

Vedlegg 3

KRAVSPESIFIKASJON

for

**anskaffelse av polikliniske
radiologitjenester fra private
leverandører**

Saksnummer: 15/00597

Innholdsfortegnelse

| | | |
|------------|---|----------|
| 1.0 | INNLEDNING | 2 |
| 1.1. | INFORMASJON | 2 |
| 2.0 | FORMÅL OG OMFANG | 2 |
| 2.1. | FORMÅL | 2 |
| 2.2. | FØLGENDE TJENESTER ØNSKES..... | 3 |
| 2.3. | FØRINGER FOR LEVERANSEN..... | 3 |
| 3.0 | BESKRIVELSE AV KRAVENE I KRAVSPESIFIKASJONEN..... | 4 |
| 3.1. | INFORMASJON | 4 |
| 4.0 | KRAV TIL YTELSEN | 4 |
| 4.1. | GENERELLE KRAV TIL YTELSENE INNENFOR DEL 1, DEL 2 OG DEL 3..... | 4 |
| 4.1.1. | KRAV TIL PASIENTINFORMASJON | 4 |
| 4.1.2. | KRAV TIL TILGJENGELIGHET | 5 |
| 4.1.3. | KRAV TIL INTERNKONTROLL OG RAPPORTERING..... | 6 |
| 4.1.4. | KRAV TIL ARBEIDSPROSEDYRER | 7 |
| 4.2. | KRAV TIL DEL 1: MR / CT / UL / RG..... | 8 |
| 4.2.1. | KRAV TIL KOMPETANSE OG ERFARING | 8 |
| 4.2.2. | KRAV TIL TEKNISKE LØSNINGER | 9 |
| 4.3. | KRAV TIL DEL 2: PET-CT. | 10 |
| 4.3.1. | KRAV TIL KOMPETANSE OG ERFARING. | 10 |
| 4.3.2. | KRAV TIL TEKNISKE LØSNINGER | 11 |
| 4.4. | KRAV TIL DEL 3: MAMMOGRAFIKONTROLLER ETTER GJENNOMFØRT PRIMÆRBEHANDLING | 12 |
| 4.4.1. | KRAV TIL KOMPETANSE OG ERFARING. | 12 |
| 4.4.2. | KRAV TIL DIAGNOSTIKK..... | 13 |
| 4.4.3. | KRAV TIL TEKNISKE LØSNINGER | 14 |

1.0 Innledning

1.1. Informasjon

Kravspesifikasjonen definerer hvilke områder det skal inngås rammeavtale på og hvilke krav oppdragsgiver stiller til den tjenesten som skal leveres.

Helse Sør-Øst RHF ber tilbyder om å fylle ut skjemaet nedenfor. Besvarelsen av hvert krav bør være så kort og konsist som mulig, men det skal vises til vedlegg der dette er nødvendig. Det må imidlertid fremkomme tydelig i kolonnen "Tilbyders besvarelse" hvor ytterligere informasjon er plassert i tilbudet, slik at oppdragsgiver kan finne relevant dokumentasjon.

For at oppdragsgiver skal kunne gjøre en objektiv vurdering av tilbudene må tilbyderne gi uttømmende informasjon/dokumentasjon i tilknytning til krav i kravspesifikasjonen. Manglende informasjon kan medføre avvising.

De krav og forhold som beskrives her og tilbyders besvarelse, vil være bindende og inngå i rammeavtalen som spesielle kontraktsvilkår.

2.0 Formål og omfang

2.1. Formål

Bakgrunn:

Helse Sør-Øst RHF har ansvar for å sørge for et tilbud av radiologiske/billeddiagnostiske tjenester til innbyggerne i sin region. Dette utøves ved billeddiagnostikk for inneliggende, dag- og polikliniske pasienter i offentlige sykehus og ambulante radiologitjenester mot brukere i kommunale institusjoner, samt ved kjøp av polikliniske radiologiske tjenester fra private leverandører.

Det radiologiske tilbudet i offentlige sykehus og hos private leverandører skal sikre en rask og riktig avklaring av det videre behandlingsforløp for pasienter i helsetjenesten, innenfor både spesialist- og/eller primærhelsetjeneste.

Etterspørsel:

Etterspørselen har vokst ut av takt med kapasitetsutviklingen, noe som også kan skyldes mer komplekse undersøkelser, som krever mer tid til gjennomføring og tolkning. Flere faktorer vil de neste årene påvirke behovet for radiologiske tjenester. Nasjonale faktorer er pakkeforløp, fritt behandlingsvalg og et økende behov for PET-CT.

Overbehandling:

Overbehandling omfatter alle deler av det norske helsevesenet. I alle deler av landet er det store forskjeller i behandlingspraksis og behandling som ikke kan forklares medisinskfaglig. I Norge har man et høyt kostnadsnivå, vi hevder oss godt i sammenlikninger av behandlingsresultat men vi er svake på samhandling. Samtidig er det en sterk vekst i etterspørsel etter helsetjenester, uakseptable ventelister, økende fokus på kvalitetssvikt og markering av politisk handlekraft.

2.2. Følgende tjenester ønskes

Helse Sør-Øst RHF ønsker å inngå avtaler om polikliniske radiologitjenester fra private leverandører. Anskaffelsen omfatter flere modaliteter og undermodaliteter. Fordelingen er basert på en samlet behovsvurdering i forhold til et likeverdig tilbud av offentlige og private polikliniske radiologiske tjenester mellom sykehusområdene.

Det skal ikke gis tilbud på annet enn det som fremkommer i prisskjema, se vedlegg 4.

Anskaffelsen er delt inn i tre deler:

Del 1 omfatter:

- CT - Computertomografi
- MR - Magnetisk resonanstomografi
- RG - Konvensjonell røntgen
- UL - Ultralyd

Del 2 omfatter:

- PET-CT - Positronemisjonstomografi-computertomografi

Del 3 omfatter:

- Mammografikontroller etter gjennomført primærbehandling

Del 1: Tilbudet som inngis av tilbyderne skal omfatte alle modaliteter (CT, MR, RG og UL), med alle angitte undermodaliteter i samme forhold som beskrevet i tabell 1, Modalitetsandeler og estimert volum (NCRP) per sykehusområde 2016 basert på historisk data og behovsvurderinger, pkt. 1.2.2 i konkurransegrunnlaget.

Del 2: Helse Sør-Øst RHF vurderer kjøp av PET-CT. Tilbudet som inngis av tilbyderne skal være i samme forhold som angitt i konkurransegrunnlaget pkt. 1.2.2.

Oslo universitetssykehus HF har i dag et koordineringsansvar som regional inntaksenhet for Helse Sør-Øst og vil derfor være eneste godkjente rekvirent overfor private leverandører av denne tjenesten. Sykehuset Østfold HF vil høsten 2015 overta koordineringsansvar for sitt sykehusområde. Når andre helseforetak etablerer PET-CT tilbud, overtar gitt helseforetak dette ansvaret for sitt respektive sykehusområde. Endringer i forbindelse med denne rutinen i løpet av avtaleperioden vil kommuniseres til avtalepartene.

Del 3: Helse Sør-Øst RHF vurderer kjøp av mammografikontroller etter gjennomført primærbehandling. Helseforetakene i regionen er ansvarlig for behandlingsforløpet til pasienten, men ønsker opsjon på å kjøpe deler av tjenesten eksternt. Det er helseforetakene i Helse Sør-Øst som kan henvise pasienter på denne avtalen.

2.3. Føringer for leveransen

Helsedirektoratet har utarbeidet Nasjonal faglig retningslinjer for billeddiagnostikk ved ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser – Anbefalinger for primærhelsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF forutsetter at henvisninger alltid blir vurdert i forhold til medisinsk faglige kriterier og at tilbyderne sikrer at avtalte undersøkelseshvolumer brukes hensiktsmessig og prioritert på alle områder.

Tilbyder skal bl.a. ta hensyn til de anbefalte forløpstider som Helse- og

omsorgsdepartementet har gitt helseforetakene for utredning og behandling av kreftpasienter, samt henvisninger for pasienter med begrunnet mistanke om kreft. Ved lang ventetid, og/eller ved avslag om time for undersøkelse, skal pasientene informeres om andre alternative løsninger (se pkt. 4.1.1.1).

Leverandørene forplikter seg til å samarbeide med lokalt helseforetak om utviklingen av felles standardiserte protokoller for undersøkelsene (jf. pkt. 4.1.4.5). Det er samtidig en forutsetning at leverandørene tar imot henvisninger også fra sykehusleger, når helseforetak/sykehus har behov for slik hjelp, for eksempel for poliklinisk oppfølging av kreftpasienter, og at det gjøres en relevant sammenligning med resultater fra tidligere undersøkelser der slike foreligger.

3.0 Beskrivelse av kravene i kravspesifikasjonen

3.1. Informasjon

De krav som stilles til ytelsen i pkt. 4 er krav som må tilfredsstilles. Med mindre annet fremgår, skal kravene være oppfylt for samtlige leveringsadresser som omfattes av tilbudet og samstemme med det tilbudte volum. Kravene er satt for å sikre tilfredsstillende kvalitet på de ytelsene som skal gjennomføres under avtalen. Tilbud som ikke tilfredsstillende alle kravene ansees for å ha avvik fra kravspesifikasjonen og kan bli avvist.

Tjenestene kan delvis ytes av en underleverandør. Dersom deler av tjenesten skal ytes av en underleverandør, skal tilbyder også redegjøre for underleverandørens ytelse under de punkter som er angitt nedenfor.

Tilbyders egen beskrivelse vil danne utgangspunktet for Helse Sør-Øst RHF vurdering. Kravene nedenfor skal bekreftes ved egenerklæring samt en kort beskrivelse av systemer eller prosedyrer, der dokumentasjonskrav ikke er spesifikt definert.

4.0 Krav til ytelsen

4.1. Generelle krav til ytelsene innenfor del 1, del 2 og del 3.

4.1.1. Krav til pasientinformasjon

| Pkt. | Beskrivelse av krav: | J/N | Tilbyders besvarelse: |
|---------|---|-----|-----------------------|
| 4.1.1.1 | Tilbyder skal gi pasienter relevant informasjon om alternative undersøkelsessteder under offentlige avtaler eller ved helseforetak og hvordan pasienten skal komme i kontakt med Kontoret for fritt sykehusvalg (KFVS). | | |
| 4.1.1.2 | Tilbyder forplikter seg til enhver tid å benytte de innkallingsbrev som Helse Sør-Øst RHF utarbeider. Se vedlegg 5. | | |

| | | | |
|---------|---|--|--|
| 4.1.1.3 | <p>Tilbyder skal ikke i sin kommunikasjon med pasientene (hverken skriftlig eller muntlig) aktivt henvise til eller reklamere for private behandlingsoalternativer som ligger utenfor avtalen med Helse Sør-Øst RHF. Tilbyder skal heller ikke aktivt hentyde at begrensninger i avtalen er årsak til at pasient ikke får time tidligere.</p> <p>Ved avbestilt time skal neste pasient innenfor avtalen tilbys timen.</p> | | |
|---------|---|--|--|

4.1.2. Krav til tilgjengelighet

| Pkt. | Beskrivelse av krav: | J/N | Tilbyders besvarelse: |
|---------|---|-----|-----------------------|
| 4.1.2.1 | <p>Oppstart av ytelsen er 1.1.2016.</p> <p>For nyetableringer skal oppstart være senest 26 uker etter kontraktsinngåelse</p> <p>Ved oppstart senere enn 1.1.2016, vil avtalen avkortes tilsvarende.</p> <p>Tilbyder må bekrefte at oppstartstidspunktet er praktisk gjennomførbart.</p> | | |
| 4.1.2.2 | <p>Tjenesten skal leveres fra en leveringsadresse som ligger innenfor det sykehusområdet tilbudet gjelder. I tillegg skal lokalene være sikret tilbyder gjennom hele avtaleperioden.</p> <p><u>Dokumentasjon:</u> Angivelse av de tilbudte leveringsadresser vedlagt kopi av leiekontrakt eller tilsvarende dokumentasjon. For nyetablerte virksomheter kan kravet alternativt dokumenteres ved kopi av intensjonsavtale eller tilsvarende dokumentasjon som viser at tilbyder er i en konkret prosess mht. lokaler innen sykehusområdet.</p> | | |
| 4.1.2.3 | Tilbyder skal ha åpent alle | | |

| | | | |
|---------|--|--|--|
| | virkedager (man.-fre.) i perioden f.o.m. 1. januar t.o.m. 31. desember. | | |
| 4.1.2.4 | Tilbyder skal ha en minimums-åpningstid alle virkedager (man. - fre.) på 8 timer i tidsrommet mellom kl. 07.00 – 17.00 og kveldsåpent til kl. 21.00 minimum en av disse dagene i uken. | | |
| 4.1.2.5 | Tilbyder skal redegjøre for hvordan ferie/fravær organiseres. | | |
| 4.1.2.6 | Tilbyders lokaler skal være tilgjengelige for forflytningshemmede. | | |

4.1.3. Krav til internkontroll og rapportering

| Pkt. | Beskrivelse av krav: | J/N | Tilbyders besvarelse: |
|---------|--|-----|-----------------------|
| 4.1.3.1 | Tilbyder skal informere Kontor for fritt sykehusvalg ved ventetider utover det normale, samt beskrive eventuelle rutiner for hvordan dette ivaretas. Ventetider for aktuelle fag-/underområder skal rapporteres til Kontoret for fritt sykehusvalg 1 gang per måned, eller oftere ved endringer. | | |
| 4.1.3.2 | Tilbyder skal ha et forsvarlig system for håndtering av klager fra pasienter, pårørende og allmenheten. Tilbyder skal redegjøre for eventuelle slike saker siste 2 år, samt gi en kort beskrivelse av håndteringen av disse. | | |
| 4.1.3.3 | Evaluering av tjenesten kreves innrapportert til Helse Sør-Øst RHF. Tilbyder skal bruke de til enhver tid gjeldende rapporteringsverktøy som Helse Sør-Øst RHF benytter. | | |
| 4.1.3.4 | Tilbyder skal til enhver tid rapportere på Helse Sør-Øst RHF`s kvalitetsindikatorer. Se vedlegg 6. Dokumentet er under utarbeidelse og endringer kan forekomme. | | |

4.1.4. Krav til arbeidsprosedyrer

| Pkt. | Beskrivelse av krav: | J/N | Tilbyders besvarelse: |
|---------|---|-----|-----------------------|
| 4.1.4.1 | Tilbyder skal ha et system som sikrer at pasienter med mistanke om alvorlig sykdom får undersøkelse uten unødig ventetid. | | |
| 4.1.4.2 | Primærundersøkelser av kreft skal som hovedregel utføres på sykehus. I enkelte tilfeller kan private aktører håndtere kreftkontroller i samspill med sykehuset. I slike tilfeller skal protokoller og tidligere bilder utveksles. | | |
| 4.1.4.3 | Tilbyder skal gjennomføre prosedyrene med protokoller tilpasset aktuell problemstilling. | | |
| 4.1.4.4 | Tilbyder skal legge ved en kortfattet oversikt over protokoller, samt en protokoll/prosedyre per modalitet. | | |
| 4.1.4.5 | Tilbyder skal benytte tilsvarende protokoller som helseforetak/sykehus innenfor det respektive sykehusområdet. | | |
| 4.1.4.6 | Tilbyder skal senest ved kontraktsoppstart ha system for elektronisk overføring av bilder til helseforetak/sykehus (Dicom). Tilbyder bes gi en kort beskrivelse av løsningen. | | |
| 4.1.4.7 | Ved behov for tolketjenester, skal tilbyder være ansvarlig for organisering samt dekning av utgiftene ifm. tjenesten. | | |
| 4.1.4.8 | Tilbyder skal bidra til etter- og videreutdanning av helsepersonell, samt til forskning og forventes å være positiv til at partene i avtaleperioden kan drøfte muligheten for ordninger innenfor dette området. | | |

4.2. Krav til del 1: MR / CT / UL / RG.

4.2.1. Krav til kompetanse og erfaring

| Pkt. | Beskrivelse av krav: | J/N | Tilbyders besvarelse: |
|---------|--|-----|-----------------------|
| 4.2.1.1 | Tjenestene skal leveres etter rekvisisjon fra helsepersonell som av det offentlige er godkjent som rekvirent. | | |
| 4.2.1.2 | Tilbyder skal ha et system som sikrer at pasientene prioriteres i forhold til deres behov for tjenester. | | |
| 4.2.1.3 | Senest fra avtalens ikrafttredelse og ved samtlige leveringsadresser, skal tilbyder ha tilsatt minst én medisinskfaglig ansvarlig lege med spesialistkompetanse innen de aktuelle modaliteter. Punktet skal dokumenteres med fremleggelse av autorisasjon, jf. helsepersonelloven § 48 og godkjenning/autorisasjon som spesialist, evt. dokumentasjon som viser at tilbyder er i en ansettelsesprosess. | | |
| 4.2.1.4 | Tilbyder skal angi stillingsprosent til medisinskfaglig lege(r). | | |
| 4.2.1.5 | Utførende personell skal til enhver tid ha de autorisasjoner og godkjenninger som kreves for vedkommende yrkesgruppe eller spesialitet. Punktet skal dokumenteres med autorisasjon og evt. godkjenning, evt. underskrevet egenerklæring på overnevnte samt en kort beskrivelse. | | |
| 4.2.1.6 | Tilbyder skal legge ved en oversikt over faglige ressurser. Endringer i personalets samlede faglige kvalifikasjoner krever forhåndssamtykke fra oppdragsgiver. | | |
| 4.2.1.7 | Personell som har pasientkontakt skal både forstå norsk og gjøre seg forstått på norsk. | | |

| | | | |
|---------|--|--|--|
| | Tilbyder skal vedlegge en underskrevet egenerklæring på ovennevnte. | | |
| 4.2.1.8 | Tilbyder skal sende svar innen 24 timer til den instans som har henvist en ø-hjelp pasient. Ved alle øvrige henvisninger skal svaret tilgjengeliggjøres for henvisende instans innen fem (5) virkedager. | | |

4.2.2. Krav til tekniske løsninger

| Pkt. | Beskrivelse av krav: | J/N | Tilbyders besvarelse: |
|-------------|---|------------|------------------------------|
| 4.2.2.1 | <p>Radiologisk utstyr/maskinpark skal til enhver tid ikke være eldre enn 7 år.</p> <p>Kravet skal dokumenteres med oversikt over type maskin(er) samt årsmodell(er).</p> | | |
| 4.2.2.2 | <p>Tilbyder skal ha serviceavtaler/garanti på alt radiologisk utstyr/maskinpark.</p> <p>Kravet skal dokumenteres med serviceavtale/garanti eller annen tilsvarende dokumentasjon for service og eventuelt utlån av maskiner fra leverandører ved skade på utstyr.</p> <p>Nyetablerte røntgeninstitutter forplikter seg til å tegne serviceavtaler etter garantiperiodens utløp.</p> | | |

4.3. Krav til del 2: PET-CT.

Del 2: Tjenesten kan inngis som et separat tilbud uavhengig av de andre modalitetene.

4.3.1. Krav til kompetanse og erfaring.

| Pkt. | Beskrivelse av krav: | J/N | Tilbyders besvarelse: |
|---------|--|-----|-----------------------|
| 4.3.1.1 | <p>Senest fra avtalens ikrafttredelse skal tilbyder ha tilsatt minst én ansvarlig spesialist i nukleærmedisin, samt spesialist i radiologi.</p> <p>Spesialist i nukleærmedisin skal inngå i protokoloppsett/beskrivelse av PET lavdose CT undersøkelser, tilsvarende skal en spesialist i radiologi inngå i protokoloppsett/beskrivelse ved diagnostisk CT undersøkelse.</p> <p>Punktet skal dokumenteres med fremleggelse av autorisasjon, jf. helsepersonelloven § 48 og godkjenning/autorisasjon som spesialist, evt. dokumentasjon som viser at tilbyder er i en ansettelsesprosess.</p> | | |
| 4.3.1.2 | <p>Utførende personell skal til enhver tid ha de autorisasjoner og godkjenninger som kreves for vedkommende yrkesgruppe eller spesialitet.</p> <p>Punktet skal dokumenteres med fremleggelse av autorisasjon, jf. helsepersonelloven § 48 og godkjenning/autorisasjon som radiograf/bioingeniør med videreutdanning i nukleærmedisin, evt. underskrevet egenerklæring på overnevnte samt en kort beskrivelse.</p> | | |
| 4.3.1.3 | <p>Tilbyder skal legge ved en oversikt over faglige ressurser. Endringer i personalets samlede faglige kvalifikasjoner krever forhåndssamtykke fra oppdragsgiver.</p> | | |

| | | | |
|---------|--|--|--|
| 4.3.1.4 | Personell som har pasientkontakt skal både forstå norsk og gjøre seg forstått på norsk. Tilbyder skal vedlegge en underskrevet egenerklæring på ovennevnte. | | |
| 4.3.1.5 | Pasienten skal ha time til undersøkelse senest 7 virkedager etter mottatt henvisning. | | |
| 4.3.1.6 | Tilbyder skal sende svar innen 24 timer til den instans som har henvist en ø-hjelp pasient. Ved alle øvrige henvisninger skal svaret tilgjengeliggjøres for henvisende instans innen tre (3) virkedager. | | |
| 4.3.1.7 | Tilbyder skal i sin tolkning av PET-CT undersøkelsen sammenligne med tidligere relevante undersøkelser. | | |
| 4.3.1.8 | Tilbyder skal følge europeiske retningslinjer: FDG PET-CT: EANM procedure guidelines for tumour imaging: version 2.0. Se vedlegg 11. Kravet dokumenteres med egenerklæring. | | |
| 4.3.1.9 | EANM dosekort skal anvendes. EANM dosage card (version 1.2.2014). Se vedlegg 12. Kravet dokumenteres med egenerklæring. | | |

4.3.2. Krav til tekniske løsninger

| Pkt. | Beskrivelse av krav: | J/N | Tilbyders besvarelse: |
|-------------|---|------------|------------------------------|
| 4.3.2.1 | PET-CT utstyr skal være av nyere type time of flight (TOF), eller tilsvarende heldigitalisert system. Kravet skal dokumenteres med beskrivelse av type maskin samt årsmoell. | | |
| 4.3.2.2 | Tilbyder skal ha serviceavtaler/garanti på PET-CT utstyr. | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>Kravet skal dokumenteres med serviceavtale/garanti eller annen tilsvarende dokumentasjon for service og eventuelt utlån av maskiner fra leverandører ved skade på utstyr.</p> <p>Nyetablerte røntgeninstitutter forplikter seg til å tegne serviceavtaler etter garantiperiodens utløp.</p> | | |
|--|--|--|--|

4.4. **Krav til del 3: Mammografikontroller etter gjennomført primærbehandling**

Del 3: Tjenesten kan inngis som et separat tilbud uavhengig av de andre modalitetene.

4.4.1. Krav til kompetanse og erfaring.

| Pkt. | Beskrivelse av krav: | J/N | Tilbyders besvarelse: |
|-------------|---|------------|------------------------------|
| 4.4.1.1 | <p>Senest fra avtalens ikrafttredelse og ved samtlige leveringsadresser, skal tilbyder ha tilsatt minst én medisinskfaglig ansvarlig lege med spesialistkompetanse innen radiologi med mammografikompetanse. Radiologen må ha jobbet med mammaradiologi i minimum ½ år og beherske trippeldiagnostikk (mammografi, ultralyd mamma og intervensjon).</p> <p>Punktet skal dokumenteres med fremleggelse av autorisasjon, jf. helsepersonelloven § 48 og godkjenning/autorisasjon som spesialist, evt. dokumentasjon som viser at tilbyder er i en ansettelsesprosess.</p> | | |
| 4.4.1.2 | Tilbyder skal angi stillingsprosent til medisinskfaglig lege(r). | | |
| 4.4.1.3 | Utførende personell skal til enhver tid ha de autorisasjoner og godkjenninger som kreves for vedkommende yrkesgruppe | | |

| | | | |
|---------|--|--|--|
| | <p>eller spesialitet.</p> <p>Punktet skal dokumenteres med autorisasjon.</p> | | |
| 4.4.1.4 | <p>Tilbyder skal legge ved en oversikt over faglige ressurser. Endringer i personalets samlede faglige kvalifikasjoner krever forhåndssamtykke fra oppdragsgiver.</p> | | |
| 4.4.1.5 | <p>Personell som har pasientkontakt skal både forstå norsk og gjøre seg forstått på norsk.</p> <p>Tilbyder skal vedlegge en underskrevet egenerklæring på ovennevnte.</p> | | |
| 4.4.1.6 | <p>Tilbyder skal etablere et system som kvalitetssikrer mottak av gamle svarrapporter og gamle bilder sendt fra henvisende helseforetak, og logisk knytte dette sammen til rett pasient. Etablering av et slikt system må skje i samarbeide med henvisende helseforetak.</p> | | |

4.4.2. Krav til diagnostikk.

| Pkt. | Beskrivelse av krav: | J/N | Tilbyders besvarelse: |
|-------------|--|------------|------------------------------|
| 4.4.2.1 | <p>Undersøkelsene skal være i overensstemmelse med Nasjonalt handlingsprogramms retningslinjer for diagnostikk av pasienter med brystkreft.</p> | | |
| 4.4.2.2 | <p>Ved mammografikontroller skal det utføres mammografi med minst to projeksjoner av hvert bryst.</p> | | |
| 4.4.2.3 | <p>Ved uavklarte funn tas supplerende undersøkelser (kon/forstørrelsesbilder, ultralyd og evt. biopsi). Ved uavklarte kalkfunn henvises pasienten til det enkelte helseforetak for røntgenveiledet biopsi.</p> | | |
| 4.4.2.4 | <p>Undersøkelsene skal utføres i løpet av måneden før fristen for årskontrollen utløper. Dersom en pasient sist fikk utført</p> | | |

| | | | |
|---------|--|--|--|
| | <p>årskontroll 6. november 2014, så må kontrollen gjennomføres i perioden 6. oktober – 6. november 2015. Leverandøren vil motta tidspunkt for når kontrollen må være foretatt fra henvisende helseforetak.</p> <p>Kravet dokumenteres med egenerklæring.</p> | | |
| 4.4.2.5 | <p>Tilbyder skal i sin tolkning av undersøkelsen sammenligne med tidligere relevante undersøkelser og sende besvarelse tilbake til henvisende helseforetak innen 5 virkedager.</p> | | |

4.4.3. Krav til tekniske løsninger

| Pkt. | Beskrivelse av krav: | J/N | Tilbyders besvarelse: |
|-------------|---|------------|------------------------------|
| 4.4.3.1 | <p>Radiologisk utstyr/maskinpark skal til enhver tid ikke være eldre enn 7 år</p> <p>Kravet skal dokumenteres med oversikt over type maskin(er) samt årsmoell(er).</p> | | |
| 4.4.3.2 | <p>Tilbyder skal ha serviceavtaler/garanti på alt radiologisk utstyr/maskinpark.</p> <p>Kravet skal dokumenteres med serviceavtale/garanti eller annen tilsvarende dokumentasjon for service og eventuelt utlån av maskiner fra leverandører ved skade på utstyr.</p> <p>Nyetablerte røntgeninstitutter forplikter seg til å tegne serviceavtaler etter garantiperiodens utløp.</p> | | |