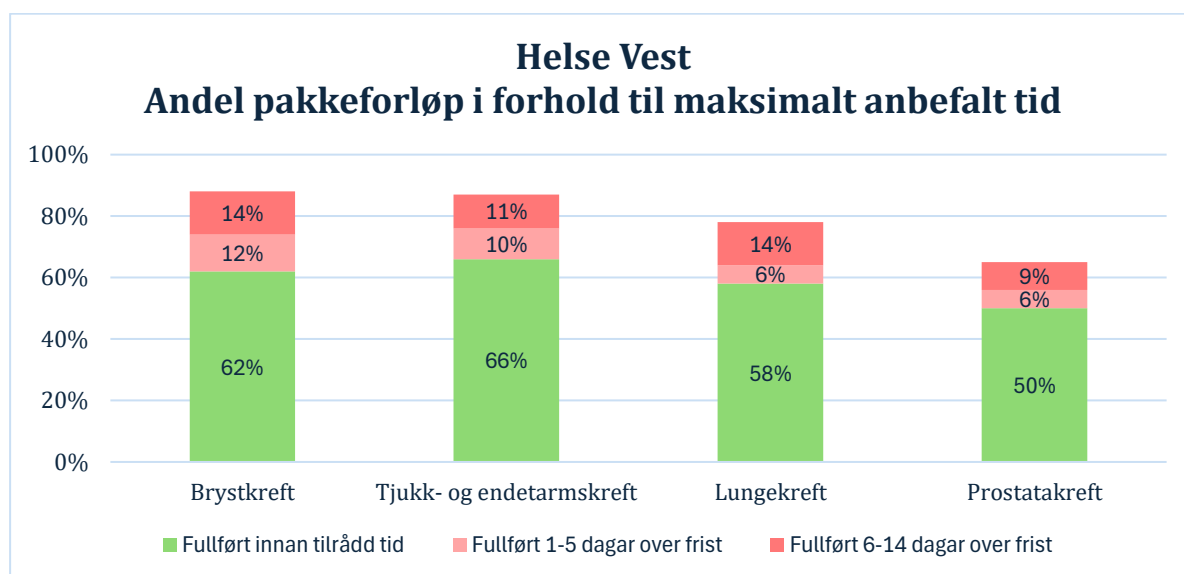
OF4	Brystkreft	Tjukk- og endetarmskreft	Lungekreft	Prostatakreft	Dei fire pakkeforløpa samla
Helse Bergen	67%	62%	57%	46%	58 %
Helse Stavanger	57%	64%	57%	70%	62 %
Helse Førde	57%	73%	68%	36%	59 %
Helse Fonna	64%	77%	54%	40%	59 %
Helse Vest	61 %	69 %	59 %	48 %	59 %

Måloppnåinga for pakkeforløpa i 2024 var noko høgare i Helse Vest enn det nasjonale gjennomsnittet. Medan 59 prosent av dei fire pakkeforløpa blei gjennomførte innanfor standard forløpstid i Helse Vest, blei totalt 57 prosent av pakkeforløpa gjennomført innan tilrådd forløpstid på landsbasis.

Det nasjonale målet blir ikkje nådd for nokon av pakkeforløpa på aggregert nivå samla for Helse Vest. Figuren på neste side viser kor mykje over tida føretaka er. Om ein legg saman pakkeforløp som er fullført innan tilrådd tid, og pakkeforløp som er opp til 5 dagar over frist, har høvesvis brystkreft og tjukk- og endetarmskreft ei måloppnåing på over 70 prosent. Om ein utvidar til opptil 14 dagar er også lungekreft over 70 prosent.

²⁹ Folkehelseinstituttet. [Pakkeforløp kreft](#). Oppdatert med tall for 3. tertial 2024.

Figur 1: Andel pakkeforløp i forhold til maksimalt anbefalt tid



Det er fleire flaskehalsar som påverkar forløpstider i dei ulike fasane av dei fire pakkeforløpa. **Mangel på kapasitet, både når det gjeld personell og materiell** blir gjennomgåande trekt fram som ei sentral årsak til at pakkeforløpa ikkje blir gjennomført innan tida. Kapasiteten varierer ut frå volumet av pasientar den aktuelle perioden, ferie- og høgtidsavvikling og sjukdom samt fråvær hos personell. Det blir i intervju med leiarar og behandlarar i alle føretaka særleg påpekt at det er rekrutteringsutfordringar knytt til radiologar og radiografar.³⁰ Det blir også peikt på at screeningprogramma knytt til bryst- og tykk- og endetarmskreft bidrar til at volumet som blir tilvist til pakkeforløpa er høgt.

I intervju blir det vist til at det òg er eksterne faktorar som påverkar tidsbruk. Det kan vere **medisinske årsaker til tidsbruk** som bidrar til at tilrådde forløpstider ikkje blir overheldt. Det blir vist til at det i nokre pasientforløp blir gjort ei medisinsk vurdering av om pasienten skal vente med operasjon for prehabilitering. Prehabilitering vil seie at pasienten bør gjennomføre ulike intervensjonar før operasjonen med mål om å betre tole behandlinga, samt redusere biverknadar og komplikasjonar for pasienten under og i etterkant av inngrepet.³¹ I intervju med leiarar og behandlarar i Helse Stavanger, blir det lagt særleg vekt på at dei bevisst nyttar fleire dagar før kirurgi til å gi pasienten ekstra næring, optimalisering av medisinar m.m. Vidare blir det vist til at nokre pasientar har fleire diagnosar og tilstandar samtidig (komorbiditet³²). Til dømes kan pasientar ha to kreftdiagnosar samtidig eller det kan oppstå meir akutte tilstandar som hjarteinfarkt, hjerneslag el. I desse tilfella vil det bli tatt ei medisinsk vurdering av kva

³⁰ Helse Stavanger har over dei siste åra hatt ein generell mangel på radiologar, men i 2024 har dei tilsett fleire radiologar, noko som har ført til at føretaket i større grad etterlever forløpstidene. Det går fram i intervju at rekrutteringsutfordringane er større i dei mindre føretaka. Dette kan skuldast fleire faktorar, og det blir spesifikt vist til at universitetssjukehusa i både Stavanger og Bergen har individuelle lønnsstillegg til radiologar som vil binde seg til brystsentra.

³¹ Folkehelseinstituttet. [Prehabilitering for pasienter med kolorektalkreft](#). 15.11.2024.

³² Komorbiditet er et uttrykk som betyr 'samtidige sykdommer', altså at samme person har flere ulike sykdommer eller lidelser samtidig. Det kan også kalles 'samsykkelighet'

sjukdom, tilstand eller liding som skal prioriterast først. I intervju peikar fleire behandlarar og forløpskoordinatorer på behov for ein kode som viser medisinske årsaker til utsett behandling i pakkeforløpet.

Fleire behandlarar peikar også på at det dei siste åra har skjedd ei utvikling i behandlinga av kreftsjukdommar, og at det har blitt meir **pasienttilpassa behandling**, noko som fører til ein lengre utgreiingsprosess. Det er spesielt behandlarar av brystkreft som viser til dette. Dei viser mellom anna til at pasientar som er aktuelle for brystrekonstruksjon treng detaljert og omfattande utgreiing som vil ta lengre tid. Behandlarar ved dei fire pakkeforløpa trekk fram at ei lengre og meir pasienttilpassa utgreiing og behandling vil auke kvaliteten på kreftbehandlinga, sjølv om det kan føre til at forløpstidene ikkje blir etterlevd.

Det blir også påpeikt at når det er usikkerheit knytt til alvorsgraden, kan pasientar risikere å måtte vente lenger enn andre pasientar. Til dømes vil pasientar som er nøye utgreia hos fastlege med strukturert klinisk undersøking ofte vil bli tatt raskt gjennom pakkeforløpa. For pasientar som ikkje er like godt utgreia, er det større usikkerheit knytt til alvorsgrad. Dette kan føre til risiko for at pasientar med utbreidd kreft ikkje blir tatt inn i pakkeforløpet raskt, til dømes på bakgrunn av mangelfull tilvising frå fastlegen.

Det blir generelt vist til at forseinkingar i den første fasen (OF1), vil kunne forplante seg vidare til andre fasar i pakkeforløpa, og påverke tid til utgreiing og oppstart av behandling.

3.5 Samanlikning av etterleving av forløpstider på tvers av føretak

I dette kapittelet vil vi samanlikne etterlevde forløpstider i dei ulike fasane av dei fire pakkeforløpa på tvers av føretaka i Helse Vest. Flaskehalsar og faktorar som påverkar etterlevinga av forløpstidene er skildra for kvart av pakkeforløpa.

3.5.1 Pakkeforløp brystkreft

Tabellen under viser del etterlevde forløpstider for pakkeforløp for brystkreft for føretaka i Helse Vest. Tabellen viser i kva grad pasientar får starta behandling innan den totale forløpstida (OF4), og om pasientane fullfører dei ulike fasane i pakkeforløpet innan dei tilrådde forløpstidene (OF1, OF2 og OF3). Fargeskalaen er berre nytta på OF4, då det nasjonale måltalet på 70 prosent gjeld for heile pakkeforløpet, og ikkje dei ulike fasane.

Som det kjem fram i tabellen, får ein relativt lik del pasientar starta opp behandling i pakkeforløpet innanfor den **totale tilrådde forløpstida (OF4)** (mellom 57 og 67 prosent), men ingen av føretaka er innanfor måltalet på 70 prosent. Det er ein større del pasientar i Helse Bergen som får gjennomført pakkeforløpet innanfor dei tilrådde forløpstidene enn ved dei andre føretaka.

Tabell 4: Forløpstider for pakkeforløp brystkreft frå 2024³³

	Helse Bergen	Helse Stavanger	Helse Førde	Helse Fonna
OF1 Frå tilvising mottatt til første frammøte i utgreiande avdeling (7 kalenderdagar)	95%	52%	49%	64%
OF2 Frå første frammøte i utgreiande avdeling til avslutta utgreiing (avgjerd blir tatt) (12 kalenderdagar)	86%	76%	88%	92%
OF3 Frå avslutta utgreiing til start behandling (13 ³⁴ eller 10 ³⁵ kalenderdagar)	43%	58%	47%	35%
OF4 Frå tilvising mottatt til start behandling (32 ³⁶ eller 29 ³⁷ kalenderdagar)	67%	57%	57%	64%

Brystkreft skil seg noko frå dei andre pakkeforløpa ved at bortimot all utgreiing og behandling skjer på lokalsjukehusa. Pasientane vil som hovudregel først bli sendt til eit større sjukehus (til dømes Helse Bergen) for strålebehandling etter utført operasjon. Pasientane er ved denne overflyttinga allereie i gong med behandlinga, slik at denne overflyttinga ikkje vil påverke forløpstidene innanfor pakkeforløp brystkreft.

Den tilrådde forløpstida frå mottatt tilvising til **første frammøte (OF1)** er 7 kalenderdagar. Det er i hovudsak mammae-radiologar som vurderer tilvisingar til pakkeforløpet.

Tabellen over viser at nesten alle pasientane i Helse Bergen (95 prosent) kjem til første møte innan den tilrådde forløpstida. Frå intervju med behandlarar i mammae MDT i føretaket blir det opplyst at dei har tilstrekkeleg med mammae-radiologar. Det blir også nemnt at radiolog ved BDS vurderer tilvisingar fleire gonger dagleg, også i helgene. Dette er med på å sikre at fleirtalet av pasientane kjem til første oppmøte innan tilrådd forløpstid.

³³ Folkehelseinstituttet. [Pakkeforløp kreft](#). Oppdatert med tall for 3. tertial 2024.

³⁴ Kirurgisk behandling

³⁵ Medikamentell behandling

³⁶ Kirurgisk behandling

³⁷ Medikamentell behandling

I Helse Stavanger og Helse Førde er det om lag halvparten av pasientane som kjem til første frammøte innan tilrådd forløpstid. Delen pasientar som kjem til første frammøte innan den tilrådde tida er noko høgare i Helse Fonna (64 prosent). Det går fram i intervju at Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Førde har *knappheit på mammae-radiologar*, og at dette kan påverke tid til første frammøte.

Statistikken viser at ein gjennomgåande større del pasientar i dei fire føretaka får **avslutta utgreiing (OF2)** innanfor dei tilrådde forløpstidene. Det blir likevel peikt på at knappheit på mammae-radiologar òg kan auke tidsbruken i denne fasen, ettersom det også er desse som tolkar radiologiske undersøkingar. Til dømes er det ein mammae-radiolog som kan tolke MR-bilete i Helse Førde. I intervju med behandlarar i Helse Fonna blir det òg vist til at føretaket ikkje tilbyr kontrastmammografi, og at dette kan forlenge forløpstida i denne fasen.³⁸ Det blir peikt på at pasientar som i utgangspunktet skulle ha vore sett opp til kontrastmammografi, ofte vil bli sett opp til MR-undersøking i staden. Dette fører til eit større volum av pasientar til MR-undersøkingar, og dermed lengre ventetider for MR.

Det blir også vist til at behandlinga av pasientar generelt har blitt meir individtilpassa. Meir individtilpassa behandling krev meir utgreiing, noko som har bidratt til å forlenge forløpstidene i denne fasen. Plastikk-kirurgi krev òg lengre utgreiing, noko som vil påverke tida fram til avslutta utgreiing for pasientar som er aktuelle for brystbevarande kirurgi.

I fasen frå **avslutta utgreiing til start behandling (OF3)**, er det ein relativt lågare del av pasientane som får fasen gjennomført innan dei tilrådde forløpstidene. Alle dei fire sjukehusføretaka i Helse Vest tilbyr medikamentell og kirurgisk behandling av brystkreft. Det går fram av statistikken til Helse Vest at over halvparten som blei diagnostisert med brystkreft i 2024 fekk kirurgisk behandling. I alle føretaka blir det peikt på at det er utfordringar knytt til operasjonskapasitet, både når det gjeld operasjonsstover og personell. I Helse Bergen blir det opplyst at det i hovudsak er i lågdriftsperiodar (jul, påske, sommarferie) at føretaket har utfordringar med å få pasientane gjennom i pakkeforløp for brystkreft, og at det da skuldast manglande kapasitet og tilgang på operasjonsstover. I fulldriftsveker kan føretaket ofte omrokere på operasjonsprogrammet (utsette benign kirurgi) om operasjonar blir avlyste.

Det kjem fram at einskilde føretak er avhengig av ressursar frå andre føretak i regionen for behandling av pasientar som er aktuelle for brystbevarande kirurgi. I Helse Førde er det ein plastikk-kirurg og ein kirurg som opererer brystkreft. Fleire behandlingar blir gjennomført i Helse Førde,³⁹ medan pasientar som har behov for primær rekonstruksjon av bryst blir tilvist til Helse Bergen for vurdering og behandling (4-6 pasientar per år). Helse Fonna har ikkje plastikk-

³⁸ Sjå nærare omtale i kapittel 4

³⁹ Det inkluderer brystbevarande, onkoplastisk kirurgi med symmetriserande brystreduksjon av kontrallaterale bryst og sekundær brystrekonstruksjon.

kirurg, men det er to kirurgar med kompetanse på bryst og plastikk som kjem ein gong kvar i månaden, slik at føretaket kan setje opp pasientar til primær rekonstruksjon kvar andre veke.

Det er ei generell utfordring knytt til kapasitet på stråling. Helse Bergen og Helse Stavanger er dei einaste føretaka som tilbyr stråling. Pasientar frå Helse Fonna og Helse Førde må difor reise til Bergen eller Stavanger for strålebehandling.

Det er mogleg at nokre av skilnadane i forløpstider mellom OF2 og OF3 kan tilskrивast ulik føring av kodar i pakkeforløpa. Dette på bakgrunn av at det er noko ulik praksis for når koden «klinisk avgjerd» blir nytta (sjå kapittel 7). Likevel er det peikt på fleire faktiske tilhøve som bidrar til å forlenge forløpstidene i desse fasane.

3.5.2 Pakkeforløp tjukk- og endetarmskreft

Tabellen under viser del etterlevde forløpstider for pakkeforløp tjukk- og endetarmskreft for sjukehusføretaka i Helse Vest. Som det kjem fram i tabellen, er det noko variasjon i om pasientar får fullført pakkeforløpet innanfor den **totale tilrådde forløpstida (OF4)**, som er 35 kalenderdagar. Helse Fonna og Helse Førde etterlever den totale forløpstida i 70 prosent av pakkeforløpa, og når dermed det nasjonale målet, medan Helse Bergen og Helse Stavanger ikkje når målet.

Tabell 5: Forløpstider for pakkeforløp tjukk- og endetarmskreft frå 2024⁴⁰

	Bergen	Stavanger	Førde	Fonna
OF1 Frå tilvising mottatt til første frammøte i utgreiande avdeling (9 kalenderdagar)	45%	58%	56%	44%
OF2 Frå første frammøte i utgreiande avdeling til avslutta utgreiing (avgjerd blir tatt) (12 kalenderdagar)	76%	74%	79%	87%
OF3 Frå avslutta utgreiing til start behandling (14 kalenderdagar ⁴¹)	57%	57%	48%	92%
OF4 Frå tilvising mottatt til start behandling (35 kalenderdagar)	62%	64%	73%	77%

Den tilrådde forløpstida frå mottatt tilvising til **første frammøte (OF1)** er 9 kalenderdagar. Tabellen over viser at om lag halvparten av pasientane kjem til første frammøte innan denne tida, men det er nokre variasjonar mellom føretaka.

⁴⁰ Folkehelseinstituttet. [Pakkeforløp kreft](#). Oppdatert med tall for 3. tertial 2024.

⁴¹ Gjeld både kirurgisk og medikamentell behandling

Time for koloskopi⁴² er ofte første oppmøte for pasientar som er tilvist til pakkeforløp for tjukk- og endetarmskreft. I Intervju blir det nemnt at det ikkje *alltid er tilstrekkeleg rom, utstyr eller personell til å gjennomføre koloskopien*. Dette er ei utfordring i alle føretaka, og kan påverke tida det tar fram til første frammøte. For å auke kapasiteten på koloskopi, får Helse Bergen og Helse Stavanger mange av koloskopiane utført av avtalespesialistar. Helse Førde har òg begynt å sende nokre pasientar til koloskopi hos private aktørar for å redusere ventetida etter at føretaket fekk midlar til dette.⁴³ Helse Fonna utfører alle koloskopiane i pakkeforløpa sjølv.

I intervju peikar behandlarane på at volumet av pasientar er høgare enn kapasiteten, og at dette mellom anna skuldast at kriteria for å tilvise til pakkeforløp for tjukk- og endetarmskreft er generelle. Til dømes blir det vist til at eit av kriteria for å bli tilvist til pakkeforløpet er «endring av eit elles stabilt avføringsmønster i over fire veker» hos pasientar som er over 40 år. Det blir av behandlarar peikt på at dette kan gjelde mange, og at eit slikt kriterium fører til høgt volum av tilvisingar til pakkeforløpet. Det blir vist til at Helse Vest bør påverke Helsedirektoratet til å endre dette inngangskriteriet.

I fasen frå første frammøte til avslutta utgreiing (OF2), har alle fire føretaka ein relativt høg del pasientar som får avslutta utgreiing innanfor forløpstida (12 kalenderdagar).

Kapasitet på MR-timar og tolking av MR-bileta blir nemnt som ein generell flaskehals i føretaka, og at dette kan forlenge forløpstidene i fasen. Det varierer om føretaka har tilstrekkeleg kapasitet på CT, som blir nytta i utgreiing av pasientar som har fått påvist tjukk- eller endetarmskreft. Det blir opplyst at Helse Bergen i periodar har hatt kapasitetsutfordringar knytt til CT. I Helse Stavanger blir det opplyst at det er tilstrekkeleg kapasitet på å ta CT-bilete, men at det er ei utfordring at radiolog ikkje alltid har kapasitet til å tolke bileta i etterkant. I Helse Fonna og Helse Førde er det ikkje store utfordringar med CT-kapasitet til utgreiinga av tjukk- og endetarmspasientar. Dette kan medverke til at Helse Fonna og Helse Førde har størst del pasientar som får avslutta utgreiing innan dei tilrådde 12 dagane.

Som vist i tabellen over, er det størst ulikskap mellom føretaka når det gjeld tida frå **avslutta utgreiing til start behandling (OF3)**, der tilrådd forløpstid er på 35 kalenderdagar. Helse Stavanger og Helse Bergen tilbyr robotkirurgi for pasientar med endetarmskreft, og har utfordringar når det gjeld kapasitet på operasjonsstover med robot.

Helse Stavanger opplyser at føretaket har avgrensa operasjonskapasitet både for kirurgisk behandling av tjukk- og endetarmskreft og robotassistert kirurgi for endetarmskreft. Behandlarar i gastrologisk MDT i Stavanger peikar på at føretaket ikkje har tilstrekkeleg kapasitet på

⁴² Koloskopi er ei undersøking av tjukk-tarmen. Dette blir gjort for å kunne sjå etter sjukdommar eller sår i tjukk-tarmen, og nedste del av tynntarmen.

⁴³ I samband med verifisering blir det opplyst at tiltaket snart skal avsluttast.

operasjonsstover for rektumkirurgi. Føretaket har berre ei robotstove som gastrokirurgisk avdeling disponerer 1,5 dag per veke. Det blir opplyst at det i Helse Stavanger er tilnærma dagleg strykingar av elektive operasjonsstover på grunn av problem med å bemanne anestesi- og operasjonspersonell. I Helse Bergen blir det òg vist til at det kan vere kapasitetsutfordringar i operasjonsteama (anestesi og operasjonssjukepleiarar). Til tross for høg del pasientar som får starta behandlinga innan tida, peiker òg behandlarar i Helse Fonna på at mangel på operasjonssjukepleiarar og kirurgar er ein flaskehals i denne fasen.

Pasientar frå Helse Fonna og Helse Førde med tjukk- og endetarmskreft, og som er aktuelle for stråling, blir sendt til Helse Bergen for behandling. Pasientar i Helse Stavanger får tilbod om stråling lokalt. I Helse Bergen går det fram av intervju at det ikkje er særlege utfordringar på kapasitet til stråling for pasientar med tjukk- eller endetarmskreft. Aktuelle pasientar blir gjerne sett opp til behandling veka etter MDT-møte og klinisk avgjerd er tatt.

3.5.3 Pakkeforløp lungekreft

Tabellen under viser del etterlevde forløpstider for pakkeforløp lungekreft for føretaka i Helse Vest. Som det kjem fram i tabellen, får ein relativt lik del pasientar start av behandling i pakkeforløpet innanfor den **totale tilrådde forløpstida (OF4)**, medan ingen av føretaka er innanfor måttalet på 70 prosent. Likevel får ein større del pasientar i Helse Førde gjennomført pakkeforløpet innanfor dei tilrådde forløpstidene, enn det som er tilfelle ved dei andre føretaka.

Tabell 6: Forløpstider for pakkeforløp lungekreft frå 2024⁴⁴

	Bergen	Stavanger	Førde	Fonna
OF1 Frå tilvising mottatt til første frammøte i utgreiande avdeling (7 kalenderdagar)	85%	77%	71%	77%
OF2 Frå første frammøte i utgreiande avdeling til avslutta utgreiing (avgjerd blir tatt) (21 kalenderdagar)	56%	71%	70%	53%
OF3 Frå avslutta utgreiing til start behandling (14 ⁴⁵ eller 7 ⁴⁶ kalenderdagar)	68%	67%	54%	78%
OF4 Frå tilvising mottatt til start behandling (42 ⁴⁷ eller 35 ⁴⁸ kalenderdagar)	57%	57%	68%	54%

⁴⁴ Folkehelseinstituttet. [Pakkeforløp kreft](#). Oppdatert med tall for 3. tertial 2024.

⁴⁵ Kirurgisk behandling

⁴⁶ Medikamentell behandling

⁴⁷ Kirurgisk behandling

⁴⁸ Medikamentell behandling

Den tilrådde forløpstida frå mottatt tilvising til **første frammøte (OF1)** i pakkeforløp for lungekreft, er 7 kalenderdagar. Som det går fram av tabellen over, får ein relativt høg del av pasientane i alle føretaka første frammøte innan den tilrådde tida, sjølv om det er nokre variasjonar mellom føretaka. I Helse Førde blir det vist til at *mangel på lungelegar og lungesjuepleiarar* kan forseinka første oppmøte. Leiarar ved lungeavdelinga i Helse Bergen viser til at føretaket har tilstrekkeleg kapasitet på lungeavdelinga, men at det likevel kan gå meir enn ei veke til første konsultasjon. Det blir peikt på at dette kan skuldast heilagdagar, overføringar av bilete som er tatt privat, eller at CT som er tatt privat ikkje er tatt med kontrast, og derfor må bli teken på nytt. I Helse Fonna blir tilvisingane vurdert dagleg av ein av fem lungelegar på lungeavdelinga, og kapasiteten er ikkje ein flaskehals. Helse Fonna har ikkje dei same utfordringane knytt til kapasitet til å vurdere tilvisingar eller sette opp første time.

Når det gjeld fasen **frå første frammøte til avslutta utgreiing (OF2)**, får om lag halvparten av pasientane i Helse Bergen og Helse Fonna avslutta utgreiing innanfor tilrådd forløpstid, som er på 21 kalenderdagar. I Helse Førde og Helse Stavanger får over 70 prosent av pasientane avslutta utgreiing innan forløpstida. Det er ulike faktorar som påverkar forløpstidene. Det kjem fram i intervju at varierende kapasitet på CT påverkar tidsbruk i denne fasen. I intervju med representantar frå Helse Bergen blir det vist til at både mangel på personell og CT-maskinar kan forklare tidsbruk og at det kan variere kor lang tid det tar for patologisk avdeling å analysere ein prøve og gi riktig diagnose. Eksempelvis blir det vist til at det finst fleire typar lungekreft, og at det vil vere viktig for vidare val av behandling å vite kva type lungekreft det er. I desse tilfella kan det difor ta lenger tid med tolkingane, noko som kan påverke forløpstidene.

Behov for undersøkingar ved andre føretak kan påverke forløpstida fram til avslutta utgreiing. I Helse Fonna blir det trekt fram at føretaket har tilstrekkeleg kapasitet til å ta lungebiopsiar, og at den største utfordringa i utredningsfasen for lungekreftpasientar er forseinkingar på grunn av molekylære analysar med «neste generasjons sekvenseringsteknologi» (NGS), som blir utført i Helse Bergen. NGS-prøvar må sendast fysisk til Helse Bergen, og behandlarane i Helse Fonna anslår at det kan ta tre til fire veker å få svar. Både leiarar og behandlarar opplyser at Helse Fonna jobbar med å innføre NGS på patologisk avdeling, og at dette etter planen skal vere på plass i løpet av 2025. Behandlarar i Helse Bergen peiker på at det er varierende kapasitet på NGS-tolking i føretaket og at det hender dei òg må vente to til tre veker på prøvesvar.⁴⁹ I Helse Fonna og Helse Førde, blir det vist til at PET/CT, som blir gjennomført i Helse Bergen, er ein flaskehals for fleire av pakkeforløpa, og at dette vil påverke forløpstida. Forløpstida vil kunne bli påverka for pasientar med vanskeleg tilgjengelege tumorar. Ved Helse Fonna og Helse Førde blir difor einskilte pasientar sendt for biopsi hos Helse Bergen. Ved Helse Førde blir det opplyst at dette skuldast at Helse Bergen har meir erfaring med CT-rettleia biopsiar. Dette er små tumorar og komplisert utgreiing, som gjer at dette ofte tar lenger tid. Helse Stavanger har ikkje tilgjengeleg thoraxkirurg, men utførar alle biopsiane sjølv.

⁴⁹ Dette påverkar ikkje Helse Stavanger, som gjennomfører NGS.

Det er til dels store variasjonar mellom føretaka når det gjeld del pasientar som får gjennomført fasen frå **avslutta utgreiing til start behandling (OF3)** innan tilrådd forløpstid. Den tilrådde forløpstida er ulik for pasientar som skal gjennomgå medikamentell behandling (7 kalenderdagar) og pasientar som skal gjennomgå kirurgi (14 dagar).

Det blir opplyst frå Helse Førde at ei sentral årsak til at føretaket kjem dårlegare ut i statistikken enn dei andre føretaka i denne fasen, er at Helse Førde rutinemessig gir medikamentell behandling ein gong i veka. Grunnen til dette er volumet av pasientar som gjer at føretaket kan samle desse på ein dag. Det blir opplyst at dette sparar mykje ressursar for legane og sjukepleiarane, men gjer at ventetida for oppstart for medikamentell behandling blir litt lengre. Det blir opplyst at det ikkje er føremålstenleg å korrigere på denne rutinen, med mindre talet på pasientar som får kurar aukar ytterlegare i Helse Førde.

Som nemnt tidlegare blir pasientar frå Helse Førde og Helse Fonna sendt til Helse Bergen for stråling, der det er ei generell kapasitetsutfordring når det gjeld strålebehandling. I Helse Bergen og Helse Stavanger blir det opplyst at det i hovudsak er utfordringar knytt til stereotaktisk stråling.⁵⁰ Behandlarar og forløpskoordinator i Helse Bergen viser til at pasientar som blir vurdert for stråling ofte har små svulstar, og at tida pasientane ventar på stråling er medisinsk forsvarleg.

Når det gjeld kirurgisk behandling, blir lungepasientar i Helse Vest i all hovudsak operert i Helse Bergen, og forløpstida i denne fasen blir dermed påverka av operasjonskapasitet i Helse Bergen. Det blir i intervju vist til at einskilde føretak har venta opp til ein månad på at Helse Bergen skal vurdere tilvisinga.

⁵⁰ Stereotaktisk strålebehandling er en form for strålebehandling hvor den totale stråledosen gis enten som én behandling eller som noen få behandlinger, og med høyere fraksjonsdose enn fraksjonert konvensjonell strålebehandling.

3.5.4 Pakkeforløp prostatakreft

Tabellen under viser del etterlevde forløpstider for pakkeforløp prostatakreft for sjukehusføretaka i Helse Vest i 2024. Som det kjem fram i tabellen under, får ein relativt låg del pasientar fullført pakkeforløpet innanfor den **totale tilrådde forløpstida (OF4)** i Helse Førde, Helse Fonna og Helse Bergen. Helse Stavanger skil seg positivt ut, då 70 prosent av pasientane fekk fullført pakkeforløpet innan forløpstida i 2024.

Tabell 7: Forløpstider for pakkeforløp prostatakreft frå 2024⁵¹

	Bergen	Stavanger	Førde	Fonna
OF1 Frå tilvising mottatt til første frammøte i utgreiande avdeling (10 kalenderdagar)	35%	77%	56%	58%
OF2 Frå første frammøte i utgreiande avdeling til avslutta utgreiing (avgjerd blir tatt) (24 kalenderdagar)	72%	71%	52%	46%
OF3 Frå avslutta utgreiing til start behandling (32 ⁵² eller 35 ⁵³ kalenderdagar)	64%	77%	91%	96%
OF4 Frå tilvising mottatt til start behandling (66 ⁵⁴ eller 37 ⁵⁵ kalenderdagar)	46%	70%	36%	40%

Som vist i tabellen over, er det relativt store variasjonar i kor stor del av pasientane som kjem til **første frammøte (OF1)** innan tilrådd forløpstid, som er på 10 kalenderdagar. I Helse Bergen kjem om lag ein av tre pasientar til første frammøte innan denne tida (35 prosent). Til samanlikning kjem om lag tre av fire pasientar i Helse Stavanger til første frammøte innan tida (77 prosent).

Tilvisingane til pakkeforløp for prostatakreft blir vurderte av urolog. *Mangel på urologar* er ei viktig årsak til at pasientane ikkje kjem til første frammøte innan fristen. Det blir vist til at det er få urologar i Helse Bergen, Helse Førde og Helse Fonna og at dette gjer at pasientar må vente på første frammøte. I Helse Stavanger blir det derimot opplyst om at det ofte er god kapasitet hos urolog ved prostatasenteret som vurderer tilvisingane. Det blir vidare påpeikt av behandlarar i Helse Stavanger at dei opplever at volumet av tilvisingar til pakkeforløp prostatakreft har gått ned, noko som kan forklare den relativt høge delen oppfylte forløpstider. Det blir påpeikt at det mellom anna ikkje lenger blir utført Stockholm-blodprøve⁵⁶ på legekantoret, og at

⁵¹ Folkehelseinstituttet. [Pakkeforløp kreft](#). Oppdatert med tall for 3. tertial 2024.

⁵² Kirurgisk behandling

⁵³ Medikamentell behandling

⁵⁴ Kirurgisk behandling

⁵⁵ Medikamentell behandling

⁵⁶ Folkehelseinstituttet. [Stockholm3 test to estimate the risk of prostate cancer](#). Desember 2023.

tilvisingskriteria for pakkeforløp prostatakraft no er høgt prostataspesifikt antigen (PSA)⁵⁷ og palpasjonsfunn.⁵⁸

Når det gjeld fasen frå første frammøte til **avslutta utgreiing (OF2)**, viser tabellen at det òg er forskjellar mellom føretaka i denne fasen. Forløpstida i denne fasen er på 24 kalenderdagar. I Helse Bergen og Helse Stavanger får om lag 3 av 4 pasientar utgreiing innanfor tilrådd forløpstid. Til samanlikning får om lag halvparten av pasientane i Helse Førde og Helse Fonna utgreiing innan tilrådd forløpstid. I intervju med leiarar og behandlarar i alle føretaka, blir det påpeikt at det er ei generell *kapasitetsutfordring når det gjeld tolking av MR-bilete*. I Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Førde er det til dømes berre ein radiolog som tolkar MR for prostata, og dersom radiologen er fråverande blir ikkje MR tolka før radiologen er tilbake.

For prostata PET/CT (PSMA-PET), blir det produsert radiofarmaka som blir kalla 18F-PSMA. Helse Stavanger får denne radiofarmaka tilsendt kvar tredje veke frå Oslo. Radiofarmaka har kort haldbarheit, og timar til PSMA-PET blir sett opp same dag føretaket mottok radiofarmaka. Det blir i intervju med behandlarar i Helse Stavanger opplyst at dersom det er fleire pasientar enn det kapasiteten tillèt den avsette dagen, må den/dei aktuelle pasientane vente i tre veker til neste moglege PSMA-PET. Det blir vist til at radiofarmaka og undersøkinga er kostbar, og at det ikkje er stort nok volum av pasientar til å gjennomføre undersøkingane oftare sett opp mot kostnadane. For pasientar med prostatakraft som skal ta PSMA-PET i Helse Stavanger, kan denne faktoren påverke forløpstida i stor grad. Behandlarar som deltar på MDT-møte for prostatakraft i Helse Stavanger peikar også på at det ofte er pasientar med alvorleg kreft og spreiding som skal ta ein PSMA-PET, og at ei forseinka utgreiing for desse pasientane kan vere ekstra sårbart.

Senter for nukleærmedisin i Helse Bergen opplyser at det i utgangspunktet er sett opp PSMA-PET ein dag i veka, og ettersom senteret produserer si eiga radiofarmaka kan det bli sett opp kveldspoliklinikk ved behov. Helse Fonna og Helse Førde har ikkje eige tilbod om PSMA-PET, og pasientar får PSMA-PET i Helse Bergen. Det blir opplyst i intervju at på grunn av transport og logistikk for å setje opp pasientar frå Helse Fonna og Helse Førde til PSMA-PET, vil dette truleg forlenge pasientane sine forløpstider. Det blir òg vist til at det ved avlyste timar er enklare å få inn pasientar frå Bergen på kort varsel.

⁵⁷ Prostataspesifikt antigen (PSA) er eit protein som blir produsert i prostata.

⁵⁸ Palpasjon inneber at undersøkjaren bruker fingrar og hender og kjenner på den aktuelle kroppsdelen.

Som vist i tabellen over, er det relativt stor del av pasientane som gjennomfører fasen frå **avslutta utgreiing til start behandling (OF3)** innan den tilrådde forløpstida, som er 3 dagar for medikamentell behandling og 32 dagar for kirurgisk behandling. I Helse Bergen og Helse Stavanger får høvesvis 64 og 77 prosent av pasientane starta opp behandling innan denne tida. Til samanlikning startar over 90 prosent av pasientane behandling innanfor forløpstida i Helse Førde og Helse Fonna.

Ulikt behandlingstilbod vil påverke statistikken i denne fasen. Pasientar i Helse Førde og Helse Fonna med behov for stråling, blir overført til Helse Bergen. I mange tilfelle får pasienten medikamentell behandling i dei lokale føretaka før dei blir sendt til stråling i Helse Bergen. Dette inneber i dei fleste tilfella at pasienten får hormonblokkar i tablettform, noko som ofte kan bli gitt til pasienten kort tid etter MDT-møte og klinisk avgjerd. Ettersom det er første behandling som blir rekna som «start behandling», kan dette innebære at pasientar i Helse Fonna og Helse Førde har null dagar i forløpstid i OF3.

Helse Bergen og Helse Stavanger vil på si side i mange tilfelle registrere kirurgi som første behandling.⁵⁹ Helse Bergen og Helse Stavanger viser til utfordringar med tilgang på operasjonsstover med robot, dette kan påverke forløpstidene i fasen. Til dømes opplyser behandlararar i Helse Bergen at urologisk avdeling disponerer ein robot, samt ein annan robot på dagkirurgisk annakvar fredag. Det blir peikt på behov for meir areal og fleire robotar. Overordna leing i Helse Bergen er kjent med utfordringar knytt til robotkapasitet, og har iverksett tiltak for å utbetre dette.

⁵⁹ Dei pasientane som startar behandlinga i Helse Bergen, vil difor vere del av tala til Helse Bergen denne fasen. Pasientane vil likevel fangast opp igjen i den totale forløpstida (OF4) til Helse Førde eller Helse Fonna.

3.6 Oppsummering av flaskehalsar i pakkeforløpa

Tabellen under oppsummerer flaskehalsar per fase i pakkeforløpa som er identifisert gjennom intervju med leiarar, forløpskoordinatorar og behandlarar.

Tabell 8: Sentrale flaskehalsar i pakkeforløpa som er identifisert i intervju.

Fase	Faktorar som påverkar negativt inn på forløpstida	Utdjuping
OF1 Frå tilvising mottatt til første frammøte i utgreiande avdeling	Høgt volum av pasientar som blir tilvist til pakkeforløpa,	Alle føretaka har denne utfordringa. Dette skuldast mellom anna screeningprogramma, og at kriteria for å tilvise til pakkeforløp er generelle.
	Mangel på personell til å vurdere tilvisingar/ha første oppmøte	Mangel på mammae-radiologar ⁶⁰ , lungelegar ⁶¹ og urologar ⁶² til å vurdere tilvisingar.
OF2 Frå første frammøte i utgreiande avdeling til avslutta utgreiing	Kapasitet knytt til CT undersøkingar	Mangel på maskinar, og knappheit på radiografar og radiologar til å tolke bileta ⁶³
	Kapasitet knytt til MR undersøkingar	Mangel på MR-maskinar, og mangel på radiologar til å tolke MR-bilete. ⁶⁴ Helse Fonna og Helse Førde hadde tidlegare ikkje tilbod om visse MR-undersøkingar i eige føretak, og pasientar måtte bli sendt til Helse Bergen for dette. Begge føretaka har dei siste åra skaffa seg nødvendig kompetanse til å ta nødvendige MR-bilete og tolke desse sjølv. Fleire peiker på at dette har vore med på å betre forløpstidene generelt i pakkeforløpa.
	Kapasitet knytt til PET/CT ⁶⁵ undersøkingar	Det er Helse Stavanger og Helse Bergen som tilbyr PET/CT. Fleire behandlarar uttrykker ønske om fleire maskinar. ⁶⁶ Pasientar frå Helse Førde og Helse Fonna blir primært sendt til Helse Bergen for PET/CT, og føretaka opplever at det er lang ventetid, noko som påverkar forløpstidene. ⁶⁷ For å gjennomføre PET/CT-undersøkingar er det behov for radiofarmaka. Helse Bergen produserer radiofarmaka sjølv, og har moglegheit til å sette opp kvelds- eller helgepoliklinikk ut frå behov. Helse Stavanger får radiofarmaka transportert frå Oslo. Behandlarar i Helse Stavanger viser til

⁶⁰ Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Førde

⁶¹ Helse Stavanger og Helse Førde

⁶² Helse Bergen, Helse Fonna og Helse Førde

⁶³ Helse Stavanger

⁶⁴ Ved nokre føretak og innan einskilde pakkeforløp er MR-kapasitet ikkje ei utfordring. Behandlarar i MDT-prostata i Helse Bergen viser til at det tidlegare har vore kapasitetsutfordring knytt til MR, men at kapasiteten er betra etter at føretaket også har sett opp undersøkingar i helgene.

⁶⁵ Kreftforeningen. [PET/CT](#). 12. juni 2024.

⁶⁶ Helse Bergen opplyser i intervju at dei manglar ein PET/CT-maskin, men viser til at dei no har bestilt ein ny maskin med midlar føretaket har fått av ein privat donor

⁶⁷ I intervju kjem det fram at det har vore usikkert om pasientar som blir overført frå Helse Fonna og Helse Førde til Helse Bergen for PET/CT, blir prioritert på lik linje med andre pasientar. Det er ei oppfatning at pasientar frå Helse Fonna og Helse Førde har ei lenger ventetid enn pasientar frå Helse Bergen. Leiar for senter for nukleærmedisin i Helse Bergen tilbakeviser dette, og peiker på at alle tilvisingar hamnar i same kø og blir vurderte av ein lege som prioriterer etter hastegrad. Det same gjeld for tolking av bilete i etterkant av undersøkinga. Leiaren peikar likevel på at det er logistikutfordringar knytt til transport og overnatting, noko som eksempelvis fører til at det kan vere enklare å sette opp pasientar frå Helse Bergen på tidlege timar, og på kort varsel dersom det er avlyste timar.

		at radiofarmaka har kort haldbarheit, noko som betyr at det berre kan bli gjennomført undersøkingar same dag som væska blir mottatt.
	Kapasitet til koloskopi	Alle føretaka har kapasitetsutfordringar når det gjeld rom, utstyr og/eller personell til å gjennomføre koloskopi.
	Kapasitet knytt til biopsi (vevsprøve)	Det er varierende kapasitet, det hender at biopsiar blir avlyst grunna mangel på areal og personell. Vidare er det spesielle utfordringar knytt til CT-rettleia biopsi ⁶⁸ , ettersom det krev ledig tid i CT-maskina.
	Kapasitet ved patologisk avdeling	Venting på prøveresultat frå patologisk avdeling kan vere ein flaskehals. Det blir mellom anna vist til at det kan variere kor lang tid det tar å analysere ein prøve for å kunne gi riktig diagnose. Det blir òg peikt på at Helse Fonna må sende NGS-prøvar til Helse Bergen og opplever ventetid på grunn av dette.
	Tidspunkt for MDT møte	Prøvesvar er ikkje alltid klare til MDT-møte, noko som fører til at desse pasientane blir tatt opp på MDT-møtet som blir halde veka etter. Det blir kommentert at det er vanskeleg å gjere noko med dette, ettersom det i fleire av føretaka blir gjennomført undersøkingar på fleire tidspunkt i løpet av veka, og at det ikkje alltid er mogleg å ha klare prøvesvar på kort varsel.
	Individtilpassa behandling, som krev meir utgreiing	Dette gjeld alle føretaka.
OF3 Frå avslutta utgreiing til start behandling	Kapasitet knytt til strålebehandling	Helse Bergen og Helse Stavanger er dei einaste føretaka som tilbyr strålebehandling. Pasientar frå Helse Førde og Helse Fonna blir ved behov sendt til Helse Bergen for strålebehandling. Føretaka har kapasitetsutfordringar knytt til strålebehandling i dei fleste av pakkeforløpa. ⁶⁹ I Helse Bergen skuldast dette mellom anna mangel på onkologar.
	Kapasitet knytt til operasjon	Alle føretaka har kapasitetsutfordringar knytt til operasjonsstover og personell. Kapasitetsutfordringar knytt til operasjonsteam gjeld både kirurgar og operasjonssjukepleiarar. Dette er spesielt utfordrande ved ferieavviklingar og heilagdagar, der delar av operasjonsaktiviteten blir lagt ned. Mangel på operasjonsstover blir spesielt omtalt av behandlarar i Helse Bergen og Helse Stavanger, der dette særleg gjeld operasjonsstover med robot. Det blir vist til at bygging av nytt sjukehus i Stavanger vil kunne betre kapasiteten på operasjonsstover.

3.7 Tidsbruk for pasientar som blir overført til andre føretak

Pasientar kan i samband med utgreiing eller behandling vere innom ulike føretak i deler av pakkeforløpet. På førespurnad frå internrevisjonen, har analyseavdelinga i Helse Vest RHF gjort ein analyse av lengda på pakkeforløpa for høvesvis pasientar som har gjennomført heile pakkeforløpet i eit føretak, og pasientar som er overført til eit anna føretak i løpet av pakkeforløpet.

⁶⁸ Biopsi (vevsprøve) tatt med rettleiing av CT-maskin.

⁶⁹ Dette gjeld ikkje strålebehandling for pasientar med prostatakrefte i Helse Stavanger, der føretaket har god kapasitet..

Tabell 9 under viser mediantid⁷⁰ for gjennomførte pakkeforløp i eit føretak.⁷¹ Tabell 10 viser forskjell i mediantida for gjennomføring av pakkeforløp der pasienten har vore innom fleire føretak, versus pasientar som har vore i same føretak under heile pakkeforløpet.

Tabell 9: Mediantid for OF4 for pakkeforløp som er gjennomført i eitt føretak i 2024⁷²

	Brystkreft	Tjukk- og endetarmskreft	Lungekreft	Prostatakreft
Helse Bergen	28 dagar (431 pasientar)	32 dagar (277 pasientar)	34 dagar (250 pasientar)	54 dagar (512 pasientar)
Helse Stavanger	29 dagar (281 pasientar)	32 dagar (259 pasientar)	31 dagar (115 pasientar)	30 dagar (183 pasientar)
Helse Førde	27 dagar (65 pasientar)	27 dagar (78 pasientar)	27 dagar (28 pasientar)	35 dagar (44 pasientar)
Helse Fonna	27,5 dagar (134 pasientar)	26 dagar (102 pasientar)	31,5 dagar (61 pasientar)	37 dagar (52 pasientar)

Tabell 10: Forskjell i mediantid for OF4 mellom pakkeforløp gjennomført i eit føretak og pakkeforløp som er innom fleire føretak i 2024⁷³

	Brystkreft	Tjukk- og endetarmskreft	Lungekreft	Prostatakreft
Helse Bergen	+ 13 dagar (1 pasient)	+ 8 dagar (9 pasientar)	Ingen pasientar	+ 17 dagar (1 pasient)
Helse Stavanger	+ 23 dagar (2 pasientar)	+ 4 dagar (4 pasientar)	+ 10,5 dagar (41 pasientar)	+ 23 dagar (5 pasientar)
Helse Førde	+ 28 dagar (4 pasientar)	+ 10 dagar (5 pasientar)	+ 18 dagar (10 pasientar)	+ 58 dagar (51 pasientar)
Helse Fonna	+ 15,5 dagar (6 pasientar)	+ 15 dagar (19 pasientar)	+ 18,5 dagar (34 pasientar)	+ 45 dagar (21 pasientar)

Som det går fram av tabellane, er mediantida lengre i alle pakkeforløp som er innom meir enn eitt føretak. Særleg store forskjellar ser vi for pasientar med prostatakreft.

⁷⁰ Tala er presenterte som mediantid i staden for gjennomsnittstid for å redusere påverknaden av kunstig høge tal.

⁷¹ Pasientar kan ofte ha behov for fleire typar behandlingar. Statistikken er samla for alle pakkeforløpa, og skil ikkje mellom ulike typar behandlingar.

⁷² Tala er baserte på Helse Vest sin eigen statistikk.

⁷³ Tala er baserte på Helse Vest sin eigen statistikk. Det er ikkje korrigert for stadium til pasientane.

Pakkeforløp som er innom meir enn eit føretak, vil vere særleg relevante for pasientar i Helse Førde og Helse Fonna, då dei til dømes ved stråling eller kirurgi i fleire tilfelle må behandlast i Helse Bergen. Dette kan også gjelde Helse Stavanger, då all kirurgisk behandling av pasientar med lungekreft er sentralisert i Helse Bergen. Talet på pasientar som blir overført mellom føretak er høgast i pakkeforløp for lungekreft og prostatakreft. Dette skuldast ei sentralisering av operativt behandlingstilbod for desse pakkeforløpa.

Når det gjeld lungekreft, blir det opplyst av Helse Førde at dei pasientane som blir tilvist til Haukeland universitetssjukehus er pasientar med mindre framskriden sjukdom og som er ekstra krevjande å utgreie. Det vil i desse tilfella vere behov for PET/CT. Vidare kan tumor vere liten, og det er større risiko for at prosedyrar må takast om igjen. Det blir opplyst frå Helse Førde at det difor er naturleg at det kan ta 10-18 dagar lengre tid i pakkeforløp.

Det er ikkje alle ventetider knytt til overføringar mellom føretak som vil bli fanga opp i statistikken som går fram av tabellane over. I mange tilfelle vil ein pasient få fleire former for behandling.⁷⁴ Statistikken viser berre første gjennomførte behandling. Dersom ein pasient begynner med medikamentell behandling før vedkomande skal gjennomgå kirurgisk behandling eller stråling, vil berre oppstart av medikamentell behandling gå fram av statistikken. Dette gjer at statistikken ikkje fangar opp tida det tar før pasienten startar kirurgi eller stråling ved eit anna føretak.

Når pasientar skal gjennomføre undersøkingar eller behandling på tvers av føretaka, er det eit tilbod om pasienttransport mellom føretaka. Det har gjennom intervju med behandlarar og brukarutvalsrepresentantar blitt opplyst om at det ikkje har vore utfordringar knytt til den fysiske transporten mellom føretaka, men at det naturleg vil ta noko lenger tid for pasientar som må bli transportert mellom føretak.

⁷⁴ Dette kan til dømes vere neoadjuvant behandling før stråling, som vil seie at pasienten kan få medikamentell behandling før oppstart av stråling.

3.8 Vurdering

Undersøkinga viser at føretaka i Helse Vest når den nasjonale målsettinga om del pasientar som skal bli *inkluderte* i pakkeforløpa for brystkreft, prostatakreft, lungekreft og tjukk- og endetarmskreft. Over 80 prosent av pasientar med desse kreftdiagnosane blir tatt opp i pakkeforløpa, medan det nasjonale målet er 70 prosent. Likevel når føretaka ikkje den nasjonale målsettinga om at minimum 70 prosent av alle pasientane skal starte behandling innan maksimal forløpstid i dei fleste av pakkeforløpa. **Totalt i Helse Vest, er det litt over halvparten av pasientane med bryst-, lunge-, tjukk- og endetarm og prostatakreft som startar behandling og fullfører pakkeforløpet innan tilrådd forløpstid.**

Det er forskjell i kor stor del pasientar som fullfører pakkeforløpet innan forløpstida i dei ulike føretaka. Til dømes er det nesten dobbelt så stor sjanse for at forløpstida blir etterlevd for pasientar i pakkeforløp for prostatakreft i Helse Stavanger enn for same pasientgruppe i Helse Førde. Kva krefttype pasienten har påverkar òg sannsynet for at pakkeforløpet blir gjennomført innan tilrådd forløpstid. Totalt sett i Helse Vest, er det til dømes ein større del pasientar innan pakkeforløp for tjukk- og endetarmskreft som får det totale pakkeforløpet innan tilrådd forløpstid, samanlikna med pasientar i pakkeforløp for prostatakreft.

Føretaka etterlever heller ikkje alltid dei tilrådde forløpstidene for dei ulike fasane av pakkeforløpa. Når det gjeld første fase i pakkeforløpet, vil lang tid frå føretaket mottar tilvising til første frammøte kunne forseinke vurdering av alvorsgrad og prioritering av pasienten.⁷⁵ Vidare vil forlenga forløpstider i første fase kunne forplante seg vidare til dei neste fasane i pakkeforløpet. Internrevisjonen vil òg peike på at lang ventetid fram til første frammøte kan vere ei særleg belastning for den einskilde pasienten.

Analyse av statistikk indikerer at pasientar som blir overført for behandling i eit anna føretak, får eit lengre pakkeforløp enn pasientar som ikkje blir overført til eit anna føretak.⁷⁶ Dette vil ha påverknad på forløpstida til den einskilde pasienten. Helse Vest har tidlegare ikkje gjennomført samanliknande analysar av tidsbruk for pasientar som blir overført mellom føretak og dei som har heile pakkeforløpet i same føretak. Internrevisjonen meiner at slike analysar vil vere eit viktig kunnskapsgrunnlag for føretaka for å avdekkje systematiske forskjellar mellom pasientgrupper, og for å vurdere kompenserande tiltak.

⁷⁵ Dette vil spesielt gjelde pasientar som blir tilvist frå fastlege. For pasientar som kjem inn i pakkeforløp gjennom funn frå radiologisk billeteundersøking, har føretaka i større grad ei objektiv oversikt over sylvstens utsjåande ved pakkeforløpet sin start.

⁷⁶ Det er viktig å merke seg at populasjonen av pasientar som blir overført er relativt låg, og at få personar kan gi utslag i tala. Likevel er forløpstidene gjennomgåande høgare for dei pasientane som er blitt overført, også der populasjonane er relativt høge.

Det blir vist til at det i fleire tilfelle kan vere medisinske årsaker til at forløpstider ikkje blir etterlevd. Likevel er det identifisert fleire forhold internt i føretaka som gjer at forløpstidene ikkje blir etterlevde. **Behandlarar nemner knappheit på personell til å vurdere tilvisingar, tolke undersøkingar og gjennomføre behandlingar, samt knappheit på radiologisk utstyr og operasjonsstover, blir trekt fram som sentrale flaskehalsar som gjer at pasientar må vente på utgreiing og behandling.** Kapasitetsutfordringane knytt til dei ulike undersøkingane og behandlingane varierer mellom føretaka, og gir ulike utslag i forløpstider avhengig av pakkeforløp og fase i pakkeforløpet.

Undersøkinga viser at lange ventetider til følgande utgreiingar og behandlingar særleg kan påverke forløpstidene for den einskilde pasienten:

- **Robotkirurgi (prostata og endetarm):** Robotkirurgi er tilrådd for pasientar med prostata- og endetarmskreft, og slik kirurgi blir gjennomført i Helse Stavanger og Helse Bergen. Grunna kapasitetsutfordringar på robotoperasjonar, risikerer pasientane lengre ventetid, sjølv om dei får ei kvalitativt betre behandling samanlikna med pasientar som ikkje får dette tilbodet.⁷⁷
- **NGS-prøvar (lunge):** Prøvane blir tatt lokalt, og sendt fysisk til Helse Bergen for analyse. Undersøkinga viser at det tar lang tid å få svar på prøvane, noko som forseinkar diagnostisering for pasientar som tek desse prøvane.
- **PET/CT (alle krefttypar):** Pasientar i Helse Førde og Helse Fonna blir sendt til Helse Bergen for PET/CT. Helse Førde og Helse Fonna erfarer at ventetid til PET/CT er ein sentral faktor som forseinkar tida fram til avslutta utgreiing for deira pasientar.
- **PSMA-PET (prostata):** PSMA-PET-undersøkingar i Helse Stavanger blir gjennomført berre kvar tredje veke, og pasientar med prostatakreft risikerer difor å vente opptil tre veker til neste moglege undersøking. Det er ein stor del pasientar med alvorleg kreft og spreiding som blir tilvist til PSMA-PET, og forseinkingar vil difor kunne få store konsekvensar for dei pasientane dette gjeld.

Internrevisjonen vil vise til at forseinkingar i pakkeforløpa som følgje av desse kapasitetsutfordringane, ikkje er medisinsk grunngjeve, og dermed ikkje i tråd med det overordna målet for pakkeforløpa.⁷⁸ Etter internrevisjonen si vurdering, kan ein òg stille spørsmål ved om pasientane har likeverdig tilgang til helsetenester, når kva type utgreiing og behandling ein pasient får kan gi store utslag i tidsbruk. Sjølv om dei identifiserte flaskehalsane ikkje alltid gir utslag i statistikken for heile pasientpopulasjonen, vil internrevisjonen vise til at forseinka utgreiing og/eller behandling generelt vil auke risiko for at sjukdommen utviklar seg for dei pasientane dette gjeld. Internrevisjonen meiner difor at det er viktig at føretaka systematisk adresserer ikkje-medisinske faktorar som forseinkar gjennomføringa av pasientane sine pakkeforløp.

⁷⁷ Ikkje alle pasientar med endetarmskreft får likt tilbod om robotkirurgi, sjå kapittel 4.

⁷⁸ Føremålet med pakkeforløp er at kreftpasientar skal oppleve et godt organisert, heilskapleg og forutsigbart forløp utan unødvendig forseinking i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering som ikkje er medisinsk grunngjeve.

4 LIKEBEHANDLING AV PASIENTAR PÅ TVERS AV FØRETAK

Undersøkinga viser at pasientane i Helse Vest i dei fleste tilfelle får eit likt tilbod om utgreiing og behandling. Internrevisjonen har likevel identifisert tilfelle der ikkje alle pasientgrupper har same tilgang til tilgjengelege utgreiingar og behandlingar i regionen. Vidare når ikkje alle føretaka dei nasjonale kvalitetsmåla for utgreiing og behandling av krefttypene, noko som kan indikere at det er ulikskapar i kvaliteten på behandlinga på tvers av føretaka.

4.1 Innleiing

I dette kapittelet svarar vi på følgande hovudproblemstilling:

- Er pakkeforløpa lagt opp slik at pasientane er likestilte uavhengig av føretakstilhøyrse?

Internrevisjonen har undersøkt i kva grad pasientane får lik kvalitet i utgreiing og behandling på tvers av føretaka. Samanlikninga mellom føretak er gjort for kvar krefttype. I tillegg er variasjonar i tilbodet som blir gitt til ulike pasientgrupper òg kommentert.

4.2 Revisjonskriterium

Befolkninga skal ha ein likeverdig tilgang til helsetenester av god kvalitet jf. pasient- og brukarrettigheitslova §1-1.

Årsrapportane for brystkreft, lungekreft, prostatakreft og tjukk- og endetarmskreft publisert av Kreftregisteret viser prosessindikatorar og resultatindikatorar, fordelt på sjukehus som utgreier og behandlar dei aktuelle krefttypene i Noreg. Under er sentrale kvalitetsmål for pakkeforløpa som er brukt i denne internrevisjonen.

Tabell 11: Uttalte sentrale kvalitetsmål for høvesvis brystkreft, tjukk- og endetarmskreft og lungekreft i Kreftregisteret sine årsrapportar.

Krefttype	Kvalitetsindikator	Moderat måloppnåing	Høg måloppnåing
Kvalitetsmål for brystkreft⁷⁹	Del cN0 som hadde ≤ 5 lymfeknutar totalt etter kirurgi og vaktpostlymfeknutebiopsi ⁸⁰	≥ 90 prosent	≥ 95 prosent ⁸¹
	Primær rekonstruksjon etter mastektomi (kirurgisk fjerning av bryst) for kvinner under 70 år (strålebehandla ekskludert)	≥ 40 prosent	≥ 60 prosent
	Brystbevarende operasjonar (BCT) blant primæropererte pasientar med DCIS ⁸² og tumorstørrelse 0–20 mm	≥ 85 prosent	≥ 90 prosent
	Del brystbevarende operasjonar blant primæropererte pasientar med tumorstørrelse 0–30 mm ⁸³	≥ 85 prosent	≥ 90 prosent
Kvalitetsmål for tjukk- og endetarmskreft⁸⁴	Delen pasientar med endetarmskreft som opererast laparoskopisk.		≥ 70 prosent
	Angitt avstand frå svulst til mesorektale fascie (MRF) ^{85 86}	60-70 prosent	≥ 70 prosent
Kvalitetsmål for lungekreft⁸⁷	Delen pasientar som blir kurativt behandla		≥ 35 prosent
Kvalitetsmål for prostatakreft⁸⁸	Fri reseksjonsrand for pT2-tumorar (lokalisert til prostatakjertelen)	75-84 prosent	≥ 85 prosent

Vidare har *Beslutningsforum for nye metoder*⁸⁹ kome med ei nasjonal avgjerd om å gjennomføre kirurgi av endetarmskreft og prostatakreft med robot.^{90,91}

⁷⁹ Kreftregisteret og folkehelseinstituttet. Nasjonalt kreftregister for brystkreft 2024. [arsrapport-2024-nasjonalt-kvalitetsregister-for-brystkreft.pdf](#)

⁸⁰ Vaktpostlymfeknute-diagnostikk: Utførast som ein del av utgreiinga og behandlinga av brystkreft i tidleg stadium. SN er den (oftast fleire SN) fyrste lymfeknuten som drenerer lymfe frå brystet og er difor ofte den fyrste staden der spreining av kreften oppstår. Dersom SN ikkje inneheld kreftceller vil dei øvrige lymfeknutene i armhola mest sannsynleg også vere utan kreftceller.

⁸¹ Måla er basert på mål frå European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMAS)

⁸² Ductal carcinoma in situ (DCIS). Forstadium til brystkreft, kvar tilstanden blir kjenneteikna av at område i kjertelgangane i brystvevet har auka cellevekst med dårlegare kontroll av cellene og det tyder på ein auka risiko for å utvikla brystkreft.

⁸³ Ekskludert neoadjuvante

⁸⁴ Kreftregisteret og Folkehelseinstituttet. Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft 2024. [arsrapport-2024-nasjonalt-kvalitetsregister-for-tykk-og-endetarmskreft.pdf](#)

⁸⁵ Å måle avstanden frå svulst til mesorektale fascie er en viktig del av utgreiinga for pasienten med endetarmskreft og har betydning for val av behandling.

⁸⁶ Kreftregisteret og Folkehelseinstituttet. Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft 2024. [arsrapport-2024-nasjonalt-kvalitetsregister-for-tykk-og-endetarmskreft.pdf](#)

⁸⁷ Kreftregisteret og Folkehelseinstituttet. Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft 2024. [arsrapport-2024-nasjonalt-kvalitetsregister-for-lungekreft.pdf](#)

⁸⁸ Kreftregisteret og Folkehelseinstituttet. Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft 2024. [arsrapport-2024-nasjonalt-kvalitetsregister-for-prostatakreft.pdf](#)

⁸⁹ Beslutningsforum for nye metoder er et organ i den statlige forvaltningen av spesialisthelsetjenesten.

⁹⁰ Protokoll. [Helse Sør-Øst RHF](#) 25/00029.

⁹¹ [Beslutningsforum skal ta ei ny avgjerd/vurdering innan nærmaste framtid angående tilråding om bruk av robot på desse pasientane.](#)

4.3 Samanlikning av utgreiings- og behandlingstilbod på tvers av føretaka

4.3.1 Pakkeforløp brystkreft

Første oppmøte for pasientar som blir inkluderte i pakkeforløp for brystkreft er ved brystdiagnostisk senter (BDS) i alle fire føretaka. På BDS er det ein radiolog som gjer ei klinisk undersøking og gjennomfører ein ultralyd. Ved funn av kul på ultralyd vil det bli tatt ein biopsi (vevsprøve). Dette blir omtalt som trippeldiagnostikk⁹², som er det berande prinsippet for utgreiing av pasientar med brystkreft. Denne praksisen er lik for alle føretaka. Vidare kjem det fram i intervju og oversendt dokumentasjon at dei fire føretaka bruker Helsedirektoratet si nasjonale faglege retningslinje for behandling av brystkreftpasientar.⁹³

Samtidig er det forskjellar i kva radiologiske undersøkingar dei fire helseføretaka tilbyr i utgreiinga av brystkreft. Til dømes tilbyr Helse Bergen og Helse Stavanger kontrastmammografi, medan Helse Førde ikkje har dette tilbodet. Helse Fonna har maskinen, men ikkje programvara som gjer det mogleg å tilby kontrastmammografi. Utan denne programvara kan behandlarar ikkje køyre kontrastmammografi eller ta kontrastrettleia biopsiar med maskinen. Det blir opplyst av behandlar på brystdiagnostisk senter i Helse Bergen at dersom funn på MR er vanskeleg å sjå igjen på ultralydundersøking, men det er ønskeleg å ta ein biopsi, vil kontrastmammografi i einskilde tilfelle nyttast for å finne igjen funn frå MR. Kontrastmammografi vil difor kunne auke presisjonen ved biopsi hos pasientar med krevjande tumorar. Denne metoden kan føre til at pasientane får ei meir effektiv utgreiing og reduserer sannsynet for å måtte gjennomføre ny biopsi.

Det går fram av årsrapporten frå Kreftregisteret og Helsedirektoratet sitt handlingsprogram for brystkreft i kva tilfelle og kva for nokre pasientar ein bør ta MR av ved utgreiing av brystkreft. Alle føretaka er innanfor kvalitetsmåla for del pasientar ein bør ta MR av, jamfør Kreftregisteret sin årsrapport for 2024.^{94,95} Samtidig viser resultatane i årsrapporten frå Kreftregisteret for 2024 og tilbakemeldingar i intervju, at Helse Bergen gjennomfører fleire MR undersøkingar samanlikna med dei andre føretaka i Helse Vest. Dette gjeld hovudsakeleg pasientar som ikkje skal ha neoadjuvant behandling (neoadjuvant behandling inneber systemisk behandling før lokal behandling som til dømes kirurgi og/eller strålebehandling).⁹⁶ Medan kvalitetsmålet er på 20 prosent, ligg Helse Bergen på 53 prosent. Det blir også slått fast i intervju med fagpersonell at Helse Bergen har praksis for å ta fleire MR undersøkingar enn det retningslinja tilseier.

⁹² Helsedirektoratet. [Brystkreft](#). 29. april 2021.

⁹³ Helsedirektoratet. [Brystkreft – Handlingsprogram](#). 20. mars 2025.

⁹⁴ Kvalitetsindikatorer: Pasientar utredet med MR. Ekskludert neoadjuvant behandlede tilfeller $\geq 20\%$, og pasientar utredet med MR. Neoadjuvant behandlede tilfelle $\geq 90\%$.

⁹⁵ Kreftregisteret og folkehelseinstituttet. Nasjonalt kreftregister for brystkreft 2024. [årsrapport-2024-nasjonalt-kvalitetsregister-for-brystkreft.pdf](#)

⁹⁶ Helsedirektoratet. [Brystkreft – Handlingsprogram](#). 20. mars 2025.

Ei anna undersøking som blir nytta i utgreiing av brystkreft er skjelettsintigrafi. Helse Bergen og Helse Stavanger har tilbod om dette, medan pasientar frå Helse Førde og Helse Fonna må reise for å få denne utgreiinga. Det blir opplyst at det nyleg er bestemt at Helse Bergen skal bruke skjelettsintigrafi i mindre grad enn tidlegare, og at det er ønskeleg å gå over til meir sensitive metodar som MR, CT eller PET/CT. Det blir påpeikt at dette er ein praksis som alle sjukehus i Norge har endra eller held på å endre.

Helse Bergen, Helse Stavanger og Helse Fonna tilbyr brystrekonstruksjon, medan pasientar frå Helse Førde må reise til Helse Bergen for brystrekonstruksjon. Ifølgje Kreftregisteret sin årsrapport for 2024, ligg Helse Stavanger innanfor kvalitetsmålet om del primære rekonstruksjonar⁹⁷ med 62 prosent, medan Helse Bergen hadde noko lågare måloppnåing med 55 prosent i 2024.⁹⁸

Helse Fonna, Helse Bergen og Helse Stavanger har kirurgar med spesialisering innan brystendokrinkirurgi, medan Helse Førde har ein kirurg, spesialitet innan gastrokirurgi, som opererer brystkreft. I tillegg har Helse Førde det siste året hatt ein LIS3-lege som er knytt til endokrin og plastikk-kirurgi. Det blir påpeikt i intervju med behandlarar i Helse Bergen og Helse Førde at dei har eit tett samarbeid om brystkirurgi, og at dei opplever at kvaliteten på kirurgien er god i begge føretaka.

Det er nokre forskjellar i korleis føretaka scorar på kvalitetsindikatorane for brystkreft i årsrapportar publisert av Kreftregisteret. Det er eit kvalitetsmål at det ikkje skal bli tatt ut meir enn 5 lymfeknutar totalt ved vaktpostlymfeknute-diagnostikk⁹⁹, og at dette skal bli oppnådd hos minimum 95 prosent av pasientane. Helse Førde oppnår ikkje dette målet. I 2024 blei det i 85 prosent av tilfella tatt ut ≤ 5 lymfeknutar totalt ved vaktpostlymfeknute-diagnostikk.¹⁰⁰ Dette er ei forbetring frå 2023, der resultatet for føretaket var 66 prosent.¹⁰¹ Det blir opplyst at Helse Førde brukar ein annan teknikk for å merke lymfeknutar enn andre sjukehus i Helse Vest, som kan føre til at ein må ta ut fleire lymfeknuta.¹⁰² Armmorbiditet¹⁰³ etter kirurgisk behandling for brystkreft er eit viktig mål for behandlinga. Risikoen knytt til å fjerne for mange lymfeknutar kan føre til ubehag for pasienten i etterkant av operasjonen, med komplikasjonar som ødem (hovenheit) i armen.

⁹⁷ Kvalitetsmål: er at del primære rekonstruksjonar etter mastektomi kvinner < 70 år skal vere ≥ 60 %.

⁹⁸ Kreftregisteret og folkehelseinstituttet. Nasjonalt kreftregister for brystkreft 2024. [arsrapport-2024-nasjonalt-kvalitetsregister-for-brystkreft.pdf](#)

⁹⁹ Vaktpostlymfeknute-diagnostikk: Utføres som ein del av utredningen og behandlingen av brystkreft i tidlig stadium. SN er den (oftest flere SN) første lymfeknuten som drenerer lymfe frå brystet og er difor ofte det første stedet der spredning av kreften oppstår. Hvis SN ikke inneholder kreftceller vil de øvrige lymfeknutene i armhulen mest sannsynlig også vere uten kreftceller.

¹⁰⁰ Kreftregisteret og folkehelseinstituttet. Nasjonalt kreftregister for brystkreft 2024. [arsrapport-2024-nasjonalt-kvalitetsregister-for-brystkreft.pdf](#)

¹⁰¹ Kreftregisteret og folkehelseinstituttet. Nasjonalt kreftregister for brystkreft 2024. [arsrapport-2024-nasjonalt-kvalitetsregister-for-brystkreft.pdf](#)

¹⁰² Helse Førde brukar MagTrace i staden for Isotop, noko som gjer at dei oftare finn fleire sentinel node enn ved bruk av isotop og kan føre til at ein må ta ut fleire lymfeknuta

¹⁰³ Armmorbiditet beskriver sykkelighet i arm.

Vidare varierer det om føretaka oppnår kvalitetsmålet om å gjennomføre brystbevarande kirurgi (BCT) ved DCIS¹⁰⁴-tilfelle med ein tumorstorleik på $\leq 20\text{mm}$ i ≥ 90 prosent av tilfella. I årsrapporten for brystkreft for 2024 ligg Helse Bergen over kvalitetsmålet med 91 prosent, medan Helse Stavanger ligg under kvalitetsmålet med 87 prosent. I Helse Fonna blei BCT gjennomført for 79 prosent av pasientane.¹⁰⁵ Ifølgje årsrapporten til Kreftregisteret er dette den lågaste måloppnåinga blant sjukehusa som utgreier og behandlar brystkreft i Noreg.¹⁰⁶ I intervju med MDT-teamet i Helse Fonna blir det peikt på at statistikken frå Kreftregisteret ikkje alltid viser årsaka bak tala.

Ein annan kvalitetsindikator er å gjennomføre BCT ved ein tumorstorleik på $\leq 30\text{mm}$ ved ≥ 90 prosent av tilfella. Alle sjukehusføretaka utanom Helse Førde er innanfor dette kvalitetsmålet. I 2024 gjennomførte Helse Førde BCT i 84 prosent av tilfella. Det blir i intervju peikt på at nokre pasientar har valt bort brystbevarande kirurgi på grunn av at dei må reise til Bergen for stråling, som er naudsynt etter operasjon.

4.3.2 Pakkeforløp tjukk- og endetarmskreft

Det blir opplyst i intervju at dei fleste pasientane med tjukktarmskreft i Helse Vest i hovudsak blir behandla ved sitt lokale helseføretak. Unntaket er pasientar som får stråling og operable pasientar med levermetastasar ved Helse Førde og Helse Fonna¹⁰⁷; desse pasientane vil bli sendt til Helse Bergen.¹⁰⁸ Pasientar med tjukktarmskreft som skal kirurgisk behandlast blir i hovudsak behandla laparoskopisk (kikkhol),¹⁰⁹ med nokre unntak i Bergen der dei gjennomfører operasjonen med robot. I einiske tilfelle vil det også ved medisinsk vurdering vere aktuelt å gjennomføre ein open operasjon, mellom anna ved stor tumor som vanskeleggjer uttak gjennom ein operasjonsport. Statistikk frå Kreftregisteret viser at alle helseføretaka i Helse Vest er innanfor kvalitetsmålet om at delen pasientar som blir operert laparoskopisk er ≥ 70 prosent.¹¹⁰

Helse Bergen og Helse Stavanger har tilbod om robotoperasjon av pasientar med rektumkreft. Gastrokirurgar ved Helse Førde og Helse Fonna anslår i intervju at omtrent 10-20 prosent av pasientane med endetarmskreft blir sendt til Helse Bergen for operasjon, medan resten blir behandla lokalt med laparoskopi. Til samanlikning blir det opplyst at 88 prosent av endetarmskreftpasientane blei operert med robotassistert laparoskopi ved Helse Stavanger i 2024. Omtrent 60 prosent av pasientane med endetarmskreft i Helse Bergen blei operert med robot i 2024.

¹⁰⁴ Ductal carcinoma in situ (DCIS). Forstadium til brystkreft, kvar tilstanden blir kjenneteikna av at område i kjertelgangane i brystvevet har auka cellevekst med dårlegare kontroll av cellene og det tyder på ein auka risiko for å utvikla brystkreft.

¹⁰⁵ Status for Helse Førde kjem ikkje fram av årsrapporten.

¹⁰⁶ Kreftregisteret og folkehelseinstituttet. Nasjonalt kreftregister for brystkreft 2024. [arsrapport-2024-nasjonalt-kvalitetsregister-for-brystkreft.pdf](#)

¹⁰⁷ Pasientar som kan opererast, som har metastasar i lever (spreiing til lever)

¹⁰⁸ Det blir opplyst at Helse Stavanger òg dette tilbodet. Helse Stavanger opplyser at ved avansert metastatisk sjukdom til lever kan pasientane eventuelt bli vurdert for levertransplantasjon ved OUS.

¹⁰⁹ Laparoskopi er ei kikkhølsundersøking av organ i bukhol.

¹¹⁰ Kreftregisteret. Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft 2023. [arsrapport-2023-nasjonalt-kvalitetsregister-for-tykk-og-endetarmskreft.pdf](#)

I Helse Stavanger blir det opplyst at dersom det må bli gjort ei prioritering, blir mannlege pasientar prioritert med robotoperasjon for endetarmskreft framfor kvinner, ettersom menn har trongare bekken. Dette blir grunngitt med at det vil vere enklare å gjennomføre ein laparoskopisk operasjon med høg kvalitet på kvinner.

Vidare kjem det fram i intervju med behandlarar i MDT for tjukk- og endetarmskreft at Helse Bergen er det einaste føretaket i Helse Vest som nyttar metoden endoskopisk fjerning av polypp i endetarmen (ESD). Det blir i intervju peikt på at ein ved bruk av denne metoden vil kunne fjerne polyppen endoskopisk før den utviklar seg, og den eventuelt må fjernast med ein meir omfattande operasjon. Aktuelle pasientar frå Helse Fonna og Helse Førde blir diskutert på MDT-polypp i Helse Bergen, der pasientane vil få tilbod om behandlinga. Pasientar frå Helse Stavanger blir ikkje sendt til Helse Bergen for slik behandling, og Helse Stavanger fjernar polyppen med ein annan metode.¹¹¹ Konsekvensen av at føretaket ikkje tilbyr ESD kan vere at fleire pasientar må opererast. Det blir opplyst av gastrologisk MDT og leiarar i mottaksklinikken i Helse Stavanger at ESD ikkje er innført på grunn av at det er ein komplisert metode som krev lang opplæring. Leiarar ved mottaksklinikken i Helse Stavanger fortel at det er planlagt å innføre denne teknikken på sikt. I samband med verifisering av denne revisjonsrapporten blir det opplyst at det er planlagt oppstart av utdanning av to legar og sjukepleiarar i ESD hausten 2025.

Vidare er det ein kvalitetsindikator at delen pasientar der det er angjeve avstand frå tumor til mesorektal fascie i dekningsmelding bør vere minimum 70 prosent. Årsrapporten til Kreftregisteret viste at Helse Førde hadde 0 prosent i 2023 og 15 prosent i 2024, noko som framleis er langt under kvalitetsmålet på 70 prosent. Leiar ved patologisk avdeling i Helse Førde opplyser at føretaket nyttar same mal for å rapportere inn data til Kreftregisteret som dei andre føretaka i Helse Vest. Leiaren peiker på at terminologien i den rapporten dei sender til Kreftregisteret er «cirkumferent» og ikkje «mesorektal», og at det er mogleg det blir feil i overføring til Kreftregisteret.

4.3.3 Pakkeforløp lungekreft

For pasientar med lungekreft som er aktuelle for operasjon blir nesten alle sendt til Helse Bergen for kirurgisk behandling. Behandlarar i dei ulike føretaka peiker på at dei regionale MDT-møta for lungekreft sikrar at pasientar frå dei fire føretaka blir prioriterte riktig, og på likt grunnlag.

¹¹¹ Curettage med stivt skop - Curettage betyr skraping og er ein metode som brukas til å fjerne svulstar i hud. Metoden blir ofte kombinert med brenning av sårflaten (elektrokoagulasjon).

Det er ikkje funne nemneverdige forskjellar i den medikamentelle, inkludert neoadjuvante, behandlinga som blir gitt til pasientar med lungekreft i dei fire føretaka. Det blir kommentert av leiar ved lungeavdelinga i Helse Bergen at det er ei generell oppfatning om at det er lik behandling på tvers av føretaka når det kjem til medisinsk behandling og utgreiing.

Årsrapporten for lungekreft 2024 publisert av Kreftregisteret viser prosessindikatorar og resultatindikatorar fordelt på sjukehus som greier ut og behandlar lungekreft i Noreg.¹¹² Det er eit kvalitetsmål at delen pasientar som blir kurativt behandla¹¹³ skal vere ≥ 35 prosent.

Årsrapporten for 2024 viser at dette målet ikkje blir nådd i Helse Førde og Helse Fonna. Del pasientar med lungekreft som blei kurativt behandla i Helse Førde i 2024 var på 23 prosent, medan den var 33 prosent i Helse Fonna. Til samanlikning blei 36 prosent av pasientane i Helse Bergen og 43 prosent av pasientane i Helse Stavanger kurativt behandla. Ifølgje årsrapporten har Helse Førde og Helse Fonna nokre av dei lågaste resultata nasjonalt, der landssnittet er 38 prosent.

Ved fleire av føretaka blir det peikt på at kurasjonsgrad er avhengig av på kva stadium pasienten kjem til utgreiing, samt pasienten si komorbiditet og allmenntilstand. Det blir vist til at slike pasientrelaterte faktorar har stor betydning for føretaka sine resultat på kvalitetsindikatoren knytt til kurativ behandling.

I Helse Førde blir det opplyst at dei er merksame på at føretaket ligg lågare enn nasjonalt nivå når det gjeld del pasientar som blei kurativt behandla. Det blir vist til at føretaket har hatt eit prosjekt med Kreftregisteret for å undersøke årsaker til dei låge tala. Det er vurdert at føretaket har gjort riktige vurderingar knytt til kurativ behandling av pasientar. Det blir peikt på at den låge graden kurativt behandla kan skuldast at Helse Førde sine pasientar kjem seint til utgreiing, som fører til at ein høg del pasientar har meir utbreidd sjukdom ved diagnosetidspunktet enn ved andre føretak.¹¹⁴ Det blir vist til at problemet i liten grad synest å ligge i spesialisthelsetenesta, men heller i at tilvisinga skjer seint i forløpet. Det blir òg påpeikt at det ikkje er private røntgeninstitut i Helse Førde sitt opptaksområde.

¹¹² Folkehelseinstituttet og kreftregisteret. Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft 2024. [arsrapport-2024-nasjonalt-kvalitetsregister-for-lungekreft.pdf](#)

¹¹³ Behandling med mål å heila sjukdom.

¹¹⁴ Det blir vist til at 73 prosent av i Helse Førde har stadium III eller IV, samanlikna med 51 prosent nasjonalt.

4.3.4 Pakkeforløp prostatakreft

Gjennom intervju med behandlarar i dei ulike føretaka blir det vist til at pasientar i Helse Vest får tilbod om utgreiing og delar av behandlinga av prostatakreft i alle dei fire føretaka. Det er derimot berre Helse Bergen og Helse Stavanger som tilbyr stråling, og operasjonar, inkludert robotkirurgi. Pasientar frå Helse Førde, Helse Fonna og Helse Bergen som er aktuelle for operasjon, blir tatt opp på MDT-møte i Helse Bergen. Avgjerd om behandling og utgreiing av pasientar er difor i stor grad likt mellom desse føretaka. Helse Stavanger har eigne MDT-møte, ettersom dei tilbyr robotkirurgi i føretaket.

I årsrapporten frå Kreftregisteret for prostatakreft i 2024 blir det skildra at Helse Stavanger er langt under landsgjennomsnittet på del fri reseksjonsrand for pT2-tumorar (lokalisert til prostatakjertelen) ved operasjon av prostatakreft.¹¹⁵ Medan landsgjennomsnittet var på 86,1 prosent dette året, hadde Helse Stavanger eit gjennomsnitt på 63,6 prosent. Det står i årsrapporten at ein ufri reseksjonsrand aukar risikoen for tilbakefall, noko som kan medføre at pasienten må få vidare behandling med postoperativ stråling og ytterlegare biverknader. Helse Bergen var over landsgjennomsnittet i 2024 med 87 prosent. Helse Førde og Helse Fonna går ikkje fram av oversikta då dei ikkje utfører prostatakreftoperasjonar.¹¹⁶

4.3.5 Oppsummering av forskjellar i utgreiings- og behandlingstilbod til pasient

Tabellen under oppsummerar forskjellar i tilbodet som blir gitt til pasientar ved dei ulike føretaka.

Tabell 12: Forskjellar i utgreiings- og behandlingstilbod til pasientar

Pakkeforløp	Identifisert ulikskap	Utdjuping og konsekvens for pasientar
Brystkreft	Ulikt tilbod om kontrastmammografi	Pasientar i Helse Stavanger og Helse Bergen får tilbod om kontrastmammografi, medan pasientar i Helse Førde og Helse Fonna ikkje får tilbod om dette. Kontrastmammografi aukar presisjonen ved biopsi hos pasientar med vanskeleg tilgjengelege tumorar, og bidrar mellom anna til å redusere sannsyn for å måtte gjennomføre ny biopsi. For pasientar som ikkje får tilbod om kontrastmammografi er det auka risiko for at pasienten må ta nye prøvetakingar. Nye biopsiar medfører ubehag for pasient og kan føre til forseinka utgreiing.
	Ulikt tilbod om MR-undersøkingar	Medan alle føretaka er innanfor Kreftregisteret sitt kvalitetsmål for del pasientar utgreidd med MR, tar Helse Bergen MR i større omfang enn dei andre føretaka i Helse Vest. ¹¹⁷

¹¹⁵ Ein fri reseksjonsrand ved ein pT2-tumor i prostata betyr at det ikkje finst kreftceller på overflata av den fjerna prostataen. Dette reduserer risikoen for tilbakefall, då kreftceller ikkje lenger er tilgjengelege for å vekse.

¹¹⁶ Folkehelseinstituttet og kreftregisteret. Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft 2024. [arsrapport-2024-nasjonalt-kvalitetsregister-for-prostatakreft.pdf](#)

¹¹⁷ Dette gjeld pasientar som ikkje skal ha neoadjuvant behandling

	Ulik praksis ved fjerning av lymfeknutar	Helse Førde er det einaste føretaket i Helse Vest som ikkje når det europeiske kvalitetsmålet for uttak av lymfeknutar ved vaktpostlymfeknute-diagnostikk. Uttak av fleire lymfeknutar kan føre til ubehag for pasienten i etterkant av operasjonen og komplikasjonar som ødem (hevelse) i armen.
	Ulik gjennomføring av brystbevarande kirurgi (BCT)	Undersøkinga viser at det er variasjonar mellom føretaka knytt til om pasientane får tilbod om brystbevarande kirurgi (BCT). Alternativet til brystbevarande kirurgi er å fjerne brystet. Helse Fonna og Helse Førde er blant sjukehusa i landet med den lågaste delen pasientar som gjennomfører BCT. Dette kan skuldast bakanforliggende årsaker, til dømes reiseveg for stråling eller diagnoser som medfører at pasientar ikkje kan strålast, og at få pasientar kan gi store utslag i små utval.
	Ulikt tilbod om bryst-rekonstruksjon	Av dei fire helseføretaka, er det Helse Bergen, Helse Stavanger og Helse Fonna som tilbyr brystrekonstruksjon. Undersøkinga viser at reiseveg medfører at einskilde pasientar frå Helse Førde vel bort dette tilbodet.
Tjukk- og endetarms-kreft	Ulikt tilbod om robotkirurgi	Robotkirurgi er sentralisert i Helse Bergen og Helse Stavanger. Alle pasientar med prostatakraft i Helse Førde og Helse Fonna blir sendt til Helse Bergen for robotkirurgi, medan berre 10-20 prosent av pasientar med endetarmskreft ved desse føretaka blir overført for slik kirurgi. Resten av pasientane får i hovudsak laparoskopisk kirurgi. Til samanlikning blir det opplyst at 88 prosent av pasientane med endetarmskreft i Helse Stavanger blei operert med robot i 2024. Vidare er det i Helse Stavanger forskjell mellom kjønn, der menn hovudsakleg blir prioritert for robotkirurgi på grunn av trøgt bekken.
	Ulikt tilbod om endoskopisk fjerning av polyp i tarmen (ESD)	Pasientar i Helse Stavanger med endetarmskreft får ikkje tilbod om endoskopisk fjerning av polyp i tarmen (ESD), som pasientar ved dei andre føretaka får. Ved bruk av denne metoden vil ein kunne fjerne polypen endoskopisk før den utviklar seg, og den eventuelt må fjernast med ein meir omfattande operasjon.
	Ulik kvalitet i utgreiinga	Helse Førde er det einaste føretaket i Helse Vest som ikkje når kvalitetsmålet om at avstand frå tumor til mesorektal fascie skal målast i 70 prosent av tilfella. Helse Førde har svært låge tal, høvesvis 0 prosent i 2023 og 15 prosent i 2024, og det blir vist til at det kan skuldast feil i innrapportering. Å måle avstanden frå svulst til mesorektale fascie er ein viktig del av utgreiinga for pasientar med endetarmskreft og har betydning for val av vidare oppfølging og eventuell behandling. ¹¹⁸
Lunge-kreft	Ulik kurasjonsgrad	Resultata i årsrapporten til Kreftregisteret viser at Helse Førde og Helse Fonna har dei lågaste resultata for del pasientar som blir kurativt behandla i landet. Helse Bergen er like over kvalitetsmålet til Kreftregisteret, men likevel under landsgjennomsnittet. Føretaka viser til at pasientrelaterte faktorar har betydning for føretaka sine resultat på kvalitetsindikatoren knytt til kurativ behandling.
Prostata-kreft	Ulik fri reseksjonsgrad	Helse Stavanger var i 2024 langt under landsgjennomsnittet på del fri reseksjonsrand for pT2-tumorar (lokalisert til prostatakjertelen) ved operasjon av prostatakraft. Ein ufri reseksjonsrand aukar risikoen for tilbakefall, noko som fører til at pasienten må få vidare behandling med postoperativ stråling og ytterlegare biverknader.

¹¹⁸ Kreftregisteret. Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft 2023. [arsrapport-2023-nasjonalt-kvalitetsregister-for-tykk-og-endetarmskreft.pdf](#)

4.4 Vurdering

Undersøkinga viser at pasientane **i dei fleste tilfelle får eit likt tilbod om utgreiing og behandling.** Internrevisjonen har likevel identifisert tilfelle der ikkje alle pasientgrupper har same tilgang til tilgjengelege utgreiingar og behandlingar i regionen. Ulikt behandlingstilbod gjeld mellom anna robotkirurgi, som er tilrådd metode for behandling av pasientar med prostata- og endetarmskreft. Medan nær alle med prostatakraft får tilbod om robotkirurgi uavhengig av føretak, er dette ikkje tilfelle for pasientar med endetarmskreft der tilbodet vil avhenge av føretakstilhøyrsl. Internrevisjonen stiller spørsmål om kvifor føretaka ikkje har same praksis for dei to pasientgruppene, då det på generelt grunnlag er meir krevjande å sikre god behandlingskvalitet på ein liten pasientpopulasjon (endetarm). Vidare er det identifisert tilfelle av ulikskap mellom kjønn, der menn blir prioritert for robotkirurgi. Det er òg ulikt tilbod om endoskopisk fjerning av polypp i tarmen (ESD) for pasientar med tjukk- og endetarmskreft. **Forskjellane i tilbodet til pasientar gir, etter internrevisjonen si vurdering, risiko for at pasientar i pakkeforløpa ikkje alltid har likeverdig tilgang til utgreiing og behandling.**

Internrevisjonen har gjennomgått føretaka sine resultat på nasjonale kvalitetsindikatorar for høvesvis brystkreft, tjukk- og endetarmskreft, prostatakraft og lungekreft som er presentert i Kreftregisteret sine årsrapportar. Gjennomgangen viser at føretaka ikkje når alle kvalitetsmåla som gjeld uttak av lymfeknutar ved utgreiing av brystkreft (Helse Førde), kurasjonsgrad ved lungekreft (Helse Førde og Helse Fonna) og reseksjonsrand for tumorar ved prostatakraft (Helse Stavanger). Svake resultat kan skuldast fleire forhold, men kan òg indikere ulikskap i kvaliteten på behandlinga ved føretaka.

I einskilde høve kan svake resultat på nasjonale kvalitetsindikatorar indikere feil i føretaka si rapportering til Kreftregisteret. Internrevisjonen meiner at det er viktig at føretaka avdekkjer eventuelle feil i rapporteringa, for å utelukke andre årsaker til svak måloppnåing. Vidare er det viktig at feilkjelda blir korrigert, både for å bidra til korrekte tal på regionalt og nasjonalt nivå, og at føretaka kan nytte resultata på kvalitetsindikatorane aktivt som del av kvalitetsarbeidet. Etter internrevisjonen si vurdering, er det viktig at føretaka systematisk gjennomgår tala og identifiserer årsaker til den låge måloppnåinga og vurderer tiltak for å betre resultata.

5 ORGANISERING AV PAKKEFORLØPA

Forløpskoordinatorane spelar ei sentral og avgjerande rolle for å sikre koordinering og framdrift i pakkeforløpa ved føretaka. Vidare har føretaka rutinar og praksis som sikrar velfungerande MDT-møte. Samhandling mellom einingar og fordeling av oppgåver knytt til pakkeforløpa er ikkje alltid skriftleggjort. Føretaksleiingane mottar rapportering på føretaka si etterleving av dei totale forløpstidene. Føretaka har ikkje nødvendigvis klare system for å monitorere tidsbruk og eventuelle flaskehalsar i dei ulike fasane i pakkeforløpa.

5.1 Innleiing

I dette kapittelet svarar vi på følgande problemstillingar:

- I kva grad er pakkeforløpa organisert på ein måte som bidreg til å sikre rask diagnostikk og rett behandling utan ikkje-medisinsk grunna ventetid?
- Har helseføretaka etablert tilfredsstillande system og rutinar for å sikre etterleving av pakkeforløpa?
- I kva grad blir pakkeforløpa monitorerte for å sikre systematisk forbetring og kvalitetsarbeid?

Internrevisjonen har undersøkt om roller og ansvar for pakkeforløpa er tydeleg definert og kommunisert, og om føretaka sikrar at relevante legespesialitetar med tilstrekkeleg avgjerdskompetanse og mynde er representert i multidisiplinære teammøte. Vidare har internrevisjonen undersøkt om føretaka har oversikt over avvik frå forløpstider og andre parameterar som grunnlag for forbettringsarbeid.

5.2 Revisjonskriterium

Basert på Helsedirektoratet sin informasjon om pakkeforløp for kreft skal helseføretaka:

- Sikre at pakkeforløpa blir implementerte og følgt opp.
- Legge til rette for eit godt organisert pasientforløp utan unødig ventetid.
- Etablere forløpskoordinatorar som skal sikre samanhengande aktivitetar i heile pakkeforløpet, det vil seie utgreiing, initial behandling og oppfølging utan unødig ikkje-medisinsk grunna ventetid.

- Etablere møte for multidisiplinære team (MDT), med føremål om at kliniske avgjerder i pakkeforløpet blir tatt på best mogleg tverrfagleg grunnlag med deltaking av nødvendige fagprofesjonar.¹¹⁹

5.3 Fordeling av roller og ansvar i samband med pakkeforløpa

Roller og ansvar i samband med pakkeforløp for kreft går fram av regional rutine for forløpskoordinatorar for pakkeforløp i Helse Vest. Det blir påpeikt i rutinen at dei regionale rutinane først og fremst skal sikre gode samarbeidsrutinar på tvers av føretaka, samt gi dei nødvendige regionale føringane. I tillegg må det gjerast lokale tilpassingar.¹²⁰

5.3.1 Overordna leiing

Jamfør regional rutine, har **klinikkdirektør** det overordna ansvaret for implementering og gjennomføring av pakkeforløp for kreft. **Avdelingsleiar** har ansvar for å peike ut forløpsansvarlege for kvart pakkeforløp, som har avgjerdsmyndigheit på vegner av avdelingsleiar.¹²¹ Det er ikkje utarbeidd ytterlegare operasjonalisering av klinikkdirektør og avdelingsleiar sitt ansvar i samband med pakkeforløp for kreft, utanom i Helse Bergen der det er tydeleggjort kva klinikkdirektørar og avdelingsleiarar som har ansvar for dei ulike pakkeforløpa.¹²²

5.3.2 Forløpskoordinator

Alle helseføretak som greier ut og behandlar kreft skal etablere forløpskoordinatorar som skal sikre samanhengande aktivitetar i heile pakkeforløpet. Det vil seie utgreiing, initial behandling og oppfølging utan unødig ikkje-medisinsk grunna ventetid.¹²³ Forløpskoordinatorane skal også ha ansvar for at kvar enkelt pasient får eit godt forløp i sjukehuset, og vere sentrale i arbeidet for å sikre gode rammer for gode pasientforløp. I tråd med regional rutine skal forløpskoordinator også ha ansvar for å melde inn utfordringar knytt til mellom anna kapasitet, registrering og samarbeid.¹²⁴

Jamfør regional rutine, er forløpskoordinatorane sine arbeidsoppgåver å vere pasienten sin kontaktperson og vere tilgjengeleg for pasientar, pårørande og samarbeidspartnarar. I tillegg er koordinatorane ansvarlege for informasjon, rettleiing og oppfølging av pasientar og pårørande frå tilvising og fram til behandlingsstart. Dei er også ansvarlege for planlegging av pasientforløpet frå tilvising til behandlingsstart i tett samarbeid med ansvarleg lege, i tillegg til

¹¹⁹ Helsedirektoratet. [Generell informasjon for alle pakkeforløpene for kreft](#). 14.10.2016.

¹²⁰ Helse Bergen. *Regional rutine for forløpskoordinatorer for pakkeforløp kreft i Helse Vest*. Gyldig frå/til 22.09.2021/22.09.2023.

¹²¹ Helse Bergen. *Regional rutine for forløpskoordinatorer for pakkeforløp kreft i Helse Vest*. Gyldig frå/til 22.09.2021/22.09.2023.

¹²² Intervju med leiing i Helse Bergen.

¹²³ Helsedirektoratet. [Generell informasjon for alle pakkeforløpene for kreft](#). 14.10.2016.

¹²⁴ Helse Bergen. *Regional rutine for forløpskoordinatorer for pakkeforløp kreft i Helse Vest*. Gyldig frå/til 22.09.2021/22.09.2023.

at dei skal ivareta eit godt samarbeid med alle involverte avdelingar, spesialistar, andre sjukehus og deira forløpskoordinatorar. Det er forløpskoordinatorane ved dei ulike føretaka som skal ha dialog dersom det er behov for overføring av pasientar mellom føretak. Dei to forløpskoordinatorane skal saman sikre ein saumlaus og rask overgang mellom føretaka. Forløpskoordinatorane skal også organisere og delta i MDT-møte og sikre korrekt koding av forløpstider i samarbeid med ansvarleg lege og dedikert merkantilt personell.¹²⁵ Kva oppgåver som ligg til forløpskoordinatoren når det kjem til registrering i DIPS kjem tydeleg fram i den regionale prosedyren for pakkeforløp kreft (DIPS ARENA).¹²⁶ Forløpskoordinator si rolle og ansvarsområde som kjem fram i intervju samsvarar med det som er skriftleggjort i regional rutine.

Alle dei fire sjukehusføretaka har forløpskoordinatorar til pakkeforløpa. Det er i hovudsak ein dedikert forløpskoordinator per pakkeforløp ved kvart føretak, medan det er to forløpskoordinatorar på pakkeforløp for brystkreft i Helse Stavanger, og tre i Helse Bergen. Desse har ansvar for ulike delar av pakkeforløpet. Helse Bergen har også to forløpskoordinatorar på pakkeforløp for lungekreft.

I tillegg har internrevisjonen blitt opplyst om at alle føretaka har ein forløpskoordinator som har ein overordna funksjon. Helse Fonna har utarbeidd ei funksjonsskildring for overordna forløpskoordinator for pakkeforløp for kreft. I samsvar med denne, er det overordna forløpskoordinator sitt ansvar at det i samarbeid med forløpskoordinatorane for kreft blir sikra kontinuitet i pasientbehandlinga og bidra til godt tverrfagleg samarbeid. Den overordna forløpskoordinatoren skal også gi råd til sjukehuset si leiing, og halde seg fagleg oppdatert innan sitt område ved å delta på møte, kurs og konferansar innan fagfeltet som blir arrangert på RHF/nasjonalt nivå. Det ligg også fleire arbeidsoppgåver til dei overordna koordinatorane, slik som opplæring i pakkeforløpsregistrering for nye forløpskoordinatorar, samt overvake rapporterte pakkeforløpsdata sendt frå NPR ein gong per månad.¹²⁷ Helse Stavanger opplyser at føretaket har ein eigen rutine for føretaket si overordna forløpskoordinator. Dei andre føretaka har ikkje ei funksjonsbeskriving eller rutine for deira overordna forløpskoordinator.

I intervju med forløpskoordinatorane i dei fire føretaka kjem det fram at dei opplever rolla og ansvaret sitt som tydeleg. I Helse Fonna blir det påpeikt at strukturen med ein overordna forløpskoordinator og dedikerte forløpskoordinatorar for dei andre krefttypene blir opplevd som god, og legg til rette for å sikre hensiktsmessig struktur på arbeidet og oppfølginga av pakkeforløpa.

¹²⁵ Helse Bergen. *Regional rutine for forløpskoordinatorer for pakkeforløp kreft i Helse Vest*. Gyldig frå/til 22.09.2021/22.09.2023.

¹²⁶ Helse Vest. *Regional prosedyre – Pakkeforløp kreft (DIPS ARENA)*, Gyldig frå/til: 19.11.24/i.d.

¹²⁷ Helse Fonna. *Stillingsbeskrivelse - Funksjonsbeskrivelse overordnet forløpskoordinator – pakkeforløp kreft*. 18.01.2024.

I nærast alle intervju blir forløpskoordinatorane trekt fram som ei vesentleg rolle i organiseringa og gjennomføringa av pakkeforløpa. Alle forløpskoordinatorane opplever at dei har tilstrekkeleg kapasitet til å følgje opp sine pasientar og pakkeforløp, men påpeiker at det tidvis er tidkrevjande og hektisk. Forløpskoordinatoren si rolle blir opplevd som viktig for å identifisere sårbarheiter i pakkeforløpa, og løfte desse opp til leiinga.

5.3.3 Multidisciplinære team (MDT)

Multidisciplinære team (MDT) er team samansette av helsepersonell frå ulike faggrupper for å sikre optimal diagnostikk og behandling.¹²⁸ Av regional rutine går det fram at alle avgjerder om behandlingsval i pakkeforløp for kreft skal skje i MDT-møte med alle aktuelle fagspesialitetar til stades.¹²⁹ Føremålet er at kliniske avgjerder i pakkeforløpet blir tatt på best mogleg tverrfagleg grunnlag med deltaking av nødvendige fagprofesjonar.¹³⁰

Det finst både lokale og regionale rutinar for organisering, oppmelding og gjennomføring av MDT-møte.¹³¹ Nokre av føretaka har også egne prosedyrar og rutinar for dei ulike MDT-møta. Det blir gjennomført MDT-møte kvar veke for alle dei fire krefttypene. Nærmast alle behandlararar som er intervjuet i samband med internrevisjonen, og som deltar på enten regionale eller lokale MDT-møte opplever at møta fungerer føremålstenleg, og at dei som skal delta på møta, møter og stiller førebudd.

MDT-møte, Lungekreft

Det blir arrangert regionale MDT-møte for lungekreft kvar veke der alle fire føretaka deltar. Dei fleste pasientar som er aktuelle for kurativ behandling skal bli tatt opp på det regionale MDT-møtet.¹³² For lungekreft er nærmast all kirurgisk behandling sentralisert i Bergen, og diskusjon av pasientane i regionalt lunge MDT blir trekt fram som viktig for at pasientar frå dei fire føretaka blir prioriterte likt. Det blir også arrangert lokale lunge MDT-møte i alle dei fire føretaka.

MDT-møte, Prostatakraft

Det er ikkje eit felles regionalt MDT-møte for pakkeforløp for prostatakraft for alle dei fire føretaka. Det blir gjennomført lokale MDT-møte i Helse Førde, Helse Bergen og Helse Stavanger. Som nemnt i kapittel 3.5.4 og 4.3.4 blir all kirurgisk behandling og strålebehandling for prostatakraft gjennomført i Helse Stavanger eller Helse Bergen. Pasientar frå dei andre føretaka får behandlingane i Helse Bergen. Pasientar i pakkeforløp for prostatakraft som kjem frå Helse

¹²⁸ Kreftregisteret. Resultater og forbedringstiltak fra nasjonalt kvalitetsregister for prostatakraft. 2023.

¹²⁹ Helse Vest. Regional prosedyre - Oppmelding til regionalt MDT-møte i DIPS. Gyldig frå 21.01.25.

¹³⁰ Helsedirektoratet. [Generell informasjon for alle pakkeforløpene for kreft](#). 14.10.2016.

¹³¹ Helse Vest. Regional prosedyre - Oppmelding til regionalt MDT-møte i DIPS. Gyldig frå/til: 21.01.25/21.01/27.

¹³² I Helse Stavanger blir ikkje alle pasientar som er aktuelle for kurativ behandling tatt opp på regionalt MDT. Føretaket tar konkomitante og stereotaksipasientar på føretaket sitt lokale MDT-møte.

Førde og Helse Fonna blir diskuterte på MDT-møte i Helse Bergen. Helse Fonna har på bakgrunn av dette ikkje eit eige lokalt MDT-møte for prostata.

MDT-møte, Tjukk- og endetarmskreft

I Helse Bergen blir det arrangert lokalt gastrologisk MDT-møte, med deltakarar frå både Haukeland og Haraldsplass. Helse Førde, Helse Stavanger og Helse Fonna har også eigne lokale gastrologiske MDT-møte.

MDT-møte, Brystkreft

Innanfor pakkeforløp for brystkreft blir det arrangert lokale mamma MDT-møte kvar veke i alle dei fire føretaka. Det blir også gjennomført eit felles mamma MDT-møte mellom Helse Bergen og Helse Førde. I intervju blir det opplyst at møtet er etablert for å bidra til fagleg konferering mellom dei to føretaka og alle brystkreftpasientar som er utgreidde i Helse Førde blir tatt opp på møtet.¹³³

MDT-møte, Polypp

I tillegg til MDT-møta som blir arrangert i dei fire pakkeforløpa, blir det også gjennomført eit eige MDT-polyppmøte leia av Helse Bergen, der Helse Førde og Helse Fonna deltar. Møtet blir gjennomført for å diskutere pasientar som er aktuelle for fjerning av polyppar¹³⁴ i tarmen med metoden «endoskopisk fjerning av polypp i endetarmen» (ESD). Deltakarane i dette møtet opplever det som svært nyttig. Det blir opplyst at Helse Stavanger gjennomfører eit eige MDT-polyppmøte, og pasientar i Helse Stavanger får ikkje tilbod om ESD (sjå kapittel 4.3.2).

5.3.4 Ansvarleg behandlande lege

Ansvarleg behandlande lege har det medisinsk faglege ansvaret under heile pakkeforløpet.¹³⁵ Vedkommande skal delta i MDT-møte for presentasjon av pasient, og har i samanheng med møta ansvar for å skrive oppmeldingsnotat¹³⁶ og sikre at dette blir sendt til korrekt mottakar. Vedkommande har òg ansvar for å melde frå til forløpskoordinator om vurderingar og behandlingar. Etter MDT-møta skal ansvarleg behandlande lege skrive eit samandrag og opprette elektronisk tilvising til korrekt instans dersom det ikkje allereie er gjort.¹³⁷

¹³³ Helse Bergen og Helse Førde. Vedlegg til avtale mellom Helse Bergen og Helse Førde om kompenserende tiltak knytt til kreftkirurgisk verksemd. Utan dato.

¹³⁴ Polyppar er ei fellesnemning på svislar i hud og slimhinner.

¹³⁵ Helse Bergen. Prosedyre - Regional rutine for forløpskoordinatorer for pakkeforløp kreft i Helse Vest. Gyldig frå/til 22.09.2021/22.09.2023.

¹³⁶ Oppmeldingsnotatet inneheld viktig informasjon om pasienten, slik som diagnose, sjukehushistorie, undersøkingar og kva spesialitetar som bør delta i møtet.

¹³⁷ Helse Vest. Rutine - Oppmelding til regionalt MDT-møte i DIPS. Gyldig frå 21.01.25.

5.3.5 Andre roller

Ved nokre av føretaka er det også etablert ytterlegare roller i pakkeforløpa. Helse Førde har i tillegg til forløpskoordinatorar, også utpekt eigne forløpsansvarlege for pakkeforløpa. Den forløpsansvarlege er legen som har det medisinsk-faglege ansvaret.¹³⁸

5.3.6 Særleg om fordeling av roller og ansvar i Helse Bergen

I Helse Bergen er det lagt ned eit arbeid med organisering av standardiserte pasientforløp i føretaket. Dette er gjort som ein del av sjukehuset sitt forbetringsarbeid, og arbeidet gjeld for alle nasjonale pakkeforløp til lokale standardiserte pasientforløp. I samband med dette har føretaket etablert ansvarlege einingar, forløpseigarar, forløpsansvarlege og forløpsgrupper, i tillegg til forløpskoordinatorar. Desse har alle viktige roller i dei standardiserte pasientforløpa, som også omfattar pakkeforløpa for kreft:

- Kwart forløp skal ha ei hovudansvarleg avdeling/klinikk. Den **ansvarlege eininga** er eigar av heile eller delar av forløpet.
- **Forløpseigar** skal sørge for at det for kvart forløp blir avklart kven som har medisinskfagleg ansvar, og at det blir utpekt forløpsansvarlege.
- Den **forløpsansvarlege** bør sørge for at det blir etablert ei forløpsgruppe med samarbeidande einingar eller andre aktørar der det er hensiktsmessig.
- **Forløpsgruppene** skal etablerast for å sikre best mogleg samarbeid omkring utarbeiding, innføring og oppfølging av forløpet. Dette gjeld spesielt i dei tilfella der standardiserte pasientforløp kryssar fleire einingar eller fagområde/profesjonar. Det er den forløpsansvarlege som, saman med forløpskoordinator og forløpsgruppa, skal beskrive, følgje opp og forbetre forløpet, og sørge for at det er i samsvar med nasjonale retningslinjer og krav.¹³⁹

Det går fram av saksinnlegg til styret i Helse Bergen at det er etablert forløpsgrupper, med tilhøyrande roller og funksjonar for alle dei fire pakkeforløpa for kreft.¹⁴⁰

5.4 System og rutinar for gjennomføring av pakkeforløp

5.4.1 System og rutinar for vurdering av tilvisingar til pakkeforløp og prioritering av pasientar

Helse Vest har utarbeidd ein regional prosedyre for vurdering av tilvisingar. Prosedyren skal sikre lik vurdering av tilvisingar, og best mogleg datagrunnlag og pasientrettar. Prosedyren skildrar korleis ei tilvising skal vurderast og sendast vidare til oppfølging i journalsystemet DIPS. Prosedyren gjeld for vurderingsansvarleg for tilvisingar.¹⁴¹

¹³⁸ Helse Førde. Prosedyre –Pakkeforløp kreft i Helse Førde. Gyldig frå/til: 26.02.2025/26.02.2027.

¹³⁹ Helse Bergen. Prosedyre – Organisering av standardisert pasientforløp i Helse Bergen. Gyldig frå/til: 03.06.2020/03.06.2022.

¹⁴⁰ Helse Bergen. Saksinnmelding – Oppfølging av pakkeforløp for kreft. 14.06.2021.

¹⁴¹ Helse Vest. Vurdere henvisning. Gyldig frå/til: 13.06.2023/12.06.20215.

I følge regional prosedyre skal vurderande lege vurdere tilvisingar med hastegrad «Pakkeforløp kreft». Vidare skal vurderande lege melde frå til forløpskoordinator for det aktuelle pakkeforløpet. Etter at tilvisinga er vurdert skal vurderande lege eller forløpskoordinator starte pakkeforløpet i DIPS.¹⁴²

Det finst også nokre lokale rutinar for vurdering av tilvising, mellom anna ein prioriteringsretteleiar for vurdering av tilvisingar til brystdiagnostisk senter ved Helse Bergen.¹⁴³ Helse Førde har ein prosedyre for vurdering av tilvising, ventelistehandtering og kontrollrutinar.¹⁴⁴ I Helse Førde sin rutine for pakkeforløp for kreft går det fram kva rutinar føretaket har for vurdering av tilvisingar.¹⁴⁵

Dei fire føretaka har delegert ansvaret for å vurdere tilvisingar i dei fire pakkeforløpa til ulike roller/funksjonar ved føretaka. Det kjem fram av intervju at det i alle pakkeforløpa blir opplevd som klart og tydeleg kven som har ansvaret for å vurdere tilvisingane, men dette ansvaret er ikkje skriftleggjort i rutinar eller prosedyrar ved dei fire føretaka.

Det er fleire legar som har ansvar for å vurdere tilvisingar ved alle pakkeforløpa. I intervju blir det opplyst at det tidlegare ved nokre føretak har vore ei utfordring at ansvaret for å vurdere tilvisingar i dei ulike pakkeforløpa har lege til ein person, men at dette ikkje lenger er tilfelle, og at dei er fleire som deler på ansvaret. Ved sjukdom, ferieavvikling eller anna fråvær blir ansvaret for vurdering av tilvisingar i dei fleste tilfella delegert vidare, slik at det blir sikra at tilvisingar i hovudsak ikkje blir liggjande over lengre tid. Samtidig er det blitt opplyst i intervju at det er tilfelle der tilvisingar ikkje blir vurderte av andre ved fråvær.

Det er utarbeidd generelle nasjonale kriterar for tilvising til pakkeforløp. I hovudsak opplever dei som vurderer tilvisingane at det er tydelege kriterium for kva pasientar som skal inkluderas i pakkeforløpa. Likevel påpeiker fleire behandlarar at kriterium for å bli inkluderte i pakkeforløpa for fleire av krefttypene er for generelle, og at dette kan føre til risiko for at vurderingar av tilvisingar blir personavhengig, og kan bidra til ulik prioritering av pasientar på tvers av føretak og avdelingar.

Forløpskoordinatorane opplyser i intervju at dei har god oversikt over alle pasientar i pakkeforløpa, og slik kan bidra til å sikre at pakkeforløpspasientar blir prioriterte. Føretaka har også egne lister over pasientar som er inkluderte i pakkeforløp. Fleire av føretaka har også system som sikrar at patologiske prøver og radiologiske undersøkingar til pasientar i

¹⁴² Helse Vest. *Prosedyre- Pakkeforløp Kreft (DIPS Arena)*. Gyldig frå/til: 19.11.24/i.d.

¹⁴³ Helse Bergen. *Prioriteringsveileder ved vurdering av henvisninger*. Gyldig frå/til: 14.08.2024/14.11.2025.

¹⁴⁴ Helse Førde. *Prosedyre for Pakkeforløp kreft HFD*. Gyldig frå/til: 31.07.2024/31.07.2025.

¹⁴⁵ Helse Førde. *Prosedyre for Pakkeforløp kreft HFD*. Gyldig frå/til: 31.07.2024/31.07.2025.

pakkeforløp blir prioriterte. Avdelingane har oversikt over pasientar i pakkeforløp, i tillegg til at mellom anna patologisk avdeling ved Helse Førde, Helse Stavanger og Helse Bergen har rutinar for at prøveglas som er frå pakkeforløp for kreft er markerte med ein eigen farge eller med hastegrad «pakkeforløp kreft».

Det er også system for dette ved fleire radiologiske avdelingar i Helse Vest, der det er sett av dedikerte timar til radiologiske undersøkingar for pasientar i pakkeforløp. Helse Stavanger har haldt av egne timar for CT som er dedikert til pasientar i dei ulike pakkeforløpa for kreft. I Helse Stavanger, Helse Fonna og i Helse Bergen er det haldt av egne timar for MR-undersøkingar for pasientar som er inkluderte i pakkeforløp kreft. Forløpskoordinatorar i Helse Stavanger påpeiker at dei avsette timane ikkje alltid dekkjer behova, men at dei kan låne ledige timar som er dedikert til andre pakkeforløp for kreft. Om det ikkje er ledige timar må forløpskoordinator gjere ei prioritering på kva pasient som skal prioriterast først, og andre pasientar må difor vente til neste ledige time. Forløpskoordinator i Helse Stavanger viser til at det hovudsakleg er dei som gjer denne vurderinga, men at dei konferer med lege ved behov. Det blir også opplyst i intervju at det ved behov kan gjerast vurderingar av relevante overlegar om at timar må flyttast for å prioritere pasientar i pakkeforløp.

Det kjem fram i intervju at det er ulikt på tvers av føretaka om pasientar diagnostisert med forstadium til brystkreft (DCIS) blir inkluderte i pakkeforløp for brystkreft. Helse Førde inkluderer ikkje pasientar med DCIS i pakkeforløp for brystkreft, medan dei tre andre føretaka inkluderer desse pasientane i pakkeforløpet.^{146,147} Desse pasientane vil ikkje bli inkluderte i lister over pasientar som er i pakkeforløp brystkreft, og dermed ikkje vere omfatta av system og rutinar skildra over. Behandlarar i Helse Førde opplyser at desse pasientane vil få lik behandling uavhengig av om dei er inkluderte i pakkeforløp eller ikkje, og at desse pasientane følgjer same stega som pasientane i eit pakkeforløp, sjølv om dei ikkje blir registrert i pakkeforløpet. Behandlarar i Helse Førde får likevel ikkje oversikt over fristar for desse pasientane på same måte som pasientar som er inkluderte i pakkeforløpa i dei andre helseføretaka.

5.4.2 System og rutinar for å sikre samhandling og framdrift internt i føretaka

Ved einskilde føretak er det utarbeidd rutinar for samhandling og flyt i pakkeforløpa for pasientar. I Helse Bergen er det utarbeidd ein rutine for overføring av pakkeforløp kreft mellom avdelingar.¹⁴⁸ Helse Bergen har også utarbeidd ein rutine for tilvisingsflyt til radiologiske undersøkingar for pasientar med lokalavansert cancer mamma.¹⁴⁹ Helse Førde har også utarbeidd ein meldingsprosedyre for radiologisk avdeling for pakkeforløp kreft, som gir føringar for korleis avdelinga skal samhandle med forløpskoordinatorar ved mistanke om kreft hos

¹⁴⁶ Helse Førde som inkluderer lågast tal pasientar i pakkeforløp brystkreft (OA1) samanlikna med dei tre andre føretaka i Helse Vest. Sjå kapittel 3.3.

¹⁴⁷ I eit innspel til nasjonal revisjon av forløpstidene i pakkeforløp for kreft, skriv Helse Bergen at dei ønskjer at ikkje alle pasientar med påvist forstadium (DCIS) må inkludrast i pakkeforløpet, eventuelt auke forløpstida frå avslutta utgreiing til start kirurgisk behandling.

¹⁴⁸ Helse Bergen. *Rutine – Overføring av pakkeforløp kreft mellom avdelingar*. Gyldig frå/til: 27.03.2023/27.03.2024.

¹⁴⁹ Helse Bergen. *Prosedyre – Henvisningsflyt til radiologiske undersøkelser for pasienter med lokalavansert ca. mamma*. Uten dato.

pasientar som ikkje er i eit pakkeforløp eller er i eit anna pakkeforløp.¹⁵⁰ Utover dette er det ikkje etablert rutinar for samhandling mellom ulike avdelingar i pakkeforløpa.

I intervju kjem det fram at det er tilfelle der det kan vere utfordringar knytt til tilvising til undersøkingar, kor mellom anna tilvisingar til radiologiske undersøkingar ikkje er merka med hastegrad pakkeforløp. Det blir også peikt på at manglande samhandlingsrutinar kan føre til at ein pasient til dømes kan vere tilvist til radiologisk avdeling av sin fastlege, samtidig som pasienten er tilvist til pakkeforløp hos gastromedisinar. Dette kan medføre at pasienten hamnar i to prioriteringskøar. Forløpskoordinatorane peiker derimot på at dei stort sett alltid klarer å fange opp slike tilfelle, men det er ikkje system eller rutinar som sikrar at slike tilfelle blir fanga opp.

I samband med verifisering av internrevisjonsrapporten har internrevisjonen stilt spørsmål om det ville vere føremålstenleg med spesifikke rutinar for samhandling mellom avdelingar for å sikre flyt i pakkeforløpet. Ein av forløpskoordinatorane svarar følgande:

«Etter å ha jobbet med dette i [fleire] år som forløpskoordinator, har "veien" blitt til underveis og eg har "mine" rutiner i hodet... Usikker om det hadde blitt bedre sjølv om det hadde vore "nedskrevet" i EQS. Eg veit kor eg kan ta kontakt.»

Ein annan forløpskoordinator svarar:

«Vi har jo et samarbeid med rad. avd. Når vi sender henvisning til MR f.eks. blir det bestilt som pakkeforløp. Dersom noe oppstår blir jeg fort kontaktet på tlf. og informert. Men om det spesifikt finnes et dokument formulert det vet ikke jeg. Men samarbeidet med rad avd er utmerket. Og det er absolutt en flyt i arbeidet vårt.»

Det blir òg vist til av forløpskoordinator at gjennom dialog i MDT-møte vil avklaringar og bestilling av timar til undersøkingar bli gjord fortløpande, og vidare blir det òg påpeikt at samlokalisering gir moglegheit for dagleg dialog, noko som reduserer behov for skriftlege rutinar.

¹⁵⁰ Helse Førde. Rutine – Pakkeforløp kreft, meldingsprosedyre. Radiologisk avdeling HFD. Gyldig frå/til: 06.11.2024/06.11.2025.

5.5 Samhandling på tvers av føretaka og private avtalespesialistar

5.5.1 Tilvisingar på tvers av føretak

Det er utarbeidd ein regional rutine for samhandling mellom føretaka¹⁵¹ og ein rutine for elektroniske tilvisingar på tvers av sjukehus i Helse Vest.¹⁵² Det blir i rutinane vist til at tilvisingar kan bli sendt elektronisk på tvers av føretaka i Helse Vest. Vidare kjem det fram at når det gjeld pasientar som er inkluderte i pakkeforløp, skal ein også registrere i tilvisinga om pasienten er i eit pakkeforløp, kva pakkeforløp dette gjeld, og startdato for pakkeforløpet. Det blir presisert at det berre er tilvisingsdokumentet som kan sendast elektronisk, og at det ikkje er mogleg å sende vedlegg.

I intervju blir det peikt på at samhandling om tilvisingar ikkje alltid fungerer godt på tvers av føretak. Det er tilfelle der føretaket ikkje har mottatt ei formell tilvising, men der forløpskoordinatorane likevel har fanga opp i journalnotatet at det er sendt ein beskjed om at pasienten skal ha ei undersøking. Dette gir risiko for at det kan gå lengre tid før forløpskoordinator ser beskjedar om eventuelle undersøkingar, eller at slike beskjedar ikkje blir fanga opp.

5.5.2 Samhandling om undersøkingar ved utgreiing

Pasientar blir ofte utgreidd lokalt før dei blir tilvist til Helse Bergen for eventuelle spesialundersøkingar eller behandling. I tilfelle der det er gjennomført radiologiske undersøkingar, vil bileta som er tatt ved andre sjukehus i regionen vere tilgjengeleg via eit felles system (Sectra).

Det er utvikla standardiserte protokollar for radiologiske prosedyrar i Helse Vest.¹⁵³ Protokollane er tekniske prosedyrar som viser korleis ein skal «køyre» MR- og CT-undersøkingar, og er anbefalingar for beste praksis. I intervju med behandlarar i føretaka blir det likevel påpeikt at kvaliteten på dei radiologiske undersøkingane, eksempelvis CT og MR, varierer på tvers av føretaka. Fagpersonar i avdeling for radiologi i Helse Bergen fortel i intervju at dei ikkje alltid vurderer at det er tilstrekkeleg kvalitet på bileta tatt ved andre føretak (til dømes snittet på MR). Det blir av andre vist til at kvaliteten på det radiologiske utstyret også spelar ei rolle, eksempelvis alder på MR-maskina. Behandlarar i Helse Bergen viser likevel til at det er sjeldan ein tek nye bilete, men at ein brukar dei bileta som føreligg. Samtidig blir det i innspelsmøte med brukarrepresentantar frå Helse Vest, opplyst at pasientar har opplevd å måtte gjennomføre same undersøking fleire gonger ved overflytting mellom føretak.

¹⁵¹ Helse Vest. *Regional prosedyre – Sending av elektronisk henvisning/viderehenvisning mellom virksomheter i spesialisthelsetjenesten i Helse Vest*. 16.05.23.

¹⁵² Helse Vest. *Rutine - Rutine for elektroniske henvisninger på tvers av sykehus i Helse Vest*. Gyldig frå/revisjonsfrist: 18.11.21/18.11.23

¹⁵³ Helse Vest. [Radiologiske prosedyrar](#). 22.04.2025.

Radiolog i Helse Bergen opplyser om at ein del av CT-undersøkingane i føretaket blir sendt til private aktørar for å betre kapasiteten i avdelinga. Private aktørar som har avtale med Helse Vest skal også følgje dei regionale radiologiske protokollar¹⁵⁴ Det blir påpekt at ved å utføre undersøkingane på ein likeverdig måte, kan ein spare pasientane for unødig stråling og risiko. Radiolog i Helse Bergen peiker likevel på at det kan vere utfordrande med bilete som er tatt av private aktørar, ettersom nokre av CT-undersøkingane mellom anna blir gjennomført utan kontrast, som kan gå ut over kvaliteten på bileta. Dette kan medføre at det er ønskeleg å gjennomføre ei ny CT-undersøking i føretaket, med kontrastvæske.

Dei private aktørane nyttar ikkje same system (Sectra) som Helse Vest, og i dei tilfella der pasienten tar bileta hos ein privat aktør, må bileta sendast manuelt. Det blir påpekt i intervju at dersom pasienten tar bilete hos ein privat aktør på ein fredag, kan det hende behandlarar ved Helse Bergen ikkje får tilgang på bileta før etter helga. Det blir vidare opplyst av patologiske avdelingar ved Helse Førde og Helse Fonna at dei kan bruke digital patologi for å sende prøvar digitalt til patologar ved Helse Bergen ved behov. Dette fungerer godt, og det sikrar både raskare utredning og kvalitet ved at prøven blir vurdert raskt av spesialistar. Behandlarar i Helse Bergen stadfestar også at dette fungerer godt.

5.5.3 Samhandling om behandling

Ansvaret for og fordelinga av kirurgisk behandling av pasientar diagnostisert med kreft er forankra i avtalar på tvers av føretaka.¹⁵⁵ I tilfelle der ein pasient skal få behandling eller utgreiing på tvers av helseføretak, opplyser behandlarar at det føreligg ei tydeleg ansvarsfordeling mellom føretaka. I intervju opplyser behandlarane at det sjeldan er usikkerheit om kor pasienten skal opererast, då dei regionale MDT-møta sikrar ei felles vurdering på tvers av føretaka. Helse Bergen bidreg med rådgiving i fleire av føretaka, og i nokre tilfelle drar også personell frå Helse Bergen til andre føretak. Til dømes har kirurg frå Helse Bergen bidratt ved operasjon ved fleire pakkeforløp i dei ulike føretaka.

5.6 Systematisk forbetring og kvalitetsarbeid

Forløpskoordinatorane innhentar informasjon om forløpstider og flaskehalsar og rapporterer dette til føretaksleiinga. Fleire peiker på at forløpskoordinatoren si rolle er viktig for å identifisere sårbarheiter i pakkeforløpa, og løfte desse opp til leiinga. Ved alle føretaka er det etablert ulike former for møtepunkt mellom koordinatorane og overordna leiing, inkludert til dømes fagdirektør, klinikkdirektørar eller administrerande direktør, der utfordringar og forbetringpunkt blir diskuterte. Regelmessigheit og frekvens på desse møta varierer på tvers av føretaka. Gjennom intervju med kliniksjeffar og avdelingsleiarar blir det opplyst om at mål for tidsbruk og kvalitet i pakkeforløpa i liten grad er fordelt ut i klinikkar og avdelingar i føretaka.

¹⁵⁴ Opplyst av behandlarar i Helse Vest i intervju.

¹⁵⁵ Styret i Helse Vest vedtok i styresak 100/19 funksjonsfordeling for kreftkirurgi i regionen. Sjå og tilvising til denne i *Styresak 096/22*. 15.10.22.

Forløpskoordinatorar og leiarar opplyser i intervju at dei nyttar data frå Helse Vest sin rapportportal til å følgje med på etterlevinga av forløpstider i alle pakkeforløp. Det blir vidare opplyst at det primært er dei totale forløpstidene i pakkeforløpa (OF4) som blir regelmessig monitorert, og at ein i liten grad er kjent med etterleving av forløpstida i dei ulike fasane i pakkeforløpa (høvesvis OF1, OF2, OF3).¹⁵⁶ I nokre av intervjua blir det vist til at behandlarar er usikre på om tala for etterlevde forløpsløpstider i dei ulike fasane er korrekte. Fleire peikar likevel på at dei har stor merksemd på tidsbruk i pakkeforløpa generelt, og arbeider så godt dei kan med å redusere tidsbruk innanfor dei rammene dei har.

Det blir i intervju med leiarar og forløpskoordinatorar vist til at resultata frå dei ulike pakkeforløp for kreft (forløpstider og kvalitetsindikatorar) blir rapportert til styra i føretaka.

Helse Bergen skil seg ut blant føretaka, ved at forløpstider i større grad blir monitorert og analysert. Føretaket nyttar eSP, som er eit eige system for monitorering av pakkeforløp, der dei ulike forløpsstega blir monitorert.¹⁵⁷ I eSP kan Helse Bergen følgje både enkeltpasientar og heile forløpsgruppa gjennom forløpet. I intervju blir det vist til at klinikksjefane generelt har god oversikt over forløpstidene. Til dømes viser forløpskoordinator for pakkeforløp for lungekreft at dei har møte på tvers av avdelingar og leiarar som har ei rolle i pakkeforløpet ein gong i halvåret. Dette blir peikt på som nyttig, og bidrar til å løfte utfordringar og flaskehalsar på tvers av føretaket. Slike samarbeidsmøte blir ikkje gjennomført for dei andre pakkeforløpa i Helse Bergen, eller ved dei andre føretaka.

Kreftregisteret presenterer i sine årsrapportar utvalde kvalitetsindikatorar og mål for dei ulike krefttypene. Kreftregisteret møter i årleg Regionalt fagdirektørmøte når nye data blir publisert. Helse Vest RHF opplyser om at helseføretaka også får eigne meir detaljerte rapportar frå Kreftregisteret, at det er dialog mellom Kreftregisteret og helseføretaka. Det er RHF-et si forståing at helseføretaka også vurderer og følgjer opp dei rapportane dei får årleg.

I intervju ved fleire av føretaka går det fram at det ikkje er faste gjennomgangar av kvalitetsindikatorane eller føretaka si måloppnåing på desse ved relevante klinikkar og avdelingar. Likevel blir det opplyst at leiarar og personell vil fange opp om føretaket får «raude» resultat, og at desse blir gjennomgått ved behov. Det er ikkje felles føringar for kva resultata skal vere, for at dei skal løftast opp til føretaksleiinga og adresserast med tiltak. Fleire peiker på at det er vanskeleg å bruke indikatorane fordi statistikken ikkje viser årsakene bak dei «raude» tala, og at i nokre tilfelle er tala basert på eit lite volum pasientar, der einskilte tilfelle med avvik vil ha stor konsekvens på prosenten.

5.7 Vurdering

¹⁵⁶ Sjå nærare omtale av etterlevinga av forløpstider i dei ulike fasane i pakkeforløpa i kapittel 5 og 6.

¹⁵⁷ Helse Bergen opplyser at systemet kjem i tillegg til den regionale rapporten og FHI sin rapport, som finst i Rapportportalen.

Undersøkinga viser etter internrevisjonen si vurdering, at Helse Vest og dei fire føretaka har organisert pakkeforløpa i tråd med overordna nasjonale tilrådingar, og at organiseringa i praksis fungerer godt. Forløpskoordinatorane spelar ei sentral og avgjerande rolle for å sikre koordinering og framdrift i pakkeforløpa. Vidare viser undersøkinga at MDT-møta fungerer hensiktsmessig, og at dei som skal delta på møta, møter og stiller førebudd.

Samtidig viser undersøkinga at praksis for samhandling mellom einingar og fordeling av oppgåver knytt til pakkeforløpa, ikkje alltid er skriftleggjort. Dette gjeld til dømes rutinar for samhandling knytt til tilvisingar som blir sendt mellom avdelingar i føretaka. I praksis går det fram at forløpskoordinatorane sikrar flyt i pakkeforløpa, og at dei fangar opp til dømes tilvisingar med feil hastegrad. Internrevisjonen vil likevel peike på at manglande skriftleggjing av rutinar kan gjere føretaka sårbare ved sjukdom eller fråvær hos forløpskoordinatorane. Etter internrevisjonen si vurdering, kan mangel på rutinar for vurdering av tilvisingar, mellom anna gi risiko for at tilvisingar ikkje blir vurdert til rett tid dersom personar som normalt vurderer tilvisingar ikkje er til stades.

Undersøkinga viser at det er ulik praksis for om pasientar med DCIS (forstadium til brystkreft), blir inkluderte i pakkeforløp brystkreft. Sjølv om det blir vist til at desse pasientane får det same tilbodet som pasientar i pakkeforløpet, vil internrevisjonen vise til at dette vil kunne medføre ein risiko for at pasientane ikkje går fram av dei same prioriteringslistene som pasientar som er inkluderte i pakkeforløpa, og dermed risiko for at desse får lengre ventetid til utgreiingar.

Vidare viser undersøkinga at det er ei utfordring at ikkje alle tilvisingar blir sendt korrekt. I praksis fangar forløpskoordinatorane ofte opp dette i journalnotat til pasientane. Likevel gir dette risiko for at beskjedar om vidare undersøkingar ikkje blir fanga opp når dei skal, og kan bidra til eventuelle forseinkingar i utgreiinga.

Medan forløpskoordinatorane er gitt eit stort ansvar for oppfølging av pasientar og for å sikre koordinerte og smidige pakkeforløp, er roller og ansvar for å sikre at mål for pakkeforløpa blir etterlevde, i liten grad fordelt i leiarlinja. Helse Bergen har i større grad fordelt ansvaret for pakkeforløpa ut i organisasjonen. Internrevisjonen vil samtidig peike på at forløpskoordinatorane ikkje har eit leiaransvar eller har kontroll med prioriteringar i klinikkane eller avdelingane. Etter internrevisjonen si vurdering, bør føretaka vurdere behov for å forankre og sikre eigarskap til målsettingane for pakkeforløpa i større grad ut i leiarlinja i relevante klinikkar og avdelingar, for å sikre at oppfølging og forbetring av pakkeforløpa blir ei integrert del av styringa.

Undersøkinga viser at føretaksleiingane mottar rapportering på føretaka si etterleving av dei totale forløpstidene. Ut over dette, har føretaka i liten grad system for å monitorere tidsbruk i dei ulike fasane i pakkeforløpa. Internrevisjonen vil vise til at informasjon om etterleving av

forløpstider i dei ulike fasane er eit viktig kunnskapsgrunnlag for å sikre målretta tiltak som kan forbetre etterlevinga av forløpstider.

Rapport om kvalitetsindikatorar og mål for dei ulike krefttypene blir publisert ein gong årleg av Kreftregisteret. Undersøkinga viser at det ved fleire av føretaka ikkje er formaliserte faste gjennomgangar av desse i relevante klinikkar og avdelingar. Etter internrevisjonen si vurdering bør systematiske gjennomgangar av både tidsbruk og kvalitet i pakkeforløpa vere ein sentral del av det kontinuerlege forbetringsarbeidet. Måla bør operasjonaliserast og tiltak bør settast i verk basert på resultata, slik at ein når dei kvalitetsmåla som er sett. For at dette skal vere mogleg bør oppfølginga etter internrevisjonen si vurdering skje oftare enn årleg.

6 INFORMASJON, INVOLVERING, MEDVERKNAD OG DIALOG MED PASIENT OG PÅRØRANDE

Føretaka har i liten grad skriftlege rutinar for når og korleis informasjon skal bli gitt til pasienten. Dette gir risiko for ulik praksis blant behandlarane, og at det blir personavhengig korleis informasjonen blir gitt til pasientane.

6.1 Innleiing

I dette kapitlet svarar vi på følgande problemstilling:

- Har helseføretaka etablert tilfredsstillande system og rutinar for å sikre god informasjon, involvering, medverknad og dialog med pasientar og pårørande?

6.2 Revisjonskriterium

Informasjon og samtale med pasient og pårørande er ein viktig del av det samanhengande pakkeforløpet. Helsedirektoratet påpeikar at målet er at pasient og pårørande opplever god informasjon, involvering, medverknad og dialog med helsetenesta, og pasient og lege skal i fellesskap treffe avgjerd om vidare forløp.¹⁵⁸

I samsvar med pasient- og brukarrettigheitslova §3-1 skal føretaka sikre at pasienten blir gitt rett til medverknad ved gjennomføring av pakkeforløpet, inkludert rett til å medverke ved val av tenesteformer, undersøking- og behandlingsmetodar. Vidare skal føretaka sikre at medverknaden blir tilpassa den einskilde sin evne til å gi og motta informasjon.

I samsvar med retningslinjer frå Helsedirektoratet, bør føretaka også sikre at:

- Kommunikasjon med pasient og pårørande skal baserast på respekt og empati, og at informasjon og dialog skjer på ein omsynsfull måte.
- Informasjonen er tilpassa mottakarane sine individuelle føresetnader som til dømes alder, sosial situasjon, språk, uttrykte ønskjer og behov.
- Informasjonen inkluderer avklaring vedrørande forventningar til forløp, inkludert medverknad av pasient og pårørande.
- Informasjonen er konsistent og koordinert.¹⁵⁹

¹⁵⁸ Helsedirektoratet. [Generell informasjon for alle pakkeforløpene for kreft](#). 14.10.2016.

¹⁵⁹ Helsedirektoratet. [Generell informasjon for alle pakkeforløpene for kreft](#). 14.10.2016.

6.3 Rutinar og praksis

Av intervju går det fram at dei tilsette ved føretaka opplever at dei har god oversikt over kven som har kva rolle og ansvar i samband med informasjon og dialog med pasientar og pårørande, og at særleg forløpskoordinatorane har ei sentral rolle i dialogen. Dette går også fram av regional retningslinje for forløpskoordinatorar. I følgje denne skal forløpskoordinatorar vere pasienten sin kontaktperson og vere tilgjengeleg for pasientar, pårørande og samarbeidspartnarar. Forløpskoordinatoren skal også ha ansvar for informasjon, rettleiing og oppfølging av pasientar og pårørande frå tilvising og fram til behandlingsstart.¹⁶⁰ Alle dei fire sjukehusføretaka trekkjer fram forløpskoordinatorane som vesentlege i arbeidet med å sikre informasjon, involvering, medverknad og dialog med pasient og pårørande.

Dei fire føretaka har i liten grad nedfelt skriftlege rutinar for informasjon, involvering og dialog med pasient og pårørande. Oversendt dokumentasjon viser at dette varierer på tvers av pakkeforløp innanfor same føretak. Gjennom intervju kjem det fram at føretaka har praksis for at pasienten får informasjon om mellom anna diagnose og behandlingalternativ, men at det i liten grad er skriftleggjort.

Under følgjer ei skildring av praksis for dei fire føretaka basert på skriftlege svar frå føretaka og intervju.

Helse Bergen opplyser til internrevisjonen at dei i innleiande fase av pakkeforløpa kartlegg pasientane og pårørande sine behov for informasjon, og at det blir gitt individuelt tilpassa informasjon i tillegg til standard prosedyrar.¹⁶¹ Helse Bergen har ein eigen rutine for pasientforløp med lungekreft. Forløpet skal sikre at pasientar og pårørande får den beste utgreiinga, behandlinga, pleie og informasjon basert på kunnskapsbasert medisin og beste praksis.¹⁶² Det går derimot ikkje fram av pasientforløpet når og kva informasjon pasientane og pårørande skal motta, og kven som er ansvarleg for å informere.

Helse Bergen har påbegynt ein prosedyre for organisering av MDT-møte der det går fram at pasientane og pårørande i etterkant av møtet skal få tilpassa informasjon om tilrådd vidare behandlingsforløp. Informasjonen skal bli gitt av oppmeldande lege eller avtalt stadfortredar. Det går fram av utkastet til prosedyren at pasienten kan lese journalnotatet på helsenorge.no straks etter at det er godkjent av lege, og at pasienten difor bør få direkte informasjon før eller like etter notatet blir godkjent.¹⁶³

¹⁶⁰ Helse Bergen. *Retningslinje - Regionale retningslinje for forløpskoordinatorer*. Gyldig frå/til: 30.06.2020/03.06.2022.

¹⁶¹ Helse Bergen sitt skriftlege svar på dokumentførespurnaden i samband med internrevisjonen. Oversendt 7. mars 2025.

¹⁶² Helse Bergen. *Standardisert pasientforløp ved mistanke om lungekreft og bekrefta lungekreft*. Dato: 02.10.20.

¹⁶³ Helse Bergen. *Organisering av multidisiplinært teammøte (MDT-møte)*. Utkast.

Helse Førde har tydeleggjort forløpskoordinator sin rolle og ansvar i rutine for MDT. Av rutinen går det fram at forløpskoordinator har ansvar for å følge opp konklusjonen etter MDT-møte, men at det er legen som ringer pasientane med informasjon. Det går også fram at klinisk avgjerd i pakkeforløpet blir tatt i samråd med pasienten ved første møte.¹⁶⁴

Helse Stavanger opplyser til internrevisjonen at forløpskoordinator skal ha dialog med pasienten, og at det i nokre av pakkeforløpa er praksis at pasienten får informasjon om at det kan vere fint å ta med pårørande på neste undersøking eller oppmøte. Det er utarbeidd egne rutinar for informasjon til pasientar i pakkeforløp for brystkreft. Av rutinane går det fram når pasienten skal få informasjon, kva informasjon som skal gjevast og involvering og informasjon til pårørande. For tjukk- og endetarmskreft blir det opplyst at koordinator kartlegg om det er mindreårige barn som pårørande, og lagar i tilfelle eit barnenotat. Pasientane får også tilbod om hjelp til informasjon til barna.¹⁶⁵ Det går ikkje fram av dokumentasjon at dette er praksis i andre pakkeforløp, eller i andre føretak. For lungekreft blir det opplyst at forløpskoordinator ofte er med på informasjonssamtalen med lege, og skriver eit "referat" som pasienten får med seg med ein gong der det står om diagnose/plan for behandling.

Helse Fonna har ikkje utarbeidd rutinar for informasjon, involvering, medverknad og dialog med pasient og pårørande. Føretaket opplyser til internrevisjonen at det er praksis at alle pasientar får individuell oppfølging per telefon av forløpskoordinator, og at pasientane kan ta kontakt med forløpskoordinator ved behov.¹⁶⁶

Fleire av føretaka har utarbeidd malar for informasjon til pasientar. Det er til dømes malar for informasjon til pasientar som er inkluderte i pakkeforløp for brystkreft i Helse Bergen, ulike malar for innkalling til time og undersøkingar i pakkeforløpa. Nokre av malane er utarbeidd av føretaka sjølve, medan andre er utarbeidd av Helsedirektoratet. Det er etablert malar av ulikt omfang ved alle føretaka, og det er berre Helse Bergen som har utarbeidd malar for alle dei fire pakkeforløpa. Helse Førde opplyser i samband med høyring av rapporten at føretaket har utvikla eit eige informasjonshefte om pakkeforløp kreft med oversikt over forløpskoordinator og deira kontaktinformasjon. Det er dei ulike avdelingane som deler ut heftet til pasient.

¹⁶⁴ Helse Førde. *Rutine – Rutine for tverrfaglege/multidisiplinære team (MDT) innanfor Pakkeforløp for kreft i Helse Førde*. Gyldig frå/til: 31.07.24 /31.07.2025.

¹⁶⁵ Helse Stavanger sitt skriftlege svar på dokumentførespurnaden i samband med internrevisjonen. Oversendt 7. mars 2025.

¹⁶⁶ Helse Fonna sitt skriftlege svar på dokumentførespurnaden i samband med internrevisjonen. Oversendt 27. februar 2025

6.4 Erfaring frå brukarar

Helse Vest har etablert brukarutval både på regionalt nivå og i alle helseføretaka. Brukarutvala er etablert for å sikre at stemmene til pasientar og pårørande blir høyrde, og er samansette av representantar frå brukar- og pasientorganisasjonar.¹⁶⁷ Internrevisjonen har i samband med undersøkinga gjennomført innspelsmøte med representantar frå det regionale brukarutvalet, samt brukarutvala ved dei fire sjukehusføretaka.

Gjennom innspelsmøte kom det fram at det blant brukarrepresentantane er ei opplevd utfordring at informasjonen pasientane får ikkje er konsistent og koordinert, og at det er behov for meir kontroll og å sikre betre systematikk, slik at det blir ei heilskapleg og koordinert tilnærming. Det har mellom anna vore tilfelle der pasientar har fått kontrabeskjedar, noko som har vore til belastning for pasienten. Det er også ei utfordring at fleire pasientar ikkje får informasjon om at dei er inkludert i eit pakkeforløp og kva det eventuelt inneber.

Brukarrepresentantane påpeikar at det er pasientar som opplever informasjonen og dialogen som tilstrekkeleg og positiv. Mellom anna opplever fleire at føretaka gir god informasjon om prosessen rundt behandling og behandlingalternativ.

Måten informasjonen blir gitt på er avgjerande for at pasienten skal få med seg viktig informasjon, og brukarrepresentantane ser at pasientar som får den informasjonen dei skal og har behov for, taklar livet med kreft betre. Ein brukarrepresentant påpeikar at det er forskjell på informasjon og kommunikasjon, og at ein pasient kan ha fått informasjon utan å ha blitt godt informert. Difor er brukarrepresentantane særleg opptatt av at informasjonen som blir gitt til pasientar, blir tilpassa den einskilde pasient sine føresetnader. Det blir særleg peikt på nødvendige tilpassingar som bruk av forståeleg språk, under dette å sikre at ein tar omsyn til språkbarrierar og bruk av forståeleg terminologi. Dette blir også trekt fram av behandlarar som viktig fokus i deira dialog med pasientar. Brukarrepresentantane opplever derimot at dette ikkje alltid er tilstrekkeleg ivarettatt i dialogen med pasientane.

Slik det er per i dag, opplever brukarrepresentantane ved alle sjukehusføretaka at dialog og informasjon er personavhengig, og at det kan vere krevjande for pasientane å få med seg all informasjonen. Brukarrepresentantane ønskjer tydelegare rutinar for når informasjon blir gitt, på kva måte og kva informasjon dei får. Nokre pasientar opplever at informasjon kjem på tidspunkt der dei er lite mottakelege for det, eller har annan informasjon dei treng å prosessere før dei er klare for meir informasjon. Dette gjeld spesielt når dei får informasjon om diagnose, i tillegg til annan viktig informasjon om vidare behandlingssløp eller liknande. Det blir peikt på at

¹⁶⁷ Helse Vest. [Brukarmedverknad](#). Sist oppdatert 24.04.2025.

det ville vore føremålstenleg dersom pasientane kunne få tilbod om å få informasjonen på nytt, slik at dei får meir tid til å fordøye informasjonen dei tidlegare har mottatt.

Det blir trekt fram døme der viktig informasjon blir gitt per telefon, utan at pasienten blir spurt om kvar dei oppheld seg, eller om dei har pårørande eller andre rundt seg. Ein brukarrepresentant nemner døme der pasientar har fått diagnosar eller annan informasjon medan dei står i matbutikken.

Også lettare tilgang på informasjon til pårørande blir trekt fram som nødvendig, då informasjonen dei pårørande no får ofte ikkje blir opplevd som tilstrekkeleg. Det blir mellom anna foreslått at det kan vere videoar eller korte filmsnuttar som kan sendast til pårørande. På denne måten vil ikkje informasjonen som blir gitt vere avhengig av at det er tilstrekkeleg med kapasitet og bemanning for å gi informasjonen.

Ei anna utfordring som blir trekt fram, både i intervju med tilsette i føretaka og frå brukarrepresentantane, er at det har vore tilfelle der pasientar får informasjon via digitale plattformer som helsenorge.no, før dei har fått beskjed via telefon eller ved fysisk oppmøte. Dette kan til dømes vere informasjon om undersøkingar eller prøvesvar. Representantar frå brukarutvala påpeikar at dette kan vere uheldig, og at det er noko som har blitt diskutert i brukarutvala ved fleire høve. Helse Bergen sitt utkast til prosedyre for organisering av MDT-møte tar for seg denne problematikken, og presiserer at pasienten bør få direkte informasjon før eller like etter notatet blir godkjent.¹⁶⁸

Avslutningsvis peikar fleire av brukarrepresentantane på at det er ein svakheit at føretaka i liten grad innhentar pasientar og pårørande sine erfaringar. Det blir mellom anna trekt fram at det ville vore nyttig med brukarundersøkingar, eller andre forum der pasientar og pårørande enkelt kunne delt sine erfaringar og innspel til forbetring. Helse Bergen opplyser i samband med høyring av rapporten om at det i føretaket blir sendt ut pasienterfaringsundersøkingar til alle pasientar i føretaket, som gir grunnlag for forbetring og involvering av pasientane. Undersøkingane kan ikkje hentast ut i forhold til spesifikke diagnosar, men på einingsnivå.

¹⁶⁸ Helse Bergen. *Utkast til rutine - Organisering av multidisiplinært teammøte (MDT-møte)*. Utkast utan dato.

6.5 Vurdering

Undersøkinga viser at forløpskoordinatorane har ei sentral rolle i å sikre informasjon og dialog med pasientar og pårørande, og at føretaka til ein viss grad har etablert ein praksis for at pasientane i etterkant av MDT-møte får informasjon om diagnose og behandlingalternativ.

Samtidig viser undersøkinga at praksis for når og korleis informasjon skal bli gitt til pasienten i liten grad er skriftleggjort i alle dei fire føretaka. Etter internrevisjonen si vurdering medfører dette ein risiko for ulik praksis blant behandlarane og at kva informasjon pasientane får blir personavhengig. Vidare er det ei opplevd utfordring blant fleire av brukarrepresentantane at informasjonen som blir gitt til pasienten ikkje alltid er konsistent eller koordinert, noko som kan vere utfordrande og belastande for pasientane å forhalde seg til. Internrevisjonen vil vise at informasjon som blir gitt til pasientane bør vere konsistent og koordinert, i tråd med Helsedirektoratet sin rettleiar.¹⁶⁹

Det kjem også fram av undersøkinga at føretaka ikkje alltid gir informasjon til pasientar og pårørande som er tilpassa den einskilde sin evne til å motta informasjon. Til dømes kjem det fram at informasjon kan komme på tidspunkt der pasienten er lite mottakelege for det, eller har annan informasjon dei treng å prosessere før dei er klare for meir informasjon. Vidare er det tilfelle der pasientar får informasjon via digitale plattformer før dei har fått beskjed via telefon eller ved fysisk oppmøte. Internrevisjonen vil vise til viktigheita av at informasjon blir tilpassa og gitt på eit tidspunkt der pasienten er mottakeleg for informasjonen, i samsvar med pasient- og brukarrettighetsslova § 3-1. Etter internrevisjonen si vurdering, indikerer undersøkinga at det kan vere behov for felles rutinar eller retningslinjer for når pasientane skal få informasjon, kva informasjon dei skal få, og korleis informasjonen skal bli gitt. Vidare tyder undersøkinga på at det kan vere behov for informasjon som pasientane kan gå tilbake til, da det kan vere krevjande for pasienten å prosessere all informasjon første gang.

I informasjonsskriv til pasientar som har fått påvist DCIS ved Helse Bergen, går det fram at DCIS ikkje er kreft, men forstadium til kreft, og at forstadium ikkje kan spreie seg vidare til andre organ. Etter internrevisjonen si vurdering, er denne informasjonen noko misvisande. Internrevisjonen vil vise til at forstadium til kreft har sannsyn for å bli kreft som kan spreie seg til andre organ. Ei slik formulering med eit skilje mellom forstadium og kreft kan difor vere misvisande for pasientane, då det ofte er snakk om ulike stadium av same sjukdom i motsetning til to ulike tilstandar.

¹⁶⁹ Helsedirektoratet. [Generell informasjon for alle pakkeforløpene for kreft](#). 14.10.2016.

Undersøkinga viser at det ikkje er system i føretaka for å innhente tilbakemelding frå brukarar i pakkeforløp. Etter internrevisjonen si vurdering, vil systematisk innhenting av innspel og erfaringar frå brukarar kunne vere eit viktig kunnskapsgrunnlag for å sikre kontinuerleg forbetring av involvering av pasientar og pårørande.

Det kjem fram i innspelsmøte med brukarrepresentantar at det i nokre tilfelle ikkje er tydeleg kommunisert at pasientane er i pakkeforløp. Internrevisjonen vil vise til at det er ein viktig føresetnad at pasientane er klare over at dei er inkluderte i eit pakkeforløp, og at det er etablert normgivande forløpstider for pakkeforløpa, for at dei skal kunne påverke sitt eige forløp.

7 KODEPRAKSIS, DATAKVALITET OG SYSTEMATISK ARBEID MED PAKKEFORLØPA

Undersøkinga viser at det i fleire tilfelle er ulikt kva tidspunkt dei ulike kodane i pakkeforløpa blir registrert. Kva tidspunkt kodar blir registrert, har betydning for lengda på dei ulike fasane av pakkeforløpa, og vil kunne gi utslag i om føretaka etterlever dei nasjonalt tilrådte forløpstidene for dei ulike fasane. Vidare er det ikkje alltid at kodar blir registrert, noko som at ikkje alle pasientar i pakkeforløpa blir inkludert i statistikken.

7.1 Innleiing

I dette kapittelet svarar vi på følgande problemstilling:

- Er det variasjonar mellom føretaka i kodepraksis for dei utvalde pakkeforløpa?

Internrevisjonen har undersøkt om det er variasjon i kodepraksisen i føretaka og om føretaka har tilfredsstillande system og rutinar for å sikre at rette kodar blir brukt. Vidare blir datakvalitet i føretaka si statistikk knytt til forløpstider kommentert.

7.2 Revisjonskriterium

7.2.1 Krav til koding av forløpstider

For å sikre monitorering av forløpstidene, skal definerte spesifikke kodar leggast inn på ulike hendingar i pakkeforløpa:

- Pakkeforløp start¹⁷⁰
- Utgreiing start/frammøte i spesialisthelsetenesta
- Utgreiing slutt/avgjerd
- Behandling start¹⁷¹

¹⁷⁰ Det er spesifikke kodar knytt til dei einskilde krefttypene. Dette er eksempel frå pakkeforløp for brystkreft..

¹⁷¹ Helsedirektoratet. [Generell informasjon for alle pakkeforløpene for kreft](#). 14.10.2016.

Helsedirektoratet har utarbeidd rettleiarar for pakkeforløp for ulike krefttypar, der det mellom anna er tydelege skildringar av registrering av kodar i pakkeforløpa, og når dei skal registrerast.¹⁷²

Tabell 13: Kodar som skal registrerast i pakkeforløpa

Kode	Beskriving
Start pakkeforløp – tilvising mottatt	Start pakkeforløp og tilvising mottatt skal kodast når: 1. Tilvising merka "Pakkeforløp" blir mottatt i spesialisthelsetenesta. 2. Tilvising som oppfyller krava til pakkeforløp, men ikkje er merka "Pakkeforløp", blir mottatt i spesialisthelsetenesta. 3. Begrunna mistanke om kreft oppstår eller det blir påvist kreft i spesialisthelsetenesta, og dette blir dokumentert i journalen til pasienten. 4. Biletdiagnostikk viser suspekt forandring funnen på mammografiscreening, selektert som tyderesultat 4 eller 5, og der konsensusmøtet stadfestar slik mistanke. 5. Pasientar som har starta pakkeforløp hos avtalespesialist og er delvis eller ferdig utgreidde der.
Utgreiing start -første oppmøte	Utgreiing start -første oppmøte skal kodast når: 1. Oppmøte i sjukehus (poliklinikk, innlegging eller biletdiagnostikk undersøking) eller 2. Oppmøte hos avtalespesialist
Klinisk avgjerd	Denne koden skal bli registrert når endeleg avgjerd om behandling blir tatt i samråd med pasienten. Det er ulike kodar for klinisk avgjerd: 1. påvist kreft 2. påvist ein annan type kreft, 3. påvist annan sjukdom enn kreft 4. ikkje påvist sjukdom.
Oppstart behandling	Koden for oppstart behandling skal kodast ved: 1. Første behandlingsdag, uavhengig om det er hovudbehandling eller neoadjuvant behandling. 2. Dersom pasienten ikkje skal ha behandling, eller berre aktiv overvaking, skal koden registrerast same dag som pasienten blir informert om behandlingsplanen.
Andre kodar skal brukast i forbindelse med pakkeforløpa	1. Pasientvalt utsetting av behandling skal brukast dersom pasienten sjølv har bedt om utsettinga av velferdsgrunnar og det er meir enn sju dagar frå opphavleg time. 2. Overføring til anna helseføretak/sjukehus blir brukt når ansvaret for pasienten blir overført mellom sjukehusa. Koden skal ikkje brukast dersom pasienten berre blir tilvist til ei spesiell undersøking, eller for å innhente råd, utan at behandlingsansvaret blir overført mellom helseføretak/sjukehus.¹⁷³

¹⁷² Helsedirektoratet. [Brystkreft](#). 29. april 2021, Helsedirektoratet. [Tykk- og endetarmskreft](#). 29. april 2022, Helsedirektoratet. [Prostatakreft](#). 29. april 2022, Helsedirektoratet. [Lungekreft](#). 29. april 2022.

¹⁷³ Helse Vest. *Prosedyre- Pakkeforløp Kreft (DIPS Arena)*. Gyldig frå/til: 19.11.24/i.d.

7.3 Praksis for føring av koder i pakkeforløp kreft

Det er forløpskoordinatorane for dei ulike pakkeforløpa som i all hovudsak registrerer kodar i systema. Rutinar for kodeføring for pakkeforløp kreft i Helse Vest er nedfelt i den regionale rutinen for pakkeforløp kreft i Helse Vest.¹⁷⁴ Her blir det skildra korleis ein skal registrere kodane i DIPS, korleis ein skal registrere nye pasientar i pakkeforløp kreft, registrere ulike hendingar og avgjerder, utsetting av behandling, overføring til anna helseføretak eller sjukehus.

Det kjem fram i intervju med forløpskoordinatorar i dei fire føretaka at det er ulik praksis for når kodane i pakkeforløpa blir registrert, både mellom pakkeforløpa, og føretaka. Nedanfor er døme på ulik kodepraksis i fasane som har kome fram gjennom intervju og gjennomgang av statistikk.

7.3.1 Kodeføring i OF1 (frå tilvising mottatt til første frammøte i utgreiande avdeling)

Det kjem fram i intervju med forløpskoordinatorar at det er ulik praksis for når pakkeforløpet blir starta:

- Forløpskoordinatorar for fleire av pakkeforløpa på tvers av dei fire føretaka viser til at dei registrerer koden «tilvising mottatt» når tilvisinga er mottatt. Dette er i samsvar med rettleiaren til Helsedirektoratet.
- Samtidig kjem det fram i intervju at det er tilfelle der koden blir registrert den dagen legen vurderer tilvisinga. Dette gjeld pakkeforløp for prostatakraft i Helse Bergen. Dette vil føre til at det blir registrert kortare tid i første fase, enn det som hadde vore tilfelle om ein hadde registrert tidspunktet for mottak av tilvising.

I både Helse Bergen og Helse Stavanger er det etablert avtalar med private avtalespesialistar som gjennomfører ulike undersøkingar som ein del av pakkeforløpa. Det blir opplyst av forløpskoordinatorar i Helse Bergen og Helse Stavanger at «Mottatt tilvising» blir koda den dagen dei mottar tilvisinga frå avtalespesialisten, og «første oppmøte» blir koda til første oppmøte på sjukehuset. Forløpskoordinatorane kodar ikkje tilbake til første oppmøte hos avtalespesialisten. Dette er ikkje i tråd med koderettleiar der det er ein eigen kode for pakkeforløp start hos avtalespesialist.¹⁷⁵

Vidare blir det gjennom oversendt statistikk over pakkeforløp, identifisert at det er døme på at pakkeforløpet blir starta same dag som pasienten har første oppmøte i helseføretaket.

¹⁷⁴ Helse Vest. *Prosedyre- Pakkeforløp Kreft (DIPS Arena)*. Gyldig frå/til: 19.11.24/i.d.

¹⁷⁵ Helsedirektoratet. *Pakkeforløp for kreft – Beskrivelse av tilbakemelding for Pakkeforløp for kreft til rapporterende enheter*. 20.03.2023.

Dette kan vere rett kodeføring i nokre tilfelle, til dømes i tilfelle der pasienten er innlagd eller følgt på poliklinikken, og der ein får mistanke om kreft.¹⁷⁶

7.3.2 Kodeføring i OF2 (frå første frammøte i utgreiande avdeling til avslutta utgreiing)

Det er ulik kodepraksis for registrering av «klinisk avgjerd» på tvers av pakkeforløpa og helseføretaka. Ifølgje Helsedirektoratet sine retningslinjer, skal koden «klinisk avgjerd» bli registrert når endeleg avgjerd om behandling blir tatt i samråd med pasienten.

I intervju blir det nemt at dei fleste av forløpskoordinatorane registrerer koden for «klinisk avgjerd» når behandlande lege har samtale med pasienten om behandlingssmoglegheiter etter MDT-møtet, i tråd med Helsedirektoratet sin rettleiar.¹⁷⁷ Likevel er dette ikkje alltid tilfelle:

- Det blir opplyst at forløpskoordinator for tjukk- og endetarmskreft i Helse Bergen ofte ringer pasientane same dag som MDT-møtet, og at koden «klinisk avgjerd» blir registrert på dette tidspunktet. Kapasitet blir opplyst som årsaka til at forløpskoordinator, og ikkje lege ringer pasienten etter MDT-møtet for å informere om den endelege kliniske avgjerda.
- Forløpskoordinator for brystkreft i Helse Fonna opplyser at koden for klinisk avgjerd blir registrert når pasienten har første samtale hos kirurg. Dette kan både vere før MDT-møtet, men også før andre tilleggsundersøkingar, der utgreiinga ikkje er ferdig.

I desse tilfella vil koden for «klinisk avgjerd» ofte bli registrert tidlegare enn i andre pakkeforløp. Dette vil kunne gi utslag i kortare forløpstider for OF2, òg dermed lengre forløpstider i OF3. Det blir kommentert av forløpskoordinatorar og behandlarar at tida og kvaliteten på utgreiinga og behandlinga ikkje blir påverka av at det blir koda slik, og at dei hovudsakleg ser på den totale tida i pakkeforløpet (OF4).

¹⁷⁶ Jamfør Helsedirektoratet sine retningslinjer for registrering av kodar.

¹⁷⁷ Til dømes er dette praksis i pakkeforløp prostatakreft, lungekreft og brystkreft i Helse Bergen, og pakkeforløp brystkreft, lungekreft, tjukk- og endetarmskreft i Helse Stavanger.

7.3.3 Kodeføring i OF3 (frå avslutta utgreiing til start behandling)

Ulike faktorar påverkar kodepraksis og forløpstidene i OF3 «oppstart behandling». I oversendt statistikk med uttrekk av forløpstider frå dei fire pakkeforløpa frå Helse Vest er det fleire døme på at det er registrert null dagar mellom «klinisk avgjerd» og «oppstart behandling». I dei tilfella der pasienten skal ha medikamentell behandling, peikar fleire forløpskoordinatorar på at ved oppstart av hormonbehandling vil «klinisk avgjerd» og «start behandling» bli registrert på same dag. Dette fordi pasienten startar behandlinga i samtalen med legen der «klinisk avgjerd» blir registrert. Men det er også døme i statistikken på at det går null dagar frå «klinisk avgjerd» til oppstart av kirurgisk behandling. Dette er truleg feilkoding, ettersom det er få tilfelle der operasjon kan starte opp same dag.

Når ein pasient utset ei behandling kan koden «pasientvalt utsetting av behandling» bli nytta. Fleire forløpskoordinatorar peiker på at det varierer i kva grad koden for «pasientvalt utsetting av behandling» blir brukt. Det blir vist til at det i mange tilfelle ikkje blir prioritert å registrere denne koden. Dermed kan det sjå ut som at pasienten har venta unødige lenge på behandling, når det i praksis er pasienten sitt eige val å utsette behandlinga.

Statistikk frå Helse Vest viser at det i nokre tilfelle ikkje viser sluttdato på einskilde pakkeforløp. Dette blir forklart som feilregistreringar. Som omtalt i neste kapittel, fører dette til at det er feilkjelder i statistikken knytt til tal dagar i nokre pakkeforløp.

Statistikken viser variasjonar i kva grad føretaka nyttar dei ulike behandlingskodane; medisinsk behandling, kirurgisk behandling, stråling eller overvaking utan behandling. Dette kan tyde på at det er ulik praksis for om føretaka registrerer medikamentell behandling som blir gitt før anna behandling (såkalla neoadjuvant behandling). I samsvar med Helsedirektoratet sin rettleiar, skal koden for oppstart behandling kodast ved første behandlingsdag, uavhengig om det er hovudbehandling eller neoadjuvant behandling. For pasientar med prostatakraft, vil det ofte vere aktuelt med medikamentell behandling i forkant av kirurgi eller stråling. Statistikken for pasientar i pakkeforløp for prostatakraft viser at det varierer kor stor prosentdel av pasientar med prostatakraft som blir koda med første behandling som kirurgisk eller medikamentell behandling i dei fire føretaka. Dette kan skuldast ulik praksis for koderegistrering ved føretaka.

7.4 Datakvalitet

Føretaka rapporterer registrerte data for pakkeforløpa til FHI kvar måned. Data frå føretaka blir del av i statistikken i Nasjonalt pasientregister, og er presentert på FHI si nettside for Pakkeforløp kreft.¹⁷⁸ FHI gir tilbakemeldingar på rådata som føretaka har oversendt, og føretaka får høve til å korrigere eventuelle feil eller manglar. Korrigeringar skal føretaka gjere i eige datasystem, og rapporterer dette vidare til FHI ved innsending av data påfølgjande måned.¹⁷⁹ I Helse Fonna blir det til dømes opplyst at forløpskoordinatorane får tilsendt ein Excel-rapport frå EPJ-senteret¹⁸⁰ kvar måned med rapporterte data for månaden før. Koordinatorane har då sjølv ansvar for å gjennom, og retta og korrigera sine forløp.

I Helse Stavanger blir det peikt på at forløpskoordinatorane ikkje alltid kodar i sanntid, men at data blir korrigert månaden etter. Tal før april vil til dømes difor ikkje vere heilt oppdaterte før nye tal kjem i juni. Overordna forløpskoordinator pleier å sjekke annankvar måned dei som ikkje er blitt inkludert i pakkeforløp, og vidareformidlar dette til den aktuelle forløpskoordinatoren. Nokon etterkodar då pasientar, medan andre ikkje gjer det. Det er ikkje interne føringar for at forløpskoordinatorane skal gjere det, då pasienten har fått både utgreiing og behandling.

Helse Vest mottar data frå FHI ein gong i månaden. Denne dataen er allereie bearbeidd av FHI. Denne statistikken er publisert i rapportportalen til Helse Vest RHF, og er tilgjengeleg for alle leiarar og personell i føretaksgruppa, og blir mellom anna nytta som styringsinformasjon for leiinga i føretaka. Med data Helse Vest tidlegare fekk frå FHI var det berre mogleg å gjere analysar av del pakkeforløp som er gjennomførte høvesvis innanfor og utanfor forløpstida.¹⁸¹ Helse Vest mottek no meir detaljert data som gir moglegheit for å gjennomføre analysar av omfanget av dagar over frist. Helse Vest har i løpet av revisjonsperioden utarbeidd ulike kategoriar for fristbrot: opptil 5 dagar utanfor frist, og 6-14 dagar utanfor frist. Kategoriane kan gjere det lettare å lage analysar av trendar i brot på forløpstider, og omfanget av talet på forløp som går langt over frist.

Helse Vest rapporterer på del kreftpasientar som blir inkluderte i pakkeforløpa (OA1) på lik linje som med dei andre indikatorane. Likevel går det fram at tal for OA1 ikkje alltid er like i rapporteringa til Helse Vest og FHI. Analyseavdelinga i Helse Vest RHF opplyser at dette skuldast at det er uklart korleis FHI har berekna denne indikatoren.

¹⁷⁸ Folkehelseinstituttet. [Pakkeforløp kreft](#). Oppdatert med tall for 3. tertial 2024.

¹⁷⁹ Helsedirektoratet. *Pakkeforløp for kreft - Beskrivelse av tilbakemelding for pakkeforløp for kreft til rapporterende enheter*. 20.03.2023.

¹⁸⁰ Det er EPJ senteret som får dataen frå FHI/Norsk pasientregister.

¹⁸¹ FHI har både ei aggregert fil med data frå pakkeforløpa, og ei sensitiv fil. Fram til for eit halvt år sidan mottok Helse Vest berre den aggregerte fila. Med den aggregerte fila og dataen som blei presentert i den, var det ikkje mogleg å gjere analysar av talet på dagar over tilrådd forløpstid. No mottar analyseavdelinga derimot også den sensitive fila, som har mogleggjort meir detaljerte analysar.

Helse Vest må gjere berekningar med indikatorane sjølv for at dette skal kunne visast i rapportportalen, og kjem fram til andre tal enn FHI.¹⁸²

Internrevisjonen har gjennomgått statistikk mottatt frå analyseavdelinga. Statistikken gir oversikt over totalt tal på pakkeforløp innanfor dei fire ulike krefttypene og i dei fire føretaka frå 2022 til 2024. Kvart pakkeforløp (som svarar til ein pasient) er presentert som ei eiga rad, med føretak, dato for start pakkeforløp, start utgreiing og start behandling, i tillegg til tal registrerte dagar for dei ulike fasane i pakkeforløpa. Gjennomgangen viser at det er fleire faktiske og potensielle feilkjelder i datagrunnlaget. Desse er omtalt under.

7.4.1 Manglande registrering i statistikken

I fleire av kolonnane i oversendt statistikk er det blanke felt. Dette er hovudsakleg på grunn av manglande registrering og koding av dato og/eller dagar som er gått i dei ulike delane av pakkeforløpet. Blanke felt blir ekskluderte frå statistikken til Helse Vest og FHI, og dei aktuelle pakkeforløpa blir difor ikkje ein del av statistikken i den fasen dei blanke felte er. Eksempelvis vil ikkje OF2 registrerast i statistikken dersom det er tomme felt i eit pakkeforløp i denne fasen.

Totalt er det i statistikken registrert 9053 pakkeforløp for kreft der den kliniske avgjerda er kreft. For fleire av desse manglar det informasjon og registreringar:

- **399**, tilsvarende om lag 4,4 prosent, av pakkeforløpa manglar startdato for utgreiing og føretaket utgreiinga er starta ved.
- **350**, tilsvarende om lag 3,9 prosent, manglar dato for start behandling, føretaket behandlinga er starta ved og type behandling som er gitt.

Det er fleire stader der det er registrert datoar, men ikkje er registrert tal dagar kvar fasane. Desse blir også ekskludert frå statistikken, sjølv om det er koda på dei aktuelle datoane. Oversendt statistikk viser tal registrerte dagar i fasane i egne kolonnar. Omfanget blanke felt der det ikkje er registrert tal dagar i dei ulike fasane går fram av tabell 14.

¹⁸² Helse Vest har etterspurt ein tydeleg definisjon på OA1 frå FHI, utan å få svar, og har difor utarbeidd ein eigen definisjon som dei har tilpassa slik at den ligg så tett opp til FHI sin som mogleg. Det er uklart for analyseavdelinga i Helse Vest kva som er bakgrunnen for at Helse Vest, med sin definisjon, ikkje får same tal for OA1 som FHI. Tala samsvarar derimot no i større grad enn tidlegare.

Tabell 14: Blanke felt i dei ulike fasane i tal og prosent

Fase	Tal blanke felt	Del blanke felt sett opp mot totale registreringar i fasen
OF1 Frå tilvising mottatt til første frammøte i utgreiande avdeling	403	4,5 prosent
OF2 Frå første frammøte i utgreiande avdeling til avslutta utgreiing	439	4,9 prosent
OF3 Frå avslutta utgreiing til start behandling	847	9,4 prosent
OF4 Frå tilvising mottatt til start behandling	820	9 prosent

Fleire av dei blanke felte burde vore fylt ut då data viser at fasane er gjennomførte.¹⁸³ Mellom anna viser statistikken at fleire av dei blanke felte for tal dagar brukt i OF3 ikkje skulle ha vore blanke, då det er registrert både klinisk avgjerd og dato for start behandling. Dette gjeld for totalt 497 (5,5 prosent) av pakkeforløpa i statistikken. Dette utgjer nærmare 60 prosent av alle tilfella av blanke felt i OF3. På grunn av at blanke felt blir ekskludert i statistikken til Helse Vest og FHI blir dei 497 pakkeforløpa der dagar på OF3 ikkje er registrerte, ikkje synlege i statistikken til Helse Vest eller FHI, sjølv om behandlinga er starta opp og pakkeforløpet er fullført.

7.4.2 Kunstig høge tal

I fleire av pakkeforløpa for kreft, er det spesielt høge tal i nokre av fasane. Felles for fleire av desse er at dato for start av utgreiing er fleire år før dato for starten av pakkeforløpet. I OF2 er det til dømes 5 pakkeforløp som er registrerte med mellom 800 og 2577 dagar i OF2. Det er ikkje klart kva som kan vere årsaka.

Det blir i intervju med forløpskoordinatorar og i dialog med analyseavdelinga Helse Vest RHF opplyst at fleire av tilfella med kunstig høge tal ofte kan ha samanheng med feil kodepraksis, eller mangelfull koding og registrering i pakkeforløpa.

¹⁸³Internrevisjonen har ikkje funne svar på kvifor registreringar ikkje blir gjort automatisk, til trass for at nødvendig data er registrert.

7.5 Vurdering

Undersøkinga viser at det i fleire tilfelle er ulikt kva tidspunkt dei ulike kodane i pakkeforløpa blir registrert. Kva tidspunkt kodar blir registrert, vil ha betydning for lengda på dei ulike fasane av pakkeforløpa, og vil kunne gi utslag i om føretaka etterlever dei nasjonalt tilrådde forløpstidene. Internrevisjonen vil peike på at informasjon om tidsbruk i fasane av pakkeforløpa er eit viktig kunnskapsgrunnlag for at føretaka skal kunne identifisere forbettringsområder og sette inn målretta tiltak. Feil registrering av kodar vil gi utslag i datakvalitet, og vil kunne gi føretaka eit dårlegare avgjerdsgrunnlag i prioriteringsdiskusjonar. Ulik kodepraksis gjer at det ikkje alltid er føremålstenleg å samanlikne etterleving av forløpstider i ulike fasar på tvers av føretaka.¹⁸⁴ Internrevisjonen meiner difor at det er viktig at Helse Vest sikrar rett og lik kodepraksis på tvers av føretaka for å styrke datakvaliteten.

Kodar blir ikkje alltid registrert. Ein konsekvens av dette er at pasientar ikkje blir inkludert i statistikken. I nokre tilfelle kan manglande koderegistrering gi utslag i kunstig høge tal, som vil komplisere analysar av til dømes gjennomsnittstider. Internrevisjonen vil samtidig påpeike at det er positivt at Helse Vest den siste tida har jobba med forbetring og kategorisering av data, som kan bidra til at statistikken i større grad aktivt kan brukast i føretaksgruppa sitt systematiske forbettrings- og kvalitetsarbeid.

¹⁸⁴ I kapittel 3 er det vist til tilfelle der kodepraksis kan påverke forløpstider i dei ulike fasane.

8 KONKLUSJON OG TILRÅDINGAR

Internrevisjonen har undersøkt i kva grad pakkeforløpa for brystkreft, tjukk- og endetarmskreft, lungekreft og prostatakreft blir etterlevde i dei fire helseføretaka i Helse Vest, og om pasientane er likestilte uavhengig av kva føretak dei tilhøyrer. Vidare har internrevisjonen undersøkt om det går unødvendig tid i samband med overføringar av pasientar mellom føretak.

Oppsummert viser undersøkinga at kva føretak pasienten tilhøyrer har betydning både for om pasienten får fullført pakkeforløpet innan tilrådd forløpstid, og kva utgreiings- og behandlingstilbod pasienten får. Undersøkinga viser at organiseringa av pakkeforløpa i hovudsak fungerer godt, men at føretaka har forbettringspotensial når det gjeld systematisk evaluering av pakkeforløpa. Under er ei oppsummering av internrevisjonen sine vurderingar av dei ulike temaa for undersøkinga.

Etterleving av forløpstider: I Helse Vest, er det litt over halvparten av pasientane med bryst-, lunge-, tjukk- og endetarm og prostatakreft som startar behandling og fullfører pakkeforløpet innan tilrådd forløpstid. Undersøkinga viser at føretakstilhøyring påverkar om pasienten får pakkeforløpa gjennomført innan dei nasjonale tilrådde forløpstidene. Til dømes er det nesten dobbelt så stor del pasientar som fullfører pakkeforløp for prostatakreft innan tilrådd forløpstid i Helse Stavanger som i Helse Førde. Undersøkinga indikerer også at pasientar som blir overført til andre føretak for behandling, får eit lengre pakkeforløp enn pasientar som ikkje blir overført.

Sentrale flaskehalsar i pakkeforløpa er knappheit på personell til å vurdere tilvisingar, tolke undersøkingar og gjennomføre behandlingar, og knappheit på radiologisk utstyr og operasjonsstover. Kapasitetsutfordringane knytt til dei ulike undersøkingane og behandlingane varierer mellom føretaka, og gjer difor ulike utslag på tvers av føretak og i ulike fasar av pakkeforløpa. Særleg ventetider til PET/CT (inkl. PSMA-PET), NGS-prøvar og robotkirurgi kan auke risiko for forseinkingar hos pasientar med behov for desse utgreiings- og behandlingsformene.

Likebehandling i utgreiings- og behandlingstilbod: Undersøkinga viser at pasientane i dei fire pakkeforløpa dei fleste tilfelle får eit likt tilbod om utgreiing og behandling. Internrevisjonen har likevel identifisert tilfelle der ikkje alle pasientgrupper har same tilgang til tilgjengelege utgreiingar og behandlingar i regionen. Dette gjeld mellom anna robotkirurgi, som er tilrådd metode for behandling av pasientar med prostata- og endetarmskreft. Medan nær alle med prostatakreft får tilbod om robotkirurgi uavhengig av føretak, er dette ikkje tilfelle for pasientar med endetarmskreft, der tilbodet vil avhenge av føretakstilhøyrslø. Forskjellane i tilbodet til

pasientar gir, etter internrevisjonen si vurdering, risiko for at pasientar i pakkeforløpa ikkje alltid har likeverdig tilgang til utgreiing og behandling.

Internrevisjonen har gjennomgått føretaka sine resultat på nasjonale kvalitetsindikatorar for høvesvis brystkreft, tjuke- og endetarmskreft, prostatakreft og lungekreft som er presentert i Kreftregisteret sine årsrapportar. Gjennomgangen viser at føretaka ikkje når alle kvalitetsmåla som gjeld uttak av lymfeknutar ved utgreiing av brystkreft (Helse Førde), kurasjonsgrad ved lungekreft (Helse Førde og Fonna) og reseksjonsrand for tumorar ved prostatakreft (Helse Stavanger). Svake resultat kan skuldast fleire forhold, men kan òg indikere ulikskap i kvaliteten på behandlinga ved føretaka.

Organisering av pakkeforløpa: Undersøkinga viser at møte i multidisiplinære team (MDT) fungerer hensiktsmessig, og at dei som skal delta på møta, møter og stiller førebudd. Forløpskoordinatorane i føretaka spelar ei sentral og avgjerande rolle for å sikre koordinering og framdrift i pakkeforløpa. Samtidig viser undersøkinga at praksis for samhandling mellom einingar og fordeling av oppgåver knytt til pakkeforløpa, ikkje alltid er skriftleggjort, noko som kan gi risiko for at tilvisingar ikkje blir vurdert til rett tid.

Systematisk arbeid med pakkeforløpa: Ansvar for å etterleve måla i pakkeforløpa er i liten grad tydeleg plassert eller fordelt i leiarlinja i føretaka, med unntak av Helse Bergen. Føretaka har ikkje ei systematisk oppfølging av forløpstider i dei ulike fasane i pakkeforløpa, eller nasjonale kvalitetsmål for dei aktuelle krefttypene. Etter internrevisjonen si vurdering bør systematiske gjennomgangar av både tidsbruk og kvalitet i pakkeforløpa vere ein sentral del av det kontinuerlege forbetningsarbeidet knytt til pakkeforløpa i føretaka.

Informasjon og involvering av pasient: Føretaka har i liten grad system og rutinar for når og korleis informasjon skal bli gitt til pasienten. Det er ei opplevd utfordring blant fleire brukarrepresentantar at informasjonen ikkje er konsistent og koordinert, og at føretaka ikkje alltid gir informasjon til pasientar og pårørande som er tilpassa den einskilde sin evne til å motta informasjon.

Registrering av kodar i pakkeforløpa: Internrevisjonen har identifisert at det ved fleire tilfelle er ulik registrering av kodar, og at kodar ikkje alltid blir ført. Rett og konsistent registrering av kodar på tvers av føretak og pakkeforløp, er avgjerande for at Helse Vest og føretaka har god styringsinformasjon til å arbeide systematisk med forbetring av pakkeforløpa.

Basert på det som kjem fram i undersøkinga, kjem internrevisjonen med nokre felles tilrådingar til RHF-et og føretaka. Vi gjer merksam på at tilrådingane vil gjelde i varierende grad for dei ulike sjukehusføretaka, og at føretaka sjølv må vurdere prioriteringa av ulike tiltak.

Helse Vest RHF og føretaka bør:

1. Fordele roller og ansvar for oppfølging av pakkeforløpa i relevante klinikkar og avdelingar for å sikre etterleving av tilrådde forløpstider og nasjonale kvalitetsmål for krefttypene
2. Etablere systematiske gjennomgangar av tidsbruk, samla og per fase, i pakkeforløpa for å identifisere årsaker til forseinkingar og som grunnlag for å vurdere kompenserande tiltak. Under dette særleg:
 - a. Monitorere forløpstider for pasientane som blir overført til andre føretak og sette i verk tiltak for å unngå unødvendig tidsbruk ved overføring.
 - b. Kartlegge i kva grad kapasitetsutfordringar knytt til PET/CT (inkl. PSMA-PET), NGS og robotkirurgi, påverkar føretaka si etterleving av forløpstider.
3. Systematisk gjennomgå resultat på nasjonale kvalitetsindikatorar for dei spesifikke krefttypene. Under dette særleg:
 - a. Identifisere årsaker til manglande måloppnåing.
 - b. Sikre at feil i rapportering på kvalitetsindikatorane blir korrigert.
4. Vurdere behov for å formalisere prosessar for samhandling og flyt i pakkeforløpa i skriftlege rutinar og/eller retningslinjer.
5. Vurdere behov for skriftlege rutinar og/eller retningslinjer for kva informasjon pasientar skal få, og når og korleis informasjonen skal bli gitt.
6. Sikre at praksis for registrering av kodar i pakkeforløpa er lik på tvers av føretak og pakkeforløp, og i samsvar med rettleiing frå Helsedirektoratet.

9 VEDLEGG 1 – Oversikt over etterlevinga av forløpstider per føretak

Delane under gir oversikt over i kva grad føretaka gjennomførte pakkeforløpa innan tilrådde forløpstider per fase (OF1, OF2, OF3) i pakkeforløpa i 2024.¹⁸⁵

I fleire tilfelle blir pasientar overført for behandling til eit anna føretak enn der pakkeforløpet blir starta. Ein pasient kan difor vere registrert ved ulike føretak i ulike fasar av pakkeforløpet. Høvesvis kan ein pasient som høyrer til og har starta pakkeforløpet i Helse Fonna, vere del av tala til Helse Bergen i siste fasen fram til start behandling (OF3). I den totale forløpstida (OF4), vil likevel desse pasientane reknast inn der pakkeforløpet blir starta, som i dette tilfelle blir Helse Fonna.¹⁸⁶ I praksis betyr dette at tala for OF3 kan vere påverka av overføringar mellom føretak. Forløpstida i den første fasen vil nær alltid ligge hos føretaket der pasienten tilhøyrer, og vere minst påverka av overflyttingar.

9.1 Helse Bergen

Tabellen under viser del pakkeforløp som blir gjennomført innan forløpstida i Helse Bergen, både totalt (OF4) og per fase (OF1, OF2 og OF3), samt del nye kreftpasientar som blei inkluderte i pakkeforløpa (OA1).

Tabell 15: OA1 og forløpstider i Helse Bergen i 2024¹⁸⁷

	Brystkreft	Tjukk- og endetarmskreft	Lungekreft	Prostatakreft
OA1 Del av nye krefttilfelle som utgreiast i eit pakkeforløp	93 % (392 av 421)	83 % (234 av 282)	89 % (271 av 303)	91 % (399 av 437)
OF1 Frå tilvising mottatt til første frammøte i utgreiande avdeling	95%	45%	85%	35%
OF2 Frå første frammøte i utgreiande avdeling til avslutta utgreiing	86%	76%	56%	72%
OF3 Frå avslutta utgreiing til start behandling	43%	57%	68%	64%
OF4 Frå tilvising mottatt til start behandling	67%	62%	57%	46%

¹⁸⁵ Indikatorane blir periodisert noko ulikt. OA1 periodiserast etter dato for innlegginga/kontakten med kreftdiagnosen. OF1 periodiserast etter dato for hending *start utgreiing*. OF2 periodiserast etter dato for hending *klinisk avgjerd*. OF3 periodiserast etter dato for *start behandling*. OF4 periodiserast etter dato for hending *start behandling*.

¹⁸⁶ Dette gjer at dei ulike fasane i eit pakkeforløp i eit føretak ikkje kan summerast opp for å få samla forløpstid i OF4.

¹⁸⁷ FHI. [Pakkeforløp kreft](#). Oppdatert med tall for 3. tertial 2024.

Som det går fram av tabellen over, blir mellom 83 og 93 prosent av alle nye kreftpasientar inkluderte i dei fire pakkeforløpa i Helse Bergen. Helse Bergen har eit relativt høgt volum pasientar i alle pakkeforløpa, men særleg brystkreft og prostatakreft skil seg ut med eit relativt høgt tal på pasientar samanlikna med dei andre føretaka.

Helse Bergen nådde ikkje målet om at 70 prosent av alle kreftpasientane skal starte behandlinga innanfor maksimal forløpstid for nokre av pakkeforløpa i 2024. Føretaket hadde høgst måloppnåing for pakkeforløp brystkreft (67 prosent), og lågast måloppnåing for prostatakreft, der under halvparten av kreftpasientane starta behandling innanfor maksimal forløpstid.

Det varierer i kva grad dei ulike fasane i pakkeforløpa blir gjennomført innan dei tilrådde forløpstidene. Særleg låg var måloppnåinga for pakkeforløp prostatakreft i fasen fram til første frammøte (OF1), samt for pakkeforløp brystkreft i fasen frå avslutta utgreiing til start behandling (OF3).

9.2 Helse Stavanger

Tabellen under viser del pakkeforløp som blir gjennomført innan forløpstida i Helse Stavanger, både totalt (OA1) og per fase (OF1, OF2 og OF3), samt del nye kreftpasientar som blei inkluderte i pakkeforløpa (OA1).

Tabell 16: OA1 og forløpstider i Helse Stavanger i 2024¹⁸⁸

	Brystkreft	Tjukk- og endetarmskreft	Lungekreft	Prostatakreft
OA1 Del av nye krefttilfelle som utgreiast i eit pakkeforløp	84 % (263 av 312)	89 % (272 av 306)	93 % (184 av 197)	82 % (157 av 192)
OF1 Frå tilvising mottatt til første frammøte i utgreiande avdeling	52%	58%	77%	77%
OF2 Frå første frammøte i utgreiande avdeling til avslutta utgreiing	76%	74%	71%	71%
OF3 Frå avslutta utgreiing til start behandling	58%	57%	67%	77%
OF4 Frå tilvising mottatt til start behandling	57%	64%	57%	70%

Som det går fram av tabellen over, blei mellom 83 og 93 prosent av alle nye kreftpasientar inkluderte i dei fire pakkeforløpa i Helse Stavanger. Høgast volum av pasientar var det i pakkeforløp for brystkreft og pakkeforløp for tjukk- og endetarmskreft.

Innan eit av dei fire pakkeforløpa – prostatakreft – nådde Helse Stavanger målet om at 70 prosent av alle kreftpasientane skal starte behandlinga innanfor maksimal forløpstid for nokre

¹⁸⁸ FHI. [Pakkeforløp kreft](#). Oppdatert med tall for 3. tertial 2024.

av pakkeforløp i 2024. Pakkeforløp for brystkreft og lungekreft hadde lågast del pasientar fekk gjennomført pakkeforløp innan tilrådd forløpstid (57 prosent).

Det varierer i kva grad dei ulike fasane i pakkeforløp var gjennomført innan dei tilrådde forløpstidene. Måloppnåinga var i 2024 gjennomgåande høg i for alle fasane i pakkeforløp prostata. Føretaket si måloppnåing var lågast i fasen frå avslutta utgreiing til start behandling (OF3) i pakkeforløp for tjukk- og endetarmskreft og brystkreft.

Pakkeforløp for lungekreft låg på rundt 70 prosent i alle dei tre fasane, men til trass for dette var pakkeforløpets samla måloppnåing på 57 prosent. Dette kan vere på grunn av at pasientar som starta pakkeforløpet i Helse Stavanger, i løpet av pakkeforløpet har vore innom eit anna føretak der pasientane ikkje har gjennomført utgreiing eller starta behandlinga innanfor tilrådd forløpstid. Slike tilfelle vil då ikkje framgå av statistikken til pakkeforløp for lungekreft i Helse Stavanger sin OF2 eller OF3 fase, men vil likevel inkluderast i føretaket sin OF4.

9.3 Helse Førde

Tabellen under viser del pakkeforløp som blir gjennomført innan forløpstida i Helse Førde, både totalt (OF4) og per fase (OF1, OF2 og OF3), samt del nye kreftpasientar som blei inkluderte i pakkeforløp (OA1).

Tabell 17: OA1 og forløpstider i Helse Førde i 2024¹⁸⁹

	Brystkreft	Tjukk- og endetarmskreft	Lungekreft	Prostatakreft
OA1 Del av nye krefttilfelle som utgreiast i eit pakkeforløp	94 % (75 av 80)	91 % (93 av 102)	88 % (49 av 56)	85 % (83 av 98)
OF1 Frå tilvising mottatt til første frammøte i utgreiande avdeling	49%	56%	71%	56%
OF2 Frå første frammøte i utgreiande avdeling til avslutta utgreiing	88%	79%	70%	52%
OF3 Frå avslutta utgreiing til start behandling	47%	48%	54%	91%
OF4 Frå tilvising mottatt til start behandling	57%	73%	68%	36%

Som det går fram av tabellen over, blei mellom 85 og 94 prosent av alle nye kreftpasientar inkluderte i dei fire pakkeforløp i Helse Førde i 2024. Det høgaste talet pasientar var i pakkeforløp for tjukk- og endetarmskreft.

¹⁸⁹ FHI. [Pakkeforløp kreft](#). Oppdatert med tall for 3. tertial 2024.

For eitt av dei fire pakkeforløpa – tjukk- og endetarmskreft – nådde Helse Førde målet om at 70 prosent av alle kreftpasientane skal starte behandlinga innanfor maksimal forløpstid.

Det varierer i kva grad dei ulike fasane i pakkeforløpa var gjennomførte innan dei tilrådde forløpstidene. Føretaket si måloppnåing var lågast i fasen frå avslutta utgreiing til start behandling (OF3) i pakkeforløpa for brystkreft og for tjukk- og endetarmskreft. Pasientar med brystkreft og tjukktarmskreft blir i hovudsak behandla i Helse Førde. Pasientar som blir operert for prostatakraft, lungekreft, og einskilde pasientar med endetarmskreft blir overført til Helse Bergen for dette. Som eksempelet over forklarte, vil desse pasientane frå Helse Førde vere ein del av tala til Helse Bergen i siste fasen fram til start behandling (OF3), men vil vere ein del av den totale forløpstida (OF4) til Helse Førde. Dette kan vere ei årsak til at OF3 er på 91 prosent og for OF4 er på 36 prosent for prostatakraft. I pakkeforløp brystkreft, er det òg ein relativt låg del som kom til første frammøte innan tilrådd forløpstid.

9.4 Helse Fonna

Tabellen under viser del pakkeforløp som blir gjennomført innan forløpstida i Helse Fonna, både totalt (OF4) og per fase (OF1, OF2 og OF3), samt del nye kreftpasientar som blei inkluderte i pakkeforløpa (OA1).

Tabell 18: OA1 og forløpstider i Helse Fonna i 2024¹⁹⁰

	Brystkreft	Tjukk- og endetarmskreft	Lungekreft	Prostatakraft
OA1 Del av nye krefttilfelle som utgreiast i eit pakkeforløp	94 % (124 av 132)	82 % (116 av 141)	91 % (104 av 114)	84 % (76 av 90)
OF1 Frå tilvising mottatt til første frammøte i utgreiande avdeling	64%	44%	77%	58%
OF2 Frå første frammøte i utgreiande avdeling til avslutta utgreiing	92%	87%	53%	46%
OF3 Frå avslutta utgreiing til start behandling	35%	92%	78%	96%
OF4 Frå tilvising mottatt til start behandling	64%	77%	54%	40%

Som det går fram av tabellen over, blei mellom 82 og 94 prosent av alle nye kreftpasientar inkluderte i dei fire pakkeforløpa i Helse Fonna i 2024. Høgast volum av pasientar er det i pakkeforløp for brystkreft, etterfølgt av pakkeforløp for tjukk- og endetarmskreft.

¹⁹⁰ FHI. [Pakkeforløp kreft](#). Oppdatert med tall for 3. tertial 2024.

Innan eit av dei fire pakkeforløpa – tjukk- og endetarmskreft – nådde Helse Fonna målet om at 70 prosent av alle kreftpasientane skal starte behandlinga innanfor maksimal forløpstid for nokre av pakkeforløpa i 2024. Lågast måloppnåing var det i pakkeforløp for prostatakreft, der kun 40 prosent av kreftpasientane starta behandling innanfor maksimal forløpstida.

Det varierer i kva grad dei ulike fasane i pakkeforløpa var gjennomført innan dei tilrådde forløpstidene. Føretaket si måloppnåing var lågast i fasen frå avslutta utgreiing til start behandling (OF3) i pakkeforløpa for brystkreft. På same måte som i Helse Førde, blir pasientar med brystkreft og tjukktarmskreft hovudsakleg behandla i Helse Fonna. Pasientar som blir operert for prostatakreft, lungekreft, og einskilde pasientar med endetarmskreft frå Helse Fonna blir overført til Helse Bergen for operasjon eller stråling. Som forklart over, vil difor desse pasientane frå Helse Fonna, vere del av tala til Helse Bergen i siste fasen fram til start behandling (OF3), men vere ein del av den totale forløpstida (OF4). Dette kan vere ei årsak til at OF3 er på 96 prosent for prostatakreft, og i OF4 er på 40 prosent. Under halvparten av pasientane i pakkeforløp for tjukk- og endetarmskreft starta utgreiinga innan tilrådd forløpstid (OF1).

10 OM INTERNREVISJON

Internrevisjonen skal på vegner av styret i Helse Vest RHF overvake og bidra til forbedringar i føretaksgruppa si verksemdstyring, risikostyring og internkontroll. Det gjer vi i samsvar med dei internasjonale standardane for profesjonell utøving av internrevisjon, slik dei er fastsett av [IIA](#). Les meir på [Helse Vest](#).

Internasjonal definisjon av internrevisjon: "Internrevisjon er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningstjeneste, som har til formål å tilføre verdi og forbedre virksomheten. Gjennom en systematisk og strukturert fremgangsmåte bidrar internrevisjon til at virksomheten når sine mål. Fremgangsmåten går ut på å vurdere og forbedre prosessene for virksomhetsstyring, risikostyring og kontroll, med fokus på å gjøre dem målrettede og virkningsfulle. "

Denne rapporten er utarbeidd av Deloitte på oppdrag frå internrevisjonen i Helse Vest. Prosjektgruppa har bestått av team frå Deloitte (prosjektleder og prosjektmedarbeidarar) og teamet frå internrevisjonen (prosjektteigar).

Helse Vest RHF
Postboks 303 Forus
4066 Stavanger

Telefon: 51 96 38 00
helse-vest.no

