



**FOLKETINGET  
STATSREVISORERNE**



**FOLKETINGET  
RIGSREVISIONEN**

**April 2024  
– 13/2023**

**Rigsrevisionens beretning afgivet  
til Folketinget med Statsrevisorernes  
bemærkninger**

# **Overholdelse af de maksimale ventetider for kræftpatienter**

13/2023

Beretning om

# overholdelse af de maksimale ventetider for kræftpatienter

Statsrevisorerne fremsender denne beretning med deres bemærkninger til Folketinget og vedkommende minister, jf. § 3 i lov om statsrevisorerne og § 18, stk. 1, i lov om revisionen af statens regnskaber m.m.

**København 2024**

Denne beretning til Folketinget skal behandles ifølge lov om revisionen af statens regnskaber, § 18:

Statsrevisorerne fremsender med deres bemærkning Rigsrevisionens beretning til Folketinget og vedkommende minister.

Indenrigs- og sundhedsministeren afgiver en redegørelse til beretningen.

Rigsrevisor afgiver et notat med bemærkninger til ministerens redegørelse.

På baggrund af ministerens redegørelse og rigsrevisors notat tager Statsrevisorerne endelig stilling til beretningen, hvilket forventes at ske i august 2024.

Ministerens redegørelse, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorernes eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorernes Endelig betænkning over statsregnskabet, som årligt afgives til Folketinget i februar måned – i dette tilfælde Endelig betænkning over statsregnskabet 2023, som afgives i februar 2025.

Statsrevisorernes bemærkning tager udgangspunkt i denne karakterskala:

#### Karakterskala

Positiv kritik	<ul style="list-style-type: none"><li>• finder det meget/særdeles positivt</li><li>• finder det positivt</li><li>• finder det tilfredsstillende/er tilfredse med</li></ul>
Kritik under middel	<ul style="list-style-type: none"><li>• finder det ikke helt tilfredsstillende</li></ul>
Middel kritik	<ul style="list-style-type: none"><li>• finder det utilfredsstillende/er utilfredse med</li><li>• påpeger/understreger/henstiller/forventer</li><li>• beklager/finder det bekymrende/foruroligende</li></ul>
Skarp kritik	<ul style="list-style-type: none"><li>• kritiserer/finder det kritisabelt/kritiserer skarpt/indskærper</li><li>• påtaler/påtaler skarpt</li></ul>
Skarpeste kritik	<ul style="list-style-type: none"><li>• påtaler skarpt og henleder særligt Folketingets opmærksomhed på</li></ul>

#### Henvendelse vedrørende denne publikation rettes til:

Statsrevisorerne  
Folketinget  
Christiansborg  
1240 København K

Tlf.: 3337 5987  
[statsrevisorerne@ft.dk](mailto:statsrevisorerne@ft.dk)  
[www.ft.dk/statsrevisorerne](http://www.ft.dk/statsrevisorerne)

ISSN 2245-3008  
ISBN online 978-87-7434-835-1

# Statsrevisorernes bemærkning

## Beretning om overholdelse af de maksimale ventetider for kræftpatienter

Kræft er samlet set den hyppigste dødsårsag i Danmark, og hvert år bliver ca. 45.000 danskere ramt af sygdommen. Hurtig behandling er ifølge Sundhedsstyrelsen i de fleste tilfælde afgørende for kræftpatienters overlevelse.

En kræftpatient har ret til at starte i behandling inden for 28 dage, efter patienten er henvist til behandling, og maksimalt 14 dage, fra patienten samtykker til behandlingen. Hvis en region ikke kan starte en patients behandling inden for tidsfristen, skal regionen tilbyde patienten at blive behandlet i en anden region, på et privathospital eller i udlandet. Hvis regionen ikke kan finde et andet behandlingstilbud inden for den maksimale ventetid, vil ansvaret for at henvise patienten til et behandlingstilbud overgå til Sundhedsstyrelsen.

Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet har sikret, at kræftpatienter starter i behandling i overensstemmelse med reglerne om maksimale ventetider.

Statsrevisorerne påtaler skarpt, at regionerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet ikke har sikret, at alle kræftpatienter starter i behandling i overensstemmelse med reglerne om maksimale ventetider. Statsrevisorerne kritiserede også den manglende overholdelse af patientrettighederne i 2018 og konstaterer, at ministeriet og regionerne på trods heraf endnu ikke har rettet op på den manglende overholdelse af patientrettighederne.

Statsrevisorerne finder det kritisabelt, at regionerne i stort omfang ikke tilbyder kræftpatienterne behandling et andet sted, når regionerne ikke kan overholde patienternes ret til at starte i behandling inden for den maksimale ventetid.

### Statsrevisorerne

15. april 2024

Mette Abildgaard  
Leif Lahn Jensen  
Mikkel Irminger Sarbo  
Serdal Benli  
Lars Christian Lilleholt  
Monika Rubin

Statsrevisorerne kritiserer skarpt, at regionerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet ikke er enige om, hvad et tilbud om behandling et andet sted skal indeholde, for at patientrettighederne er overholdt. Uenigheden har bl.a. betydet, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet har monitoreret overholdelsen af patientrettighederne på et mangelfuldt og ikke retvisende grundlag, hvilket Statsrevisorerne også kritiserede i 2018.

Statsrevisorerne hæfter sig bl.a. ved følgende resultater fra undersøgelsen:

- Patienterne er i 6 % af forløbene, svarende til 6.400 forløb, ikke startet i behandling inden for tidsfristen for de maksimale ventetider, uden at der har været en gyldig grund. Dette er estimeret ud fra en stikprøve for perioden juli 2019 - juni 2023.
- Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet er 98 % af kræftpatienterne, som regionerne ikke selv har kunnet behandle inden for tidsfristen, ikke blevet henvist korrekt til andet behandlingstilbud. Dermed er deres patientrettigheder ikke overholdt.
- I ca. 3.300 forløb er der givet et tilbud, men der er uenighed mellem regionerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet om, hvorvidt et tilbud lever op til lovkravene.
- Regionernes tolkning af reglerne er, at det er tilstrækkeligt at tilbyde patienten at undersøge mulighederne for et andet behandlingstilbud, mens Indenrigs- og Sundhedsministeriet mener, at regionen skal kunne tilbyde patienten et reelt behandlingstilbud inden for tidsfristen.
- På trods af at det estimeres, at mellem 3.100 og 6.400 patienter ikke har fået overholdt deres henvisningsret, har regionerne kun indrapporteret overskridelse af 745 patientforløb.
- Patienterne har en lovbestemt ret til at blive henvist til Sundhedsstyrelsen for at finde et sygehus, der kan starte behandling inden for de maksimale ventetider, såfremt regionen ikke kan løse opgaven. Denne patientrettighed eksisterer ikke i praksis, da ingen patienter i perioden er blevet henvist til Sundhedsstyrelsen.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i den forbindelse ikke levet op til lovens krav om kendskab til ledig behandlingskapacitet i Danmark og i udlandet.
- Det er ikke påvist, at der er ulighed i ventetiden til behandling for kræftpatienter med forskellig indkomst og uddannelsesniveau.

# Indholdsfortegnelse

<b>1. Introduktion og konklusion .....</b>	<b>1</b>
1.1. Formål og konklusion.....	1
1.2. Baggrund.....	6
1.3. Vurderingskriterier, metode og afgrænsning.....	8
<b>2. Kræftpatienters ret til behandling inden for de maksimale ventetider .....</b>	<b>12</b>
2.1. Kræftpatienters ventetid til behandling .....	12
2.2. Kræftpatienters ret til et andet behandlingstilbud .....	19
2.3. Indenrigs- og Sundhedsministeriets kendskab til ledig behandlingskapacitet.....	24
2.4. Social lighed i kræftpatienters ventetid til behandling .....	27
Bilag 1. Metodisk tilgang .....	28
Bilag 2. Rigsrevisionens kodebog .....	43

Rigsrevisionen har selv taget initiativ til denne undersøgelse og afgiver derfor beretningen til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 101 af 19. januar 2012.

Rigsrevisionens mandat til at gennemføre undersøgelsen følger af § 2, stk. 1, nr. 1, jf. § 3 i rigsrevisorloven, og § 4, stk. 1, nr. 1, jf. § 6 i rigsrevisorloven.

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

I undersøgelsesperioden juli 2019 - juni 2023 har der været følgende ministre:

Magnus Heunicke: juni 2019 - december 2022

Sophie Løhde: december 2022 -

Beretningen har i udkast været forelagt Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne, hvis bemærkninger i videst muligt omfang er afspejlet i beretningen.

# 1. Introduktion og konklusion

## 1.1. Formål og konklusion

1. Denne beretning handler om, hvorvidt regionerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet overholder kræftpatienters lovbestemte ret til behandling inden for en tidsfrist, der betegnes som maksimale ventetider.

2. Kræft er ifølge Sundhedsstyrelsen samlet set den hyppigste dødsårsag i Danmark, og hvert år bliver ca. 45.000 danskere ramt af sygdommen. Antallet af kræfttilfælde har været stigende siden 1987, hvor Sundhedsstyrelsen indførte en systematisk overvågning af nye tilfælde. Hurtig behandling er ifølge Sundhedsstyrelsen i de fleste tilfælde afgørende for kræftpatienters overlevelse. Formålet med de maksimale ventetider er, at patienter hurtigt kan starte i udredning og behandling, hvis de har kræft, eller der er mistanke om kræft.

En kræftpatient har ret til at starte i behandling inden for 28 kalenderdage, efter at patienten er henvist til behandling. Herudover må der maksimalt gå 14 kalenderdage, fra patienten samtykker til behandling, til behandlingen starter. Giver patienten samtykke til en behandlingstid, der overskrider tidsfristen i de maksimale ventetider, skal regionen oplyse patienten om, hvilke konsekvenser det kan få for patientens helbred at udskyde behandlingen.

Hvis en region ikke kan starte en patients behandling inden for tidsfristen, skal regionen desuden tilbyde patienten at blive behandlet et andet sted. Det kan være på et sygehus i en anden region, på et privat sygehus eller på et udenlandsk sygehus, hvor der er mulighed for at opstarte en behandling inden for de maksimale ventetider. Hvis regionen ikke har mulighed for at finde et andet behandlingstilbud, vil ansvaret for at henvise patienten til et behandlingstilbud overgå til Sundhedsstyrelsen, hvis patienten ønsker det. Sundhedsstyrelsen har ifølge lovbemærkningerne pligt til at følge med i, hvor der er ledig behandlingskapacitet i Danmark og i de nærmeste nabolande.

3. Udgifterne til kræftbehandling udgjorde ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet ca. 12 mia. kr. i 2022, hvilket svarer til 14 % af sygehusenes samlede udgifter til behandling.

### De maksimale ventetider

De maksimale ventetider er beskrevet i sundhedslovens § 88 og fastsat i "Bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme".

### Undtagelser fra reglen om maksimale ventetider

Følgende er undtaget reglen om maksimale ventetider:

- kræftsygdomme, som kræver knoglemarvstransplantation
- hudkræft, som ikke er modermærkekræft
- behandling af forskningsmæssig og eksperimentel karakter.





Robotassisteret operation, hvor en kræftsvulst fjernes fra nyren.

Foto: Ritzau Scanpix

### Rigsrevisionens tidligere beretninger om ventetid til behandling for kræft

**2002:** Beretning om ventetider i sygehussektoren (nr. 1/2002)

**2007:** Beretning om maksimale ventetider på kræftbehandling (nr. 5/2007)

**2012:** Beretning om mål, resultater og opfølgning på kræftbehandling (nr. 5/2011)

**2018:** Rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter (nr. 7/2018).

4. Statsrevisorerne har tidligere kritiseret regionernes manglende overholdelse af reglerne om maksimale ventetider i en beretning fra 2018. Statsrevisorerne fandt det utilfredsstillende, at der var et betydeligt antal patienter, som – i strid med lovgivningen – ikke fik tilbudt udredning eller behandling af kræft i overensstemmelse med reglerne. Statsrevisorerne bemærkede også, at det daværende Sundheds- og Ældreministeriets overvågning af overholdelsen af de maksimale ventetider var baseret på oplysninger fra regionerne, som var mangelfulde.

Den daværende sundhedsminister oplyste, at ministeriet som opfølgning på beretningen ville følge op på regionernes initiativer og procedurer for at sikre, at reglerne om de maksimale ventetider bliver overholdt. Rigsrevisionen vurderede i et notat fra maj 2022, at denne del af sagen kunne afsluttes. Det skete ikke på baggrund af en ny databaseret undersøgelse fra Rigsrevisionen, men alene på baggrund af ministeriets oplysninger.

5. I marts 2023 beskrev Danmarks Radio, at 293 patienter med fremskreden tarmkræft ikke var blevet behandlet inden for tidsfristen i de maksimale ventetider på Aarhus Universitetshospital. Indenrigs- og sundhedsministeren anmodede regionerne om at gennemgå, om kræftpatienter var blevet behandlet i overensstemmelse med reglerne om maksimale ventetider. Gennemgangen skulle særligt have fokus på, om patienterne var blevet informeret korrekt om deres rettigheder, og om patienterne var blevet tilbudt behandling på andre sygehuse i ind- og udland, hvis regionen ikke selv kunne overholde tidsfristen.

Regionernes og Sundhedsstyrelsens opfølgning på sagen fra Aarhus Universitetshospital i 2023 viste, at der på trods af tidligere iværksatte initiativer var uenighed om regionernes handle- og informationspligt samt om krav til dokumentation.

6. Formålet med denne undersøgelse er at vurdere, om regionerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet har sikret, at kræftpatienter starter i behandling i overensstemmelse med reglerne om maksimale ventetider. Vi besvarer følgende spørgsmål i beretningen:

- Starter kræftpatienter i behandling inden for tidsfristen i de maksimale ventetider?
- Har regionerne tilbudt kræftpatienter at blive henvist til et andet sygehus i Danmark eller i udlandet, når regionen ikke kan tilbyde behandling inden for de maksimale ventetider?
- Følger Indenrigs- og Sundhedsministeriet med i ledig behandlingskapacitet på relevante behandlingssteder i Danmark og i de nærmeste nabolande?
- Er der social lighed i kræftpatienters ventetid til behandling?

Rigsrevisionen har selv taget initiativ til undersøgelsen i april 2023.



## Hovedkonklusion

Regionerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ikke sikret, at alle kræftpatienter starter i behandling i overensstemmelse med reglerne om maksimale ventetider. Regionerne har ikke sikret, at alle kræftpatienter er blevet tilbudt behandling på et andet sygehus, hvis de maksimale ventetider er overskredet, og regionerne har ikke indberettet alle overskridelser af reglerne om de maksimale ventetider til Sundhedsstyrelsen. Ministeriet har hverken haft retvisende viden om regionernes overholdelse af reglerne eller haft kendskab til ledig behandlingskapacitet. Konsekvensen er, at nogle kræftpatienter risikerer at vente unødigt længe på behandling.

Samlet set finder Rigsrevisionen, at regionernes og Indenrigs- og Sundhedsministeriets manglende overholdelse af patientrettighederne er stærkt utilfredsstillende.

**I undersøgelsesperioden er kræftpatienterne i 14 % af forløbene, svarende til ca. 16.300 forløb, ikke startet i behandling inden for tidsfristen**

Der kan være en gyldig årsag til, at den maksimale ventetid overskrides, fx et hensyn til patientens helbred eller patientens egne ønsker. Rigsrevisionen estimerer, at dette ikke er tilfældet i ca. 6.500 forløb, hvor der ikke var en gyldig årsag til, at patienterne ikke startede i behandling inden for tidsfristen på regionens egne sygehuse.

**Regionerne har for mellem 3.100 og 6.400 forløb ikke overholdt kræftpatienternes ret til at få tilbudt behandling på et andet sygehus**

Hvis regionen ikke kan tilbyde patienten at starte i behandling på egne sygehuse i regionen inden for tidsfristen, skal patienten tilbydes behandling på et andet sygehus.

Rigsrevisionen estimerer, at i ca. 3.100 forløb har patienten slet ikke fået tilbudt et andet behandlingstilbud. I de resterende forløb (ca. 3.300) er der givet et tilbud, men der er uenighed mellem de involverede myndigheder om, hvorvidt tilbuddet lever op til lovkraevne.

Uenigheden består hovedsageligt i, hvor konkret et behandlingstilbud patienten skal have. Regionernes tolkning af reglerne er, at det er tilstrækkeligt at tilbyde patienten, at regionen undersøger mulighederne for at finde et andet behandlingstilbud, mens Indenrigs- og Sundhedsministeriet mener, at regionen skal kunne tilbyde patienten et reelt behandlingstilbud inden for tidsfristen. Hvis ministeriets tolkning lægges til grund, har ca. 6.400 patienter ikke fået overholdt deres patientrettigheder. Hvis regionernes tolkning lægges til grund, er tallet ca. 3.100 patienter.

Regionerne har i undersøgelsesperioden indberettet til Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at 745 patienter ikke har fået overholdt deres ret til at få tilbudt behandling på et andet sygehus. Rigsrevisionens gennemgang peger på, at der - afhængigt af tolkningen af reglen - har været mellem 4 og 8 gange så mange overskridelser. Regionernes indberetninger har således ikke været retvisende. Rigsrevisionens beretning fra 2018 indikerede også, at der var betydeligt flere patienter, end regionerne indberettede, som ikke fik overholdt deres patientrettigheder. Rigsrevisionen finder det stærkt utilfredsstillende, at der ikke er skabt en fælles forståelse af reglerne, og at ministeriet efter 5 år fortsat monitorerer på baggrund af mangelfulde oplysninger.

#### **Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ikke levet op til lovens krav om at have kendskab til ledig behandlingskapacitet**

Undersøgelsen viser, at ingen kræftpatienter i perioden juli 2019 - juni 2023 er blevet henvist til Sundhedsstyrelsen med henblik på at få tilbudt behandling. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ikke haft kendskab til ledig behandlingskapacitet på relevante behandlingssteder i Danmark og i de nærmeste nabolande, som ministeriet skal have ifølge lovbemærkningerne. Rigsrevisionen kan konstatere, at patienternes lovbestemte ret til at blive henvist til Sundhedsstyrelsen med henblik på at finde et sygehus, der kan starte behandling inden for de maksimale ventetider, ikke eksisterer i praksis. Patienterne risikerer dermed ikke at få den hjælp, som er beskrevet i sundhedsloven, og at ventetiden til behandling forlænges.

Rigsrevisionens undersøgelse kan ikke påvise, at der er ulighed i ventetiden til behandling for patientgrupper med forskellig indkomst og uddannelsesniveau.

### **Nøgletal for kræftpatienter**

I perioden 2007-2021 er 1-års-overlevelsen efter diagnostisering af kræft samlet set steget fra 76 % til 83 %, mens 5-årsoverlevelsen er steget fra 60 % til 68 %. Der er betydelige forskelle i 1- og 5-årsoverlevelsen på tværs af kræftformer.

## **1.2. Baggrund**

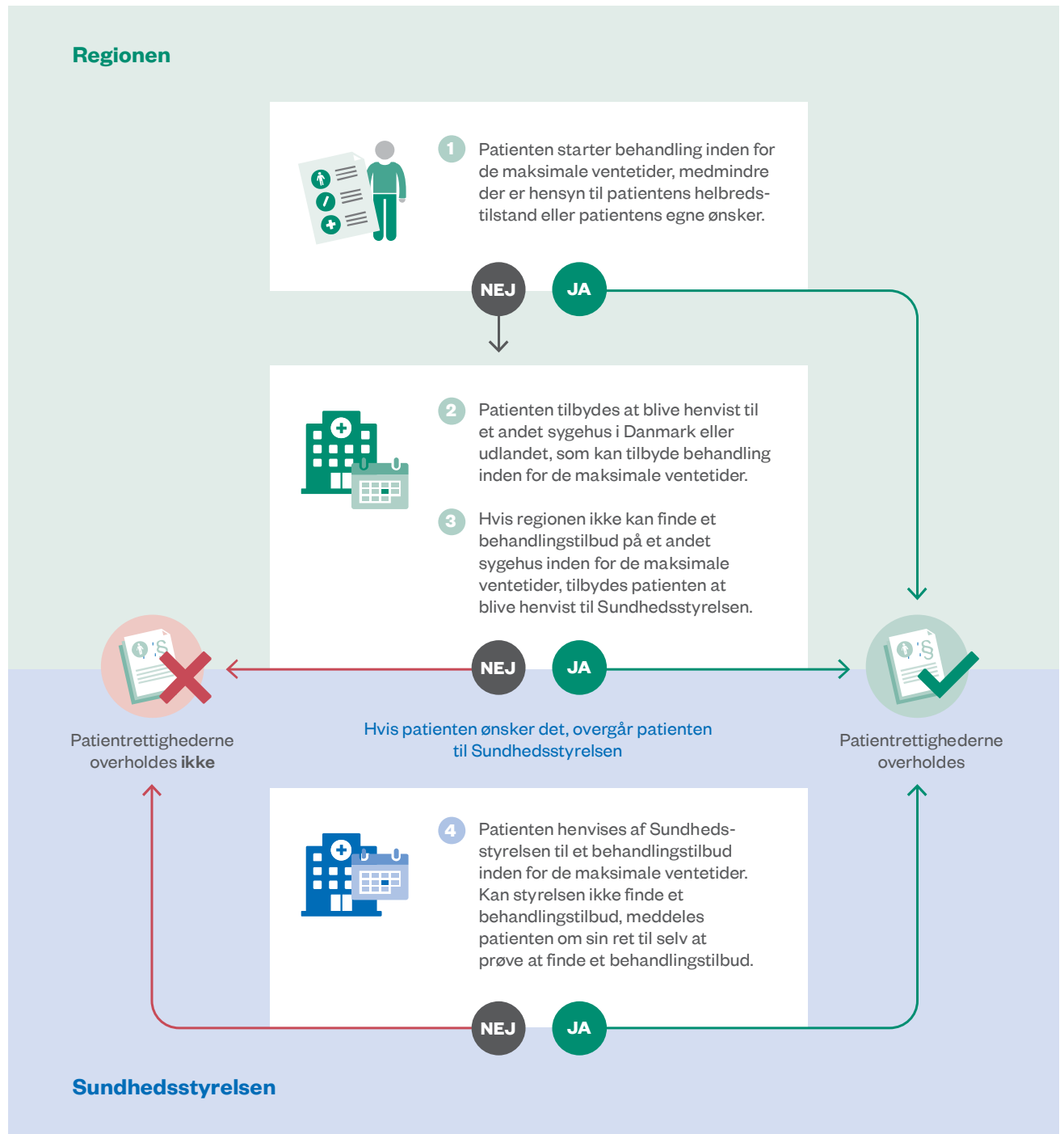
7. Antallet af nye kræfttilfælde er stigende i Danmark, og flere bliver derfor henvist til behandling. Stigningen skyldes bl.a., at danskerne lever længere, og at risikoen for at få kræft stiger med alderen. Knap hver anden dansker, der får kræft, er over 70 år. Antallet af ældre forventes at stige med ca. 1,5 % om året frem mod 2030, og forekomsten af kræfttilfælde forventes derfor alt andet lige også at stige. De nationale screeningsprogrammer og øget brug af diagnostiske tests kan også medføre en stigning i diagnosticerede kræfttilfælde over tid. Der har generelt været en stigning i antallet af patienter, der overlever et kræftforløb, men de seneste tal for overlevelsen i Danmark viser dog en stagnation.

8. Siden 2000 har Folketinget vedtaget 4 nationale kræftplaner med det formål at forbedre kræftbehandlingen i Danmark. Planerne har bl.a. indeholdt screeningsprogrammer, investeringer i kræftområdet, indførelse af kræftpakkeforløb og reglerne om maksimale ventetider.

Figur 1 viser kræftpatienters rettigheder og krav til information, som regionerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet skal leve op til.

**Figur 1**

**Kræftpatienters ret til at modtage behandling inden for de maksimale ventetider**



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af sundhedslovens § 88 og "Bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme".

Figur 1 viser de tilbud, som regionerne og Sundhedsstyrelsen skal give kræftpatienter som følge af reglerne om maksimale ventetider. Patienten kan frit afvise tilbuddene om at blive henvist til andre sygehuse i Danmark eller udlandet og efterfølgende tilbud om at overgå til Sundhedsstyrelsen. I de tilfælde skal patienten informeres om eventuelle helbredsmæssige konsekvenser ved at udskyde behandlingen. Regionen vil da have overholdt reglerne, selv om patienten ikke starter behandling inden for tidsfristen.

Sundhedsstyrelsen kan i særlige tilfælde, hvor der ikke på anden måde kan findes et behandlingstilbud, pålægge en region at behandle en patient, hvis Sundhedsstyrelsen skønner, at sygehuset er i stand til det uden væsentlige ulemper.

### 1.3. Vurderingskriterier, metode og afgrænsning

#### Vurderingskriterier

9. Undersøgelsen baserer sig på kræftpatienters rettigheder om maksimale ventetider til behandling, som er fastsat i sundhedslovens § 88.

Rettighederne er uddybet i "Bekendtgørelsen om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme" (bekendtgørelse nr. 584 af 28. april 2015) og i "Vejledning om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme" (vejledning nr. 9259 af 28. april 2015).

Kræftpatienters ret til et andet behandlingstilbud er desuden uddybet i Sundhedsstyrelsens notat om § 8 i bekendtgørelsen om maksimale ventetider af 27. september 2017, som styrelsen har udsendt til regionerne i forlængelse af sin udmelding om supplerende indberetninger for udvalgte kræftområder den 17. august 2017.

Regionerne har pligt til at dokumentere i patientjournalen, at reglerne om maksimale ventetider er overholdt, jf. "Vejledning om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme", journalføringsbekendtgørelsens § 17 og autorisationslovens § 22, stk. 2.

Den del af undersøgelsen, der handler om, hvorvidt der er social lighed i kræftpatienters ventetid til behandling, tager udgangspunkt i sundhedslovens § 2 om let og lige adgang til sundhedsvæsenet.

#### Metode

10. Undersøgelsen baserer sig på analyse og gennemgang af materiale fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen, Danmarks Statistik og de 5 regioner.

11. Vi har indhentet registerdata for alle kræftpatienters behandlingsforløb, som er blevet indberettet til Landspatientregisteret i perioden juli 2019 - juni 2023. Registerdata bruges i vores registeranalyse til at undersøge, hvor lang tid der går, dels fra patienten henvises til behandling, og til behandlingen starter, dels fra patienten giver samtykke til behandling, og til behandlingen starter.

Vi har i forbindelse med undersøgelsen løbende drøftet datakilder, afgrænsning, metode og konkrete forløb i registeranalysen med regionerne og Sundhedsdatastyrelsen.

Sundhedsdatastyrelsen har vurderet, at det er muligt at lave en retvisende registeranalyse med forbehold for, at der kan forekomme forløb uden registreret samtykke og forløb med flertydige registreringer, som bør frasorteres, inden analyserne foretages. Vi har frasorteret sådanne forløb. Vi har i alt analyseret 115.462 patientforløb, hvor regionerne har registreret patientens samtykke til behandling. Det svarer til ca. 81 % af alle kræftforløb, som er omfattet af reglerne om de maksimale ventetider i undersøgelsesperioden. I de øvrige forløb er der enten ikke registreret samtykke (16 %), eller også er der en uklar sammenhæng mellem samtykke og forløb (3 %).

12. Regionerne har oplyst, at de ikke vurderer, at Rigsrevisionens registeranalyse kan give et retvisende billede af kræftpatienters ventetid til behandling. Det skyldes ifølge regionerne, dels at data ikke er indberettet med det specifikke formål at måle, om tidsfristen i de maksimale ventetider overholdes, dels at Rigsrevisionen bruger registreringen af samtykke, som det har været frivilligt for regionerne at registrere i perioden, og som derfor ikke er anvendt konsekvent. Regionerne har i forbindelse med undersøgelsen desuden anbefalet Rigsrevisionen kun at bruge patientforløb fra kræftpakker til analyserne, fordi kræftpakkerne er omfattet af en national monitoreringsmodel for ventetider på kræftområdet, mens det ikke gælder for forløb, som ikke er omfattet af kræftpakkerne.

Vi mener ikke, at regionernes vurdering af, at registeranalysen ikke kan give et retvisende billede, er korrekt.

Formålet med registeranalysen er at skabe så retvisende et billede som muligt af, om kræftpatienter er startet i behandling inden for tidsfristen. Vi har derfor medtaget alle patientforløb, som er omfattet af reglerne om de maksimale ventetider, uanset om de var omfattet af en kræftpakke eller ej. 18 % af kræftforløbene i vores registeranalyse var ikke registreret i en kræftpakke.

Det er kun muligt at undersøge, om kræftpatienter er startet i behandling inden for tidsfristen i de maksimale ventetider i de tilfælde, hvor der er registreret samtykke. Der er registreret samtykke i 81 % af de patientforløb, vi har modtaget data for, svarende til 115.462 patientforløb. Vi har derfor testet, om frafaldet af forløb, der er forårsaget af manglende registrering af samtykke (16 % af alle forløb), kan skævvride vores resultater. Vi kan konstatere, at dette ikke er tilfældet.

Sundhedsdatastyrelsen har oplyst, at alle de data, vi har modtaget, er baseret på regler og metoder, der er aftalt mellem styrelsen og regionerne, uanset om de vedrører kræftpakker eller ej, og at regionerne selv modtager data for egne forløb ugentligt.

13. Vi har gennemgået en repræsentativ stikprøve på 380 patientforløb, hvor ventetiden var længere end 14 dage fra patientens samtykke til behandlingsstart. For hvert forløb har vi indhentet og gennemgået uddrag af patientjournalerne samt regionernes indberetninger til Landspatientregisteret. Patientjournalerne indeholder oplysninger, der ikke findes i registerdata, men som er nødvendige for at undersøge, om reglerne er overholdt. Patientjournalerne er derudover brugt til at validere registeranalysen.

### Kræftpakke-data

Sundhedsdatastyrelsen følger patientforløb i kræftpakker i en national monitorering baseret på regionernes indberetninger til Landspatientregisteret.

Monitoreringen viser opgørelser over, om patienter i pakkeforløb bliver udredt og behandlet inden for de anbefalede forløbstider. Forløbstiderne kan adskille sig fra tidsfristen i de maksimale ventetider.



Stikprøveanalysen bruges til at undersøge, om regionerne har dokumenteret, at patienten er blevet tilbudt henvisning til et andet behandlingstilbud, når regionen ikke har kunnet tilbyde behandling inden for tidsfristen. Vores vurderinger af patientjournalerne har været forelagt og drøftet på møder med regionerne, og vurderingerne er blevet kvalificeret på baggrund af regionernes bemærkninger. Regionerne har i deres vurdering inddraget sundhedsfagligt personale i det omfang, de fandt det nødvendigt. Vi har ikke foretaget lægefaglige vurderinger, men har forholdt os til den information, patienten har modtaget, og til patientens valg på baggrund af det sundhedsfaglige personales vurderinger.

Vi har desuden anvendt stikprøven til at efterprøve, om samtykkeregistreringerne er korrekte. Vi har sammenlignet datoen for registrering af samtykke i Landspatientregisteret med den dato, der fremgår af patientjournalerne i stikprøven. Sammenligningen viser, at der er overensstemmelse mellem den frivillige registrering af samtykke i Landspatientregisteret og i patientjournalen i 90 % af de 380 undersøgte journaler. Ud af de 40 journaler, hvor der ikke er overensstemmelse mellem registreringerne, ændrer den korrekte dato i patientjournalen kun på overholdelsen af tidsfristen i 5 tilfælde. De indgår i stikprøveanalysen som fejlregistreringer.

14. For at undersøge, om der er lighed i ventetiden til behandling, har vi koblet datasættet med kræftpatienters ventetid med demografiske og socioøkonomiske data for patienterne. Vi har undersøgt, om der er en systematisk forskel på, hvor længe kræftpatienterne venter. Dette har vi gjort med udgangspunkt i patienternes indkomst og uddannelsesniveau, og vi har kontrolleret for andre forhold, som kan have betydning for ventetiden.

15. For at styrke grundlaget for undersøgelsen yderligere har vi holdt møder med de 5 regioner, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen og Danske Regioner.

16. Undersøgelsens metode er uddybet i bilag 1. Bilag 2 viser Rigsrevisionens vejledning til kodebogen, der er anvendt i forbindelse med stikprøveanalysen.

17. Revisionen er udført i overensstemmelse med standarderne for offentlig revision, jf. bilag 1.

### **Afgrænsning**

18. Reglerne om maksimale ventetider gælder også for patienter med visse hjertesygdomme. Denne undersøgelse er afgrænset til kræftpatienter.

19. Undersøgelsen er afgrænset til patienter over 18 år, der er henvist til behandling og har modtaget behandling for kræft i Danmark fra juli 2019 til og med juni 2023.

20. Reglerne om maksimale ventetider gælder også for kræftpatienters ventetid til udredning og til eventuel efterbehandling. Ventetid til udredning og efterbehandling indgår ikke i denne undersøgelse. På baggrund af drøftelser med Sundhedsdatastyrelsen og regionerne har vi vurderet, at kvaliteten af registerdata for ventetid til udredning og ventetid til efterbehandling ikke muliggør at lave analyser med tilstrækkelig sikkerhed for resultaterne.

21. I gennemgangen af de 380 patientjournaler har vi afgrænset os fra at undersøge patientens ret til at få oplyst en dato for behandling/forundersøgelse inden for 11 dage fra patientens henvisning til behandling.

## 2. Kræftpatienters ret til behandling inden for de maksimale ventetider

22. Dette kapitel handler om, hvorvidt regionerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet har sikret, at kræftpatienter starter i behandling i overensstemmelse med reglerne om maksimale ventetider.

Vi har undersøgt:

- kræftpatienters ventetid til behandling (2.1)
- kræftpatienters ret til et andet behandlingstilbud (2.2)
- Indenrigs- og Sundhedsministeriets kendskab til ledig behandlingsskapacitet (2.3)
- om der er social lighed i kræftpatienters ventetid til behandling (2.4).

### 2.1. Kræftpatienters ventetid til behandling

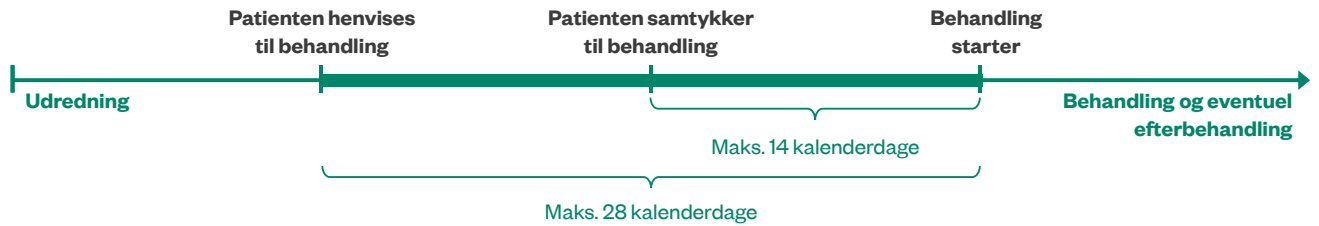
23. Vi har undersøgt, om kræftpatienter starter i behandling inden for tidsfristen i de maksimale ventetider.

24. Det fremgår af sundhedslovens § 88, at regionerne skal yde behandling til patienter, der lider af livstruende sygdomme, inden for de maksimale ventetider, som Sundhedsstyrelsen har fastsat. Tidsfristen følger af bekendtgørelsen om maksimale ventetider, § 2.

Det fremgår af bekendtgørelsen, at tidsfristen ikke er gældende, hvis hensynet til patientens helbredstilstand tilsiger noget andet. Det fremgår derudover af bekendtgørelsen, at tidsfristen ikke er gældende, hvis patienten afviser en tilbudt tid, der ligger inden for tidsfristen i de maksimale ventetider. Det fremgår af vejledningen til bekendtgørelsen, at det skal dokumenteres i patientens journal, hvis patienten ikke behandles inden for tidsfristen af hensyn til patientens helbredstilstand eller patientens egne ønsker.

Figur 2 viser tidsfristen i de maksimale ventetider til behandling.

**Figur 2**  
**Tidsfristen i de maksimale ventetider til behandling**



**Kilde:** Rigsrevisionen på baggrund af "Bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme".

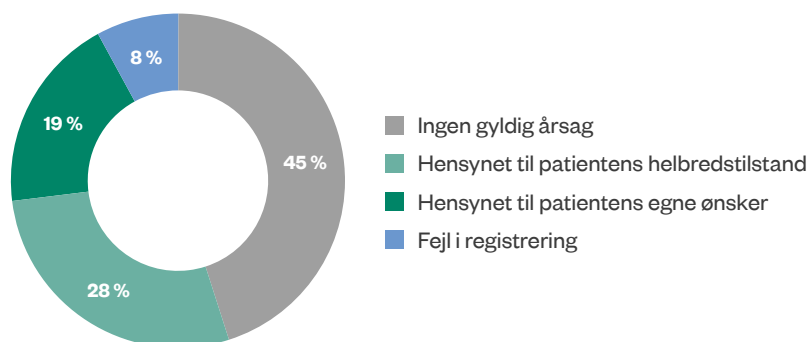
Det fremgår af figur 2, at kræftpatienter har ret til at starte i behandling inden for 28 dage, fra patienten henvises til behandling. Herudover må der maksimalt gå 14 dage, fra patienten samtykker til behandling, til behandlingen starter. Begge tidsperioder skal være overholdt, medmindre undtagelserne om patientens helbredstilstand eller patientens ønsker gør sig gældende.

25. Undersøgelsen viser, at 14 % af patientforløbene, svarende til ca. 16.300 forløb, ikke startede i behandling inden for tidsfristen i de maksimale ventetider i perioden juli 2019 - juni 2023. Rigsrevisionen estimerer, at der i ca. 6.500 af forløbene ikke er tale om gyldige årsager til overskridelsen af tidsfristen, fordi ventetiden hverken skyldes hensynet til patientens helbredstilstand eller patientens egne ønsker.

Ovenstående bygger på vores analyse af en repræsentativ stikprøve på 380 patientforløb. Stikprøven er udtrukket på baggrund af 14.458 patientforløb, hvor kræftpatienten ikke er startet i behandling inden for 14 dage fra patientens samtykke.

Figur 3 viser årsagerne til den længere ventetid, som de er angivet i journalerne i stikprøven.

**Figur 3**  
Årsager til, at kræftpatienter får overskredet tidsfristen i de maksimale ventetider



Note: Figuren er baseret på 380 patientforløb. Andelen af forløb, som overskrider tidsfristen i de maksimale ventetider uden en gyldig årsag, har en fejlmargen på ca.  $\pm 5\%$ . I vores repræsentative stikprøve udtrykker fejlmarginen den maksimale forskel på andelen i stikprøven og andelen i populationen. De 45 % af forløbene i stikprøven, der overskrider tidsfristen uden en gyldig årsag, er derfor med 95 % sandsynlighed mellem 40 % og 50 % i populationen, svarende til mellem 5.821 og 7.114 forløb. Metoden er yderligere beskrevet i bilag 1.

Kilde: Rigsrevisionens stikprøve på 380 patientjournaler for perioden 1. juli 2019 - 1. juni 2023.

Det fremgår af figur 3, at der i 45 % af patientforløbene i stikprøven ikke er angivet en gyldig årsag i journalen til, at tidsfristen er overskredet. Dette svarer til, at der i ca. 6.500 ud af 14.458 patientforløb på landsplan ikke var en gyldig årsag til, at regionen ikke kunne tilbyde patienten at starte i behandling inden for tidsfristen på regionens egne sygehuse. I 100 af disse forløb modtog patienten dog et tilbud om at starte i behandling inden for tidsfristen uden for regionen.

Det fremgår også af figuren, at der i 47 % af patientforløbene i stikprøven er angivet en gyldig årsag til, at tidsfristen er overskredet. I 28 % skyldes det hensynet til patientens helbredstilstand, og i 19 % skyldes det hensynet til patientens egne ønsker, fx en planlagt ferie. Det svarer til, at der i ca. 6.800 ud af 14.458 patientforløb var en gyldig årsag til overskridelsen.

Endelig fremgår det af figuren, at 8 % af patientforløbene i stikprøven er fejlregistreret af regionerne. Fejlregistreringerne skyldes bl.a., at regionerne har registreret patientens samtykke til behandling, før patienten er udredt, eller at regionen har registreret et samtykke i et forløb, som ikke var omfattet af bekendtgørelsen om maksimale ventetider. Regionerne har fundet fejlregistrerede forløb i forbindelse med undersøgelsen og har gjort Rigsrevisionen opmærksom herpå.

Boks 1 viser forskellige eksempler på årsager til overskridelser af tidsfristen.

### Boks 1

#### Eksempler på gyldige og ikke gyldige årsager til overskridelse af tidsfristen

##### Patientens helbredstilstand (gyldig årsag)

- A: Patienten informeres om, at der skal gå mindst 4 uger efter blæreoperationen til prostataoperationen.
- B: Operation udskydes 14 dage, da overlægen vurderer, at patienten skal komme sig og være mere mobil forud for operation.

##### Patientens ønsker (gyldig årsag)

- C: Patienten får tid til operation, men vil gerne udsætte den til efter ferien.
- D: Patienten ønsker en bestemt kirurg og afviser behandlingstid inden for de maksimale ventetider ved anden kirurg. Patienten får senere tid ved den ønskede kirurg.

##### Ikke gyldige årsager

- E: Patienten tilbydes en tid inden for 14 dage, men operationen aflyses dagen før på grund af sygeplejerskemangel.
- F: Patienten informeres om, at den aftalte tid ikke kan overholdes på grund af dobbeltbooking.

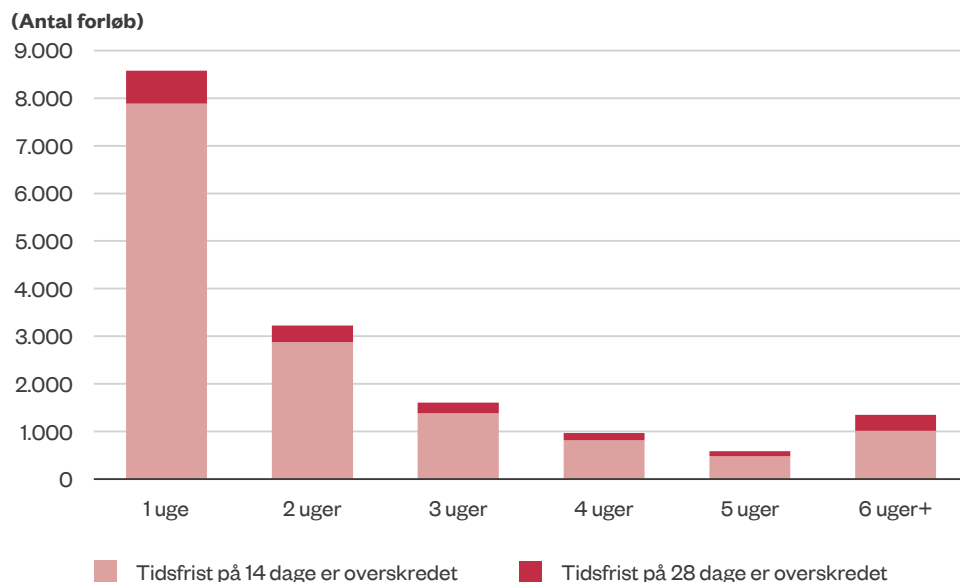
**Kilde:** Rigsrevisionens stikprøvegennemgang af patientjournaler.

### Ventetid ud over tidsfristen i de maksimale ventetider

26. Vi har undersøgt, hvor længe kræftpatienterne venter på at starte i behandling i de ca. 16.300 patientforløb, hvor tidsfristen er overskredet.

Figur 4 viser, hvor mange uger der går, fra tidsfristen er overskredet, til behandlingen starter, målt fra den dato, hvor tidsfristen på enten 14 eller 28 dage er overskredet. Figuren indeholder både forløb med gyldige og ugyldige årsager til, at tidsfristen er overskredet, og er derfor ikke nødvendigvis udtryk for, at reglerne ikke er overholdt.

**Figur 4**  
**Ventetid ud over tidsfristen**



Note: Figuren er baseret på 16.305 patientforløb, hvor ventetiden fra samtykke til behandlingsstart overskrider 14 dage, eller hvor ventetiden fra henvisning til behandlingsstart overskrider 28 dage. Både gyldige og ugyldige årsager til overskridelser er inkluderet. Metoden er yderligere beskrevet i bilag 1.

Kilde: Rigsrevisionens beregninger af data fra Landspatientregisteret for perioden 1. juli 2019 - 30. juni 2023.

Det fremgår af figur 4, at størstedelen af patienterne, der får overskredet tidsfristen, venter 1-2 uger længere på behandlingsstart. Der er ca. 1.350 patienter, der venter 6 uger eller mere på behandling, efter tidsfristen er overskredet. Langt størstedelen af patienterne, der venter længere end tidsfristen, får overskredet fristen på 14 dage fra patientens samtykke til behandlingsstart.

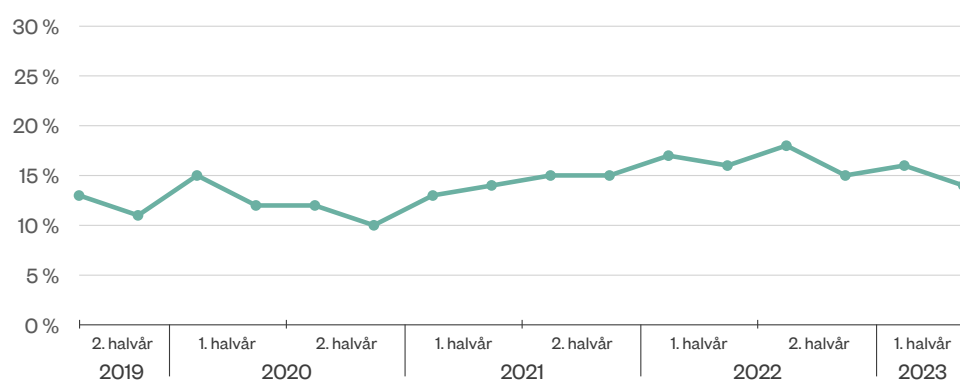
Regionerne har oplyst, at det ofte skyldes hensynet til patientens helbredstilstand, når et patientforløb overskrider tidsfristen med flere uger. Rigsrevisionen har ikke modtaget dokumentation herfor.

## Udviklingen i overskridelser af tidsfristen

27. Vi har undersøgt, om der i undersøgelsesperioden er sket en udvikling i andelen af patientforløb, hvor kræftpatienter ikke er startet i behandling inden for tidsfristen. Figur 5 indeholder både forløb med gyldige og ugyldige årsager til, at tidsfristen i de maksimale ventetider er overskredet.

**Figur 5**

### Udviklingen i andelen af patientforløb, som overskrider tidsfristen i de maksimale ventetider



Note: Figuren er baseret på 115.462 patientforløb. Figuren angiver andelen af overskridelser målt for hvert kvartal, hvor ventetiden fra samtykke til behandlingsstart overskrider 14 dage, eller hvor ventetiden fra henvisning til behandlingsstart overskrider 28 dage. Både gyldige og ugyldige årsager til overskridelser er inkluderet. Metoden er yderligere beskrevet i bilag 1.

Kilde: Rigsrevisionens beregninger af data fra Landspatientregisteret for perioden 1. juli 2019 – 30. juni 2023.

Det fremgår af figur 5, at andelen af patientforløb, hvor patienter ikke er startet i behandling inden for tidsfristen, har varieret mellem 10 % og 18 % i undersøgelsesperioden.

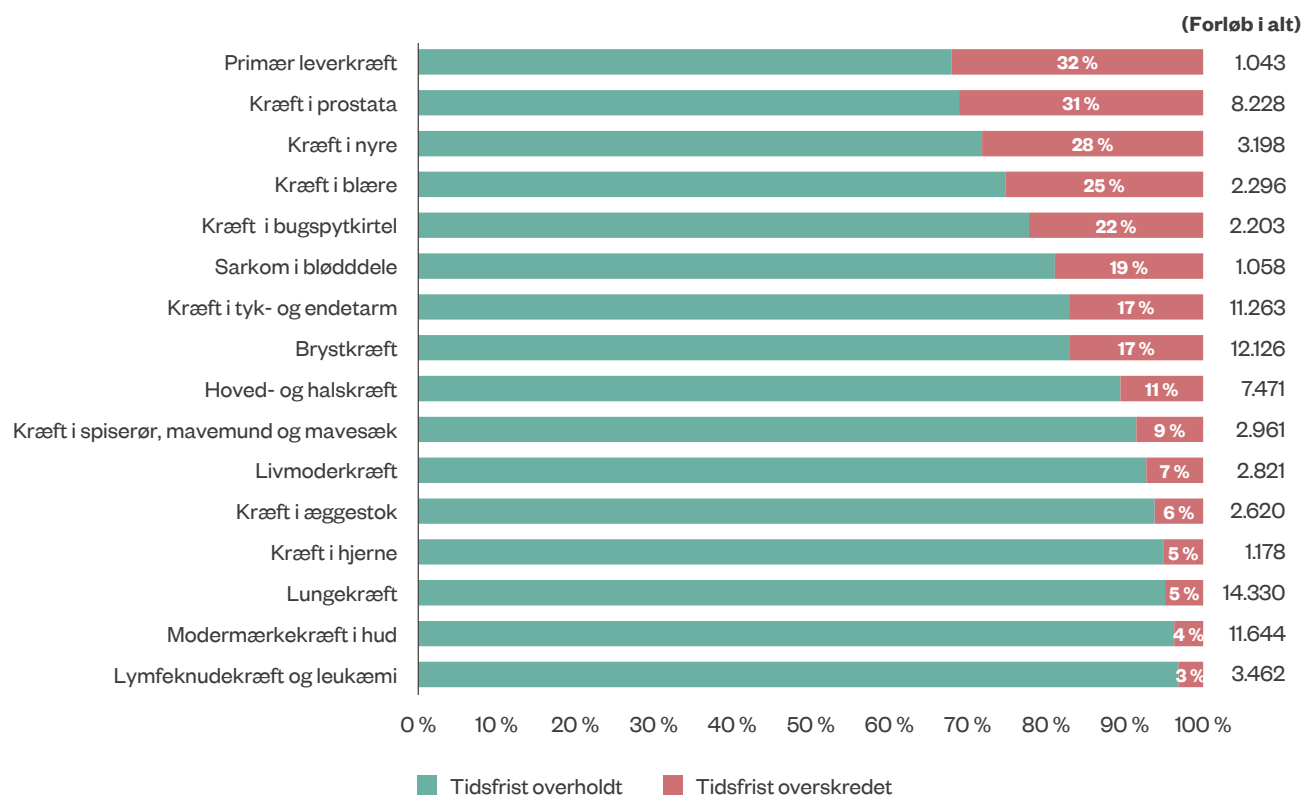
Regionerne har oplyst, at udviklingen er påvirket af et stigende antal henvisninger til behandling på kræftområdet. Den kortere ventetid i 2020 og 2021 skyldes ifølge regionerne COVID-19, hvor antallet af henvisninger faldt, samtidigt med at udredningsretten for andre sygdomme blev suspenderet, og der derfor blev frigivet resurser til behandling af kræftpatienter.

## Overskridelser af tidsfristen for udvalgte kræftformer

28. Vi har undersøgt, om der har været forskel på overholdelsen af tidsfristen i de maksimale ventetider på tværs af udvalgte kræftformer. Figur 6 indeholder både forløb med gyldige og ugyldige årsager til, at tidsfristen er overskredet.



**Figur 6**  
**Andelen af patientforløb, som overskrider tidsfristen i de maksimale ventetider, fordelt på kræftformer**



Note: Figuren er baseret på 87.902 patientforløb. Figuren indeholder kun forløb i kræftpakker, hvor der var over 1.000 forløb i undersøgelsesperioden. 27.560 forløb er udeladt, hvoraf 20.687 ikke er i kræftpakke. Metoden er yderligere beskrevet i bilag 1.

Kilde: Rigsrevisionens beregninger af data fra Landspatientregisteret for perioden 1. juli 2019 - 30. juni 2023.

Det fremgår af figur 6, at kræftformerne primær leverkræft, kræft i prostata, kræft i nyre og kræft i blære havde den største *andel* af patientforløb, hvor patienterne ikke er startet i behandling inden for tidsfristen i de maksimale ventetider.

Vores opgørelse viser, at det største *antal* af patienter, der ikke er startet i behandling inden for tidsfristen, er inden for kræftformerne kræft i prostata (2.558 ud af 8.228), brystkræft (2.059 ud af 12.126), kræft i tyk- og endetarm (1.925 ud af 11.263), kræft i nyre (901 ud af 3.198) samt hoved- og halskræft (788 ud af 7.471).

29. Sundhedsstyrelsen har oplyst, at styrelsen følger kræftområdet tæt, og at det sker på 2 måneder.

For det første følger Sundhedsdatastyrelsen regionernes forløbstider i kræftpakkerne og offentliggør, hvor stor en andel af forløbene der gennemføres inden for de anbefalede forløbstider, fordelt på regioner, kræftformer og behandlingstyper. For det andet overvåger Sundhedsdatastyrelsen også regionernes indberetninger af overskridelser af reglerne om maksimale ventetider.

### Kræftpakker

Kræftpakkerne er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen og indeholder standardiserede beskrivelser for patienters forløb, hvor de enkelte undersøgelser, behandlinger og anbefalede standardforløbstider er tilrettelagt efter faglig viden om kræftformerne.

I april 2023 var der 26 pakkeforløb, der dækker ca. 40 kræftsygdomme.

Rigsrevisionen bemærker, at forløbstiderne i kræftpakkerne modsat tidsfristen i de maksimale ventetider ikke er forbundet med en patientrettighed. Rigsrevisionen bemærker desuden, at kræftpakkernes forløbstider kan afvige fra tidsfristen i de maksimale ventetider. Det betyder, at sundhedspersonalet både skal være opmærksom på tidsfristen i de maksimale ventetider og på de anbefalede forløbstider i kræftpakkerne, når patientens behandlingsforløb skal planlægges.

30. Ifølge Sundhedsstyrelsens kræftpakkebeskrivelse for prostatakraft anbefales en forløbstid på 42 kalenderdage for de patienter, som skal modtage nervebevarende kirurgi. Derfor kan overskridelse af tidsfristen for disse patienter være begrundet i hensynet til patientens helbredstilstand. Ca. 55 % af patienterne med prostatakraft, hvor forløbet overskred tidsfristen, modtog nervebesparende kirurgisk behandling.

Regionerne har oplyst, at overskridelser af tidsfristen kan skyldes forudgående behandling, hvor patienten skal hele op, inden den kurerende behandling for kræft kan igangsættes. Det kommer i nogle tilfælde til udtryk ved, at standardforløbstiden i kræftpakker er længere end tidsfristen i de maksimale ventetider. Ifølge reglerne om de maksimale ventetider er dette en gyldig årsag til, at tidsfristen overskrides, fordi årsagen er hensynet til patientens helbredstilstand.

Regionerne har derudover oplyst, at der har været kapacitetsudfordringer på en række kræftområder i undersøgelsesperioden, herunder på områderne brystkræft, lungekræft, kræft i tyk- og endetarm, kræft i blære og kræft i nyre. Kapacitetsudfordringer kan ifølge regionerne skyldes et stigende antal henvisninger til udredning og behandling, personalemangel, mangel på sengepladser eller begrænset adgang til teknisk udstyr, fx MR- og CT-scannere. Ifølge reglerne er dette ikke gyldige årsager til, at tidsfristen overskrides.

## 2.2. Kræftpatienters ret til et andet behandlingstilbud

31. Vi har undersøgt, om regionerne har tilbudt kræftpatienter at blive henvist til et andet sygehus i Danmark eller i udlandet, når regionen ikke kan tilbyde behandling inden for tidsfristen i de maksimale ventetider.

32. Det fremgår af bekendtgørelsen om maksimale ventetider, § 8, stk. 1, at hvis regionen ikke er i stand til at tilbyde behandling på sine egne sygehuse inden for tidsfristen, skal regionen med patientens samtykke tilbyde patienten at blive henvist til et andet sygehus her i landet eller i udlandet, som kan tilbyde behandling inden for tidsfristen. Formålet med bestemmelsen er ifølge lovbemærkningerne, at patienten modtager behandling uden unødigt ventetid. De maksimale ventetider til behandling indebærer ifølge Sundhedsstyrelsen en pligt for regionen til at afsøge behandlingstilbud i ind- og udland for at sikre, at patienten i videst muligt omfang modtager behandling inden for de maksimale ventetider.

33. Det fremgår af vejledningen om maksimale ventetider, at det skal dokumenteres i patientens journal, hvis patienten ikke ønsker at modtage regionens tilbud om behandling inden for de maksimale ventetider på et sygehus uden for regionen eller i udlandet, men i stedet samtykker til en senere behandling på et sygehus i egen region.

### Længere forløbstid for nervebevarende kirurgi

Af pakkeforløb for prostatakræft fremgår det, at den anbefalede forløbstid skyldes vævsforandringer i forbindelse med udtagning af vævsprøver, som skal aftage inden operation for at øge chancen for at bevare rejsningsevnen.

Af Sundhedsstyrelsens notat "Principper for supplerende indberetning af patientsamtykke efter § 8 i bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme" fra den 27. september 2017 fremgår det, at der skal være tale om en reel mulighed, når en patient tilbydes behandling på et andet sygehus. Det fremgår af notatet, at regionens tilbud samt patientens accept og samtykke skal dokumenteres tydeligt i patientens journal.

Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med denne undersøgelse oplyst til Rigsrevisionen, at patienten skal tilbydes at blive henvist til andet sygehus, der kan starte behandlingen inden for de maksimale ventetider, så patienten kan forholde sig til et alternativ. Det er således ifølge Sundhedsstyrelsen ikke tilstrækkeligt at tilbyde patienten at undersøge muligheden for at henvise til et andet sygehus.

34. Rigsrevisionens undersøgelse estimerer, at i ca. 3.100 forløb har patienten slet ikke fået et andet behandlingstilbud. I ca. 3.300 forløb er der givet et tilbud, men der er uenighed mellem regionerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet om, hvorvidt tilbudet lever op til lovkravene.

Uenigheden består hovedsageligt i, hvor konkret et behandlingstilbud patienten skal have. Regionernes tolkning af reglerne er, at det er tilstrækkeligt at tilbyde patienten at undersøge mulighederne for et andet behandlingstilbud, mens Indenrigs- og Sundhedsministeriet mener, at regionen skal kunne tilbyde patienten et reelt behandlingstilbud inden for tidsfristen. Hvis ministeriets tolkning lægges til grund, har ca. 6.400 kræftpatienter ikke fået overholdt deres patientrettighed. Hvis regionernes tolkning lægges til grund, er tallet ca. 3.100 patienter.

Rigsrevisionens beretning fra 2018 indikerede også, at der var betydeligt flere patienter, end regionerne indberettede, som ikke fik overholdt deres patientrettighed. Rigsrevisionen finder det stærkt utilfredsstillende, at der ikke er skabt en fælles forståelse af reglerne, og at Indenrigs- og Sundhedsministeriet efter 5 år fortsat monitorerer på baggrund af mangelfulde oplysninger.

35. Boks 2 viser eksempler på, hvornår Sundhedsstyrelsen vurderer, at regionens tilbud om henvisning til et andet sygehus lever op til reglerne. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at det i dokumentationen skal være tydeligt, at patienten har modtaget et tilbud om at blive henvist til behandling på et andet sygehus, der kan tilbyde behandling inden for de maksimale ventetider, og at der er tale om et reelt tilbud, som regionen på forhånd har afsøgt.

**Boks 2**

**Eksempler på journalføring af regionernes tilbud til patienten**

**Eksempel på korrekte journalføring givet i Sundhedsstyrelsens notat af 27. september 2017**

"Patienten (P.t.) er d. aa/bb tilbudt operation d. cc/dd, hvilket ikke er inden for den maksimale ventetid. Vi har tilbudt patienten henvisning til andet sygehus, der kan behandle inden for den maksimale ventetid. P.t. ønsker imidlertid at acceptere den tilbudte dato her på sygehuset. P.t. er i den forbindelse informeret om mulig risiko for dårligere prognose ved for sen operation [...]"

**Eksempler fra journalgennemgangen i Rigsrevisionens stikprøve  
Modtaget et reelt behandlingstilbud (tilstrækkeligt)**

"Patienten er informeret om, at vi som udgangspunkt ikke kommer til at overholde ventetidsgarantien. Patienten er blevet tilbudt henvisning til et andet hospital, der kan behandle inden for 14 dage".

**Tilbud om at forsøge at finde et behandlingstilbud (ikke tilstrækkeligt)**

"Patienten er informeret om, at datoen ikke overholder behandlingsgarantien og om, at hvis patienten ønsker det, kan vi forsøge at finde en hurtigere tid et andet sted".

**Intet andet behandlingstilbud modtaget (ikke tilstrækkeligt)**

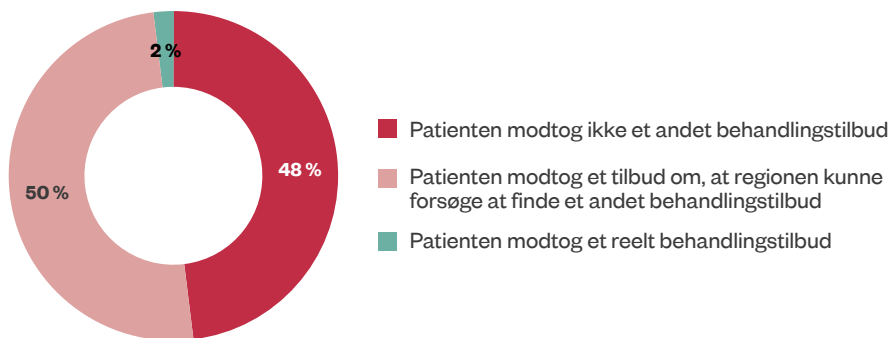
"Patient er informeret om overskridelse af ventetid med 4 dage".

Note: Sundhedsstyrelsen har bekræftet Rigsrevisionens fortolkning af eksemplerne fra stikprøven.

Figur 7 viser, hvilke tilbud patienterne har modtaget i de forløb, hvor patienten havde ret til at modtage et tilbud om at blive henvist til et andet sygehus.

**Figur 7**

**Tilbud om henvisning til et andet sygehus**



Note: Figuren er baseret på 172 patientforløb. Andelen af forløb i hele stikprøven, hvor patienten enten ikke har modtaget et andet behandlingstilbud eller kun er blevet oplyst om muligheden for at forsøge at finde et andet behandlingstilbud, har en fejlmargen på ca. ± 5%. Metoden er yderligere beskrevet i bilag 1.

Kilde: Rigsrevisionens stikprøve på 380 patientjournaler for perioden 1. juli 2019 - 1. juni 2023.

Det fremgår af figur 7, at regionerne i ca. halvdelen af forløbene i stikprøven ikke har tilbudt patienterne henvisning til et andet behandlingstilbud, når regionen ikke har kunnet tilbyde behandling inden for 14 dage. Undersøgelsen viser også, at regionerne har tilbudt ca. halvdelen af patienterne i stikprøven at forsøge at finde et andet behandlingstilbud. I 2 % af patientforløbene i stikprøven, svarende til ca. 100 forløb på landsplan, har regionerne tilbudt henvisning til et andet sygehus, der kunne behandle patienten inden for de maksimale ventetider.

36. Regionerne har oplyst, at der kan være tilfælde, hvor patienterne mundtligt er blevet tilbudt henvisning, men at dette ikke er blevet dokumenteret i journalen efter reglerne. Regionerne har herudover oplyst, at de har handlet i god tro, når de har tolket, at patientrettigheden har været overholdt ved at tilbyde patienten at forsøge at finde et andet behandlingstilbud.

37. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at Sundhedsstyrelsen med notatet fra september 2017 beskrev, at patientrettigheden først er overholdt, når henvisning til andet sygehus er en reel mulighed. Med ministeriets udlægning af reglerne er der således 98 % af stikprøvens forløb, svarende til 6.400 forløb på landsplan, hvor patienterne ikke har fået overholdt deres patientrettighed.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har også oplyst, at notatet har været en gældende vejledning om fortolkningen af bekendtgørelsen i undersøgelsesperioden, og at notatet har været drøftet med regionernes sundhedsdirektører i august 2017 og udsendt i september 2017. Det fremgår ikke af referatet fra mødet med regionernes sundhedsdirektører, at Sundhedsstyrelsen og regionerne har drøftet dette.

Regionerne har i et fællesregionalt høringssvar oplyst, at notatet fra september 2017 ikke har været bredt kommunikeret til regionerne, og at notatet ikke har haft status af generel vejledning om, hvordan bekendtgørelsens § 8 om regionernes handlepligt skal forstås. Regionerne har oplyst, at notatet alene bør ses i sammenhæng med den midlertidige, supplerende indberetning til Sundhedsstyrelsen, som regionerne foretog for patienter med udvalgte kræftformer i perioden oktober 2017 - marts 2019.

Regionerne har desuden oplyst, at de har lagt den tolkning til grund, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet oplyste i forbindelse med Rigsrevisionens beretning fra 2007. I beretningen om maksimale ventetider på kræftbehandling fra 2007 oplyste ministeriet, at bekendtgørelsen om maksimale ventetider ikke krævede, at sygehuset skulle give et konkret behandlingstilbud, men at patientrettigheden var overholdt ved, at sygehuset tilbød patienten at undersøge, om der var mulighed for, at patienten kunne blive henvist til et andet sygehus, som kunne starte behandling inden for de maksimale ventetider.

Regionernes forståelse af reglerne betyder, at 48 % af patienterne i stikprøven, svarende til 3.100 forløb på landsplan, ikke har fået overholdt deres patientrettighed.

38. Sundhedsstyrelsen har i notat til regionerne "Vedrørende handlepligt efter reglerne om maksimale ventetider" fra april 2023 beskrevet, hvornår patientrettigheden er overholdt. Af notatet fremgår det, "Dette notat gentager Sundhedsstyrelsens løbende præciseringer og rådgivning til regionerne, som det bl.a. er resumeret i tidligere notater, og det tilføjer således ikke nye fortolkninger."

39. Ministeriet bør indarbejde ændringer i fortolkningen af reglerne i det eksisterende vejledningsmateriale eller placere det let tilgængeligt sammen med øvrige notater om regelfortolkning og regelpræciseringer.

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at der er igangsat et arbejde med at opdatere vejledningen om maksimale ventetider for at præcisere og ajourføre regelgrundlaget mv., så det er let tilgængeligt. Sundhedsstyrelsen har oplyst, at vejledningen er sendt i høring med svarfrist medio marts 2024.

### **Regionernes indberetninger til Sundhedsstyrelsen**

40. Sundhedsministeren besluttede i 2012, at regionerne skulle indberette antallet af patientforløb til Sundhedsstyrelsen, hvor reglerne om de maksimale ventetider ikke er overholdt. Det er de patientforløb, hvor kræftpatienter ikke er blevet tilbudt at starte i behandling inden for tidsfristen i de maksimale ventetider, uden at der er en gyldig årsag hertil, og hvor patienten ikke har modtaget et andet behandlingstilbud.

Regionerne har i perioden juli 2019 - juni 2023 indberettet 745 patientforløb til Sundhedsstyrelsen, hvor reglerne ikke er overholdt. Vi estimerer ud fra en repræsentativ stikprøve på 380 patientjournaler, at regionerne med deres forståelse af reglerne burde have indberettet ca. 3.100 patientforløb og med Indenrigs- og Sundhedsministeriets tolkning ca. 6.400 patientforløb i perioden. Uanset tolkning af reglerne har regionerne således indberettet for få overskridelser.

41. Rigsrevisionen kan konstatere, at der ikke har været enighed mellem ministeriet og regionerne om forståelsen af en grundlæggende patientrettighed. Statsrevisorerne bemærkede i 2018 på baggrund af Rigsrevisionens beretning, at ministeriets overvågning af overholdelsen af de maksimale ventetider var baseret på mangelfulde oplysninger, og at der var indikationer på, at en del flere patienter end dem, som regionerne havde indberettet, havde ventet længere end de maksimale ventetider.

42. Indenrigs- og Sundhedsministeriet mener, at der er tale om en misvisende sammenligning, når Rigsrevisionen sammenholder antallet af indberetninger af regelbrud med undersøgelsens estimat af patientforløb med mangelfuld dokumentation i patientjournalerne. Dette skyldes, at regionerne kan have overholdt reglerne i de maksimale ventetider ved at have oplyst patienterne mundtligt om andre behandlingstilbud uden at dokumentere det.

Dette kan godt være tilfældet. Regionerne har dog pligt til at dokumentere information, der er givet til patienten i forbindelse med undersøgelse og behandling, hvilket følger af autorisationsloven og journalføringsbekendtgørelsen. Derudover følger pligten til at dokumentere regionens behandlingstilbud til patienten og patientens samtykke på baggrund heraf af vejledningen til bekendtgørelsen om maksimale ventetider og af Indenrigs- og Sundhedsministeriets notat af 27. september 2017.

Vores vurderinger af patientjournalerne har desuden været forelagt regionerne, og vurderingerne er blevet kvalificeret på baggrund af regionernes bemærkninger. Regionerne har i deres vurdering inddraget sundhedsfagligt personale i det omfang, de fandt det nødvendigt.

43. Indenrigs- og Sundhedsministeriet anerkender, at der findes udfordringer ved den nuværende overvågning af de maksimale ventetider. Ministeriet har oplyst, at en ny model for forstærket overvågning af de maksimale ventetider skal implementeres i 2024. Den forstærkede overvågning har ifølge ministeriet til formål at give et mere dækkende overblik over overskridelser af de maksimale ventetider. Derudover skal overvågningen være med til at give regionerne og Sundhedsstyrelsen et bedre grundlag for at kunne reagere på stigende udfordringer med at overholde reglerne.

### **2.3. Indenrigs- og Sundhedsministeriets kendskab til ledig behandlingsskapacitet**

44. Vi har undersøgt, om Indenrigs- og Sundhedsministeriet har fulgt med i ledig behandlingsskapacitet på relevante behandlingssteder i Danmark og i de nærmeste nabolande.

45. Det fremgår af sundhedslovens § 88, stk. 3, at hvis regionen ikke kan tilvejebringe et behandlingstilbud på et sygehus her i landet eller i udlandet inden for de fastsatte maksimale ventetider, skal regionen straks meddele det til Sundhedsstyrelsen, hvis patienten ønsker det. Sundhedsstyrelsen henviser herefter om muligt patienten til behandling på et sygehus i en anden region, på et privat sygehus eller på et sygehus i udlandet.

Det fremgår af lovbemærkningerne til sundhedslovens § 88, at det forventes, at det sædvanligvis vil være muligt for Sundhedsstyrelsen at finde et behandlingstilbud.

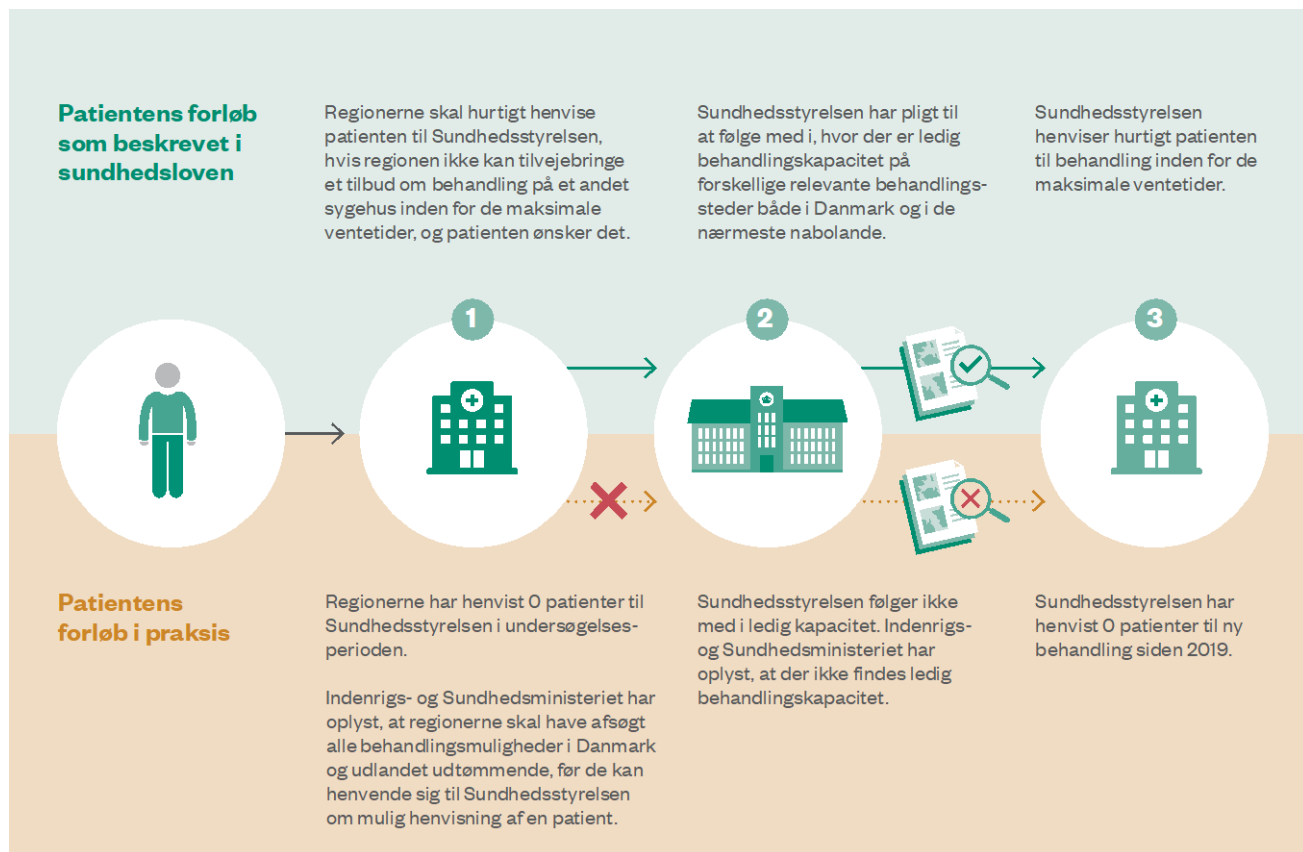
Endelig fremgår det af lovbemærkningerne, at Sundhedsstyrelsen skal behandle henvisningen af en patient meget hurtigt. Styrelsen har derfor pligt til at følge med i, hvor der er ledig behandlingsskapacitet på forskellige relevante behandlingssteder, både her i landet og i de nærmeste nabolande.

46. Undersøgelsen viser, at ingen kræftpatienter i perioden juli 2019 - juni 2023 er blevet henvist til Sundhedsstyrelsen, og at Indenrigs- og Sundhedsministeriet ikke har fulgt med i ledig behandlingsskapacitet på relevante behandlingssteder i Danmark og i de nærmeste nabolande. Rigsrevisionen finder det utilfredsstillende, at ministeriet og Sundhedsstyrelsen ikke har levet op til deres pligt til at følge med i, hvor der er ledig behandlingsskapacitet, som patienter kan henvises til, og at ministeriet ikke har taget initiativ til at foreslå reglerne ændret, hvis de ikke kan efterleves i praksis.

47. Figur 8 viser, hvad der skal ske, når patienter har ret til at blive henvist til Sundhedsstyrelsen, og hvordan forløbet for patienterne har været i praksis.

**Figur 8**

**Kræftpatienters forløb som beskrevet i sundhedsloven og i praksis**



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af sundhedsloven og undersøgelsens resultater.

**Regionernes henvisninger af patienter til Sundhedsstyrelsen**

48. Regionerne har oplyst, at de fleste kræftpatienter foretrækker at blive behandlet på et sygehus i deres egen region, og at henvisning til Sundhedsstyrelsen derfor sjældent har været ønsket. Regionerne har også oplyst, at det vil være vanskeligt for sundhedspersonalet at rådgive en kræftpatient til at blive henvist til Sundhedsstyrelsen, hvis en læge ikke har tiltro til, at overdragelsen vil gavne patienten. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at sundhedspersoner i alle tilfælde skal oplyse patienterne om deres rettigheder.

Regionerne har oplyst, at de før undersøgelsesperioden har overdraget flere patienter til Sundhedsstyrelsen, men at processen er administrativt tung. Regionerne har oplyst, at det er uklart, hvornår regionerne har afsøgt mulighederne for behandling inden for de maksimale ventetider udtømmende og kan henvise en kræftpatient til Sundhedsstyrelsen. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at Sundhedsstyrelsen har vejledt regionerne i et notat om retningslinjer til regionerne fra maj 2019 og i et notat fra april 2023.

**Sundhedsstyrelsens notat fra maj 2019**

Sundhedsstyrelsens notat beskriver processen for styrelsens egen handlepligt.

Det fremgår af notatet, at regionen skal have udtømt alle muligheder for at henvise patienten til et behandlingstilbud inden for de maksimale ventetider i Danmark eller i udlandet, inden patienten kan henvises til Sundhedsstyrelsen.

Notatet beskriver krav til formatet og indholdet af regionernes henvisning.



Vores sagsgennemgang viser, at en region i juni 2023 har rettet henvendelse til Sundhedsstyrelsen, fordi regionen ikke kunne finde et behandlingstilbud, og patienten ønskede at blive henvist til Sundhedsstyrelsen. Styrelsen vendte efter 2 dage tilbage til regionen med svar om, at behandlingsmulighederne ikke vurderedes at være afsøgt udtømmende, da Sundhedsstyrelsen i deres undersøgelse havde fået oplysninger om et muligt behandlingssted, som regionen ikke havde afsøgt. Sundhedsstyrelsen vurderede derfor, at kriterierne for at henvise en patient til styrelsen ikke var opfyldt.

49. Rigsrevisionen kan konstatere, at patienternes lovbestemte ret til at blive henvist til Sundhedsstyrelsen med henblik på at finde et behandlingssted, der kan starte behandling inden for de maksimale ventetider, ikke eksisterer i praksis. Såvel den manglende henvisning som den administrative proces mellem regionerne og Sundhedsstyrelsen bidrager til dette. Patienterne risikerer dermed, at de ikke får den hjælp, som der er beskrevet i sundhedsloven, og at ventetiden til behandling forlænges.

Rigsrevisionen anbefaler, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet afklarer, hvordan processen kan forbedres, herunder hvilke krav ministeriet med rimelighed kan stille til de enkelte regioner om at have det fulde overblik over behandlingstilbud i Danmark og udlandet. Med den eksisterende proces risikerer patienter i en sårbar situation at blive kastebold mellem forskellige myndigheder.

### **Kendskab til ledig behandlingskapacitet**

50. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at ministeriet er enig i, at Sundhedsstyrelsen skal følge med i ledig behandlingskapacitet, men at lovbemærkningerne ikke indeholder nogen formkrav til, hvordan dette skal ske. Det afgørende er ifølge ministeriet, at Sundhedsstyrelsen er i stand til at reagere hurtigt med henblik på, at patienten kan få overholdt sine rettigheder om behandling inden for de maksimale ventetider.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at kapaciteten i sundhedsvæsenet udnyttes maksimalt, og at ledig kapacitet tilvejebringes via daglige prioriteringer på afdelingerne på landets sygehuse. Ministeriet mener, at præmissen for undersøgelsen er uacceptabel, da der ikke findes ledig kapacitet.

51. Det fremgår af lovbemærkningerne, at Sundhedsstyrelsen har pligt til at følge med i ledig behandlingskapacitet i Danmark og i de nærmeste nabolande. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at Sundhedsstyrelsens viden om kapacitet i udlandet er på et overordnet niveau og fås gennem drøftelser i samarbejdsfora med sundhedsstyrelser i andre lande.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at ministeriet ikke mener, at det er korrekt, at Sundhedsstyrelsen ikke har kendskab til ledig kapacitet, da styrelsen gennem Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet følger behandlingskapaciteten og oplyses om kapacitetsudfordringer.

Rigsrevisionen har ikke modtaget dokumentation for, at Sundhedsstyrelsen alene eller i regi af taskforcen har afdækket ledig kapacitet i Danmark og i de nærmeste nabolande i undersøgelsesperioden.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har også oplyst, at det er regionernes ansvar i det enkelte forløb at afsøge relevante behandlingsmuligheder i Danmark eller i udlandet, før Sundhedsstyrelsen kan overtage ansvaret for at tilvejebringe et behandlingstilbud til en patient. Det betyder ifølge ministeriet, at styrelsen ikke kan gøre yderligere end at afsøge de muligheder, der allerede er afsøgt af regionen.

Rigsrevisionen finder det utilfredsstillende, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen ikke har levet op til deres pligt til at følge med i, hvor der er ledig behandlingsskapacitet, som patienter kan henvises til, og at ministeriet ikke har taget initiativ til at foreslå reglerne ændret, hvis de ikke kan efterleves i praksis.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at der som et initiativ i regeringens "Ny sundhedspakke" fra maj 2023 skal oprettes en ny specialenhed, der skal sikre, at regionerne samarbejder om behandlingsskapaciteten på tværs af landet og løbende overvåger, om der mangler kapacitet på sygehuse i Danmark. Enheden skal også understøtte regionernes brug af kapacitet i udlandet via aftaler med sygehuse i ind- og udland.

## 2.4. Social lighed i kræftpatienters ventetid til behandling

52. Vi har undersøgt, om der er lighed i ventetiden til behandling uanset patienternes indkomst og uddannelsesniveau.

53. Det følger af sundhedslovens § 2, at sundhedsmyndighederne skal sikre let og lige adgang til sundhedsvæsenet. Det er ikke specificeret i loven, hvordan lige adgang til sundhedsvæsenet skal defineres, men de maksimale ventetider til behandling gælder for kræftpatienter uanset baggrund. Vi lægger derfor til grund, at der ikke bør være systematiske socioøkonomiske forskelle i, hvor lang tid kræftpatienter venter på at starte i behandling.

Vores undersøgelse kan ikke påvise, at der er ulighed i ventetiden til behandling for patientgrupper med forskellig indkomst og uddannelsesniveau.

Vi har undersøgt forskelle i ventetiden på tværs af alle kræftformer og inden for de 6 mest udbredte kræftformer for at afdække, om der er ulighed inden for disse kræftformer, der ikke kan påvises i den tværgående analyse.

Vores analyser har ikke påvist systematiske forskelle i ventetiden til behandling for kræft, som kan forklares med patienters indkomst eller uddannelsesniveau. Metoden bag den socioøkonomiske analyse er beskrevet i bilag 1.

Rigsrevisionen, den 4. april 2024

Birgitte Hansen

/Kristian Brink

## Bilag 1. Metodisk tilgang

Undersøgelsen bygger på dokumentgennemgang, registeranalyser af patientforløbsdata og gennemgang af en stikprøve af patientjournaler.

Vi har holdt møder med de 5 regioner, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen med henblik på at få yderligere informationer.

Vi har også holdt møder med følgende relevante interessenter på området:

- Danske Regioner
- Kræftens Bekæmpelse.

Nedenfor beskrives vores kvalitetssikring, data og metode i flere detaljer.

### Kvalitetssikring

Denne undersøgelse er kvalitetssikret via vores interne procedurer for kvalitetssikring, som omfatter høring hos de reviderede samt ledelsesbehandling og sparring på forskellige tidspunkter i undersøgelsesforløbet med chefer og medarbejdere i Rigsrevisionen med relevante kompetencer.

### Væsentlige dokumenter

Vi har gennemgået en række dokumenter, herunder:

- sundhedslovens § 2 og 88
- autorisationslovens § 22
- bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme (bekendtgørelse nr. 584 af 28. april 2015)
- Sundhedsstyrelsens vejledningsmateriale om overholdelse af de maksimale ventetider
- data fra Landspatientregisteret (LPR3) om kræftpatienters forløb med forløbsmærker for henvisning til behandling, samtykke til behandling og start af behandling
- Sundhedsdatastyrelsens vejledninger om indberetning til LPR3 og monitorering af kræftområdet
- journaler for 380 patienter i kræftforløb for perioden, fra patienten bliver henvist til behandling, til behandlingen starter.

Formålet med gennemgangen af dokumenterne har været at skabe et grundlag for vores vurdering af, om regionerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet har sikret, at kræftpatienter starter i behandling i overensstemmelse med reglerne om de maksimale ventetider.

### Registeranalyse

Formålet med registeranalysen er at undersøge, hvor mange kræftpatienter der er startet i behandling inden for tidsfristen i de maksimale ventetider målt fra sygehuse modtagelse af henvisning til behandling (28 kalenderdage) og fra patientens samtykke (14 kalenderdage).

Registeranalyserne er baseret på registreringer fra Landspatientregisteret (LPR3). I LPR3 registreres alle patientkontakter med sygehusvæsenet.

### Population og afgrænsninger

Undersøgelsen omfatter alle patienter over 18 år, som har modtaget behandling for kræftsygdomme i Danmark i perioden 1. juli 2019 - 30. juni 2023. Kræftpatienter, der henvises til og modtager behandling i udlandet, registreres ikke i LPR3 og indgår derfor ikke i denne undersøgelse. Regionerne har oplyst, at det vedrører 3 kræftpatienter i undersøgelsesperioden.

Regionerne overgik fra LPR2 til LPR3 i 1. kvartal 2019. I LPR3 blev det muligt at registrere patientens samtykke til behandling. Sundhedsdatastyrelsen har oplyst, at der efter overgangen var en indfasningsperiode med lavere datakvalitet. Efter dialog med Sundhedsdatastyrelsen har vi besluttet at anvende 3. kvartal 2019 som starttidspunkt for undersøgelsen.

Sluttidspunktet i 2023 er valgt for at få flest mulige afsluttede patientforløb med i undersøgelsen.

### Datagrundlag

Sundhedsdatastyrelsen har leveret følgende datasæt til Rigsrevisionen:

- ventetidsdatasæt, som bruges i den nationale monitorering af udredningsretten og behandlingsretten
- supplerende datasæt med samtykkeregistreringer til ventetidsdatasættet
- kræftpakke-datasæt, som bruges i den nationale monitorering af kræftpakker
- supplerende datasæt med samtykkeregistreringer til kræftpakke-datasættet.

Vi har anvendt følgende registre fra Danmarks Statistik til den socioøkonomiske analyse:

- registeret "Uddannelser" i perioden 2019-2022
- registeret "Indkomst" i perioden 2019-2022
- registeret "Familieindkomster" i perioden 2019-2022
- registeret "Befolkningen" i perioden 2019-2022
- "Adresseregistret" i perioden 2019-2022
- "Arbejdsklassifikationsmodulet" i perioden 2019-2022
- registeret "Døde i Danmark" i perioden 2019-2022
- "Dødsårsagsregistret" i perioden 2019-2022
- registeret "Indvandrere og Efterkommere" i perioden 2019-2022
- registeret "Historiske vandringer" i perioden 2019-2022
- Landspatientregisteret (LPR3) – Oplysninger om kontakter i perioden 2019-2022
- Landspatientregisteret psykiatri – Administrative oplysninger i perioden 1977-2019
- Landspatientregisteret (LPR3) – Oplysninger om diagnoser i perioden 2019-2022
- Landspatientregisteret – Administrative oplysninger i perioden 1977-2019
- Landspatientregisteret – Oplysninger om diagnoser i perioden 2012-2019.

Kræftpatienter, som er omfattet af reglerne om maksimale ventetider, kan optræde i forskellige datasæt afhængigt af, om deres forløb er gennemført i en kræftpakke. Vi har derfor både modtaget datasæt, som bruges i monitoreringen af kræftpakker og i monitoreringen af udrednings- og behandlingsretten.

Kræftpakkedatasættet indeholder data for patienter, som opfylder kriterierne for at indgå i én af de 26 kræftpakker, som dækker ca. 40 kræftsygdomme. Ventetidsdatasættet indeholder data for patienter, som ikke var i en kræftpakke, men som havde forløbslabel ALAL01 (kræftsygdomme) ved registreringen af behandlingsstart. Vi har valgt at anvende data fra begge datasæt i vores undersøgelse for at analysere flest mulige kræftpatienter, som er omfattet af reglerne om de maksimale ventetider. Ca. 18 % af alle patientforløbene i vores analyse var ikke registreret i en kræftpakke

Både kræftpakkedatasættet og ventetidsdatasættet indeholder forløbsmarkører, som er tidsstempler for begivenheder i en patients forløb i sundhedsvæsenet, fx når patienten starter i behandling. Kræftpakkedatasættet indeholder forløbsmarkører, som bruges til at overvåge overholdelsen af standardforløbstider i kræftpakkerne, mens ventetidsdatasættet indeholder forløbsmarkører, som bruges til at overvåge udrednings- og behandlingsretten. Suppleret med forløbsmarkører for patientens samtykke fra LPR3 kan disse forløbsmarkører anvendes til at udregne overskridelser af tidsfristen.

Anvendelsen af registreringer fra forskellige datakilder er drøftet med Sundhedsdatastyrelsen, som har rådgivet om, hvordan de forskellige datasæt kobles, og hvordan vi bør håndtere forløb, som giver anledning til tvivl om sammenhænge mellem forløbsmarkører.

Det er ikke muligt at opgøre på baggrund af registerdata, om overskridelser af tidsfristen i de maksimale ventetider skyldtes gyldige eller ugyldige årsager. Det er heller ikke muligt ud fra data at undersøge, om patientrettighederne var overholdt i de patientforløb, hvor tidsfristen var overskredet. Til dette formål har vi gennemgået en repræsentativ stikprøve af patientjournaler, som bliver beskrevet senere i metodebilaget.

### Registrering af samtykke

Datasættene med samtykke indeholder tidsstempler for patienters samtykke til behandling, som vi har samkørt med henholdsvis kræftpakke- og ventetidsdatasættet. Efter samkøring har vi identificeret og frasorteret 4.416 patientforløb, hvor sammenhængen mellem patientens samtykke og de øvrige forløbsmarkører var uklar. Uklare forløb kan fx skyldes, at samtykke er registreret med en dato, der ligger efter behandlingsstart, eller at samtykke er registreret flere gange i forløbet. Dernæst har vi samkørt kræftpakkedatasættet med ventetidsdatasættet. For de patientforløb, som optræder i begge datasæt, bruger vi forløbsmarkørerne fra kræftpakkedatasættet.

Efter samkøring har vi et datasæt, som indeholder i alt 138.290 patientforløb i undersøgelsesperioden, hvoraf 22.828 forløb ikke har et registreret samtykke i forløbet og derfor ikke kan bruges til at undersøge overskridelsen af tidsfristen på 14 dage. De resterende 115.462 forløb bruges i registeranalysen og danner grundlag for stikprøven i journalgennemgangen.

Tabel A viser antallet af patientforløb med og uden et registreret samtykke fordelt på regioner samt andelen med registreret samtykke, som indgår i registeranalyserne. Forløbene er tilknyttet den region, som har startet patientens behandling.

**Tabel A**  
**Frivillig registrering af samtykke**

Region	Forløb med registreret samtykke	Forløb uden registreret samtykke	Alle forløb	Andel forløb med registreret samtykke
Region Nordjylland	13.910	4.394	18.304	76 %
Region Midtjylland	28.657	3.031	31.688	90 %
Region Syddanmark	19.060	10.597	29.657	64 %
Region Hovedstaden	38.654	4.317	42.971	90 %
Region Sjælland	15.170	152	15.322	99 %
Ingen region	11	337	348	3 %
<b>Total</b>	<b>115.462</b>	<b>22.828</b>	<b>138.290</b>	<b>83 %</b>

Note: Kategorien "Ingen region" betyder, at der ikke var registreret en regionskode i tilknytning til behandlingsstart.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Landspatientregisteret, som Sundhedsdatastyrelsen har trukket den 10. september 2023.

Det fremgår af tabel A, at Region Syddanmark og Region Nordjylland har den laveste andel af forløb med et registreret samtykke. Region Syddanmark har oplyst, at det kun er Odense Universitetshospital, der har registreret samtykke i undersøgelsesperioden. Patientforløb på de øvrige sygehuse i Region Syddanmark er derfor ikke med i vores registeranalyser eller journalgennemgang.

#### Metode for registeranalyser

Alle registeranalyser er baseret på, at vi for hvert patientforløb har analyseret, om tidsfristen er overskredet. En overskridelse af tidsfristen betyder, at kræftpatienten enten har ventet over 14 kalenderdage fra patientens samtykke til behandlingsstart, eller at patienten har ventet over 28 kalenderdage, fra sygehuset har modtaget henvisning til behandling og til behandlingsstart. Det giver i alt 4 mulige udfald for det enkelte patientforløb:

- Patienten starter i behandling inden for tidsfristen på både 14 og 28 kalenderdage (tidsfristen er overholdt).
- Patienten starter ikke i behandling inden for tidsfristen på 14 kalenderdage fra patientens samtykke, men starter i behandling inden for tidsfristen på 28 kalenderdage fra sygehusets modtagelse af henvisning til behandling (tidsfristen er overskredet).
- Patienten starter ikke i behandling inden for tidsfristen på 28 kalenderdage fra sygehusets modtagelse af henvisning til behandling, men starter i behandling inden for tidsfristen på 14 kalenderdage fra patientens samtykke (tidsfristen er overskredet).
- Patienten starter ikke i behandling inden for tidsfristen på 14 kalenderdage fra patientens samtykke og heller ikke inden for tidsfristen på 28 kalenderdage fra sygehusets modtagelse af henvisning til behandling (tidsfristen er overskredet).

Et forløb, som både overskrider tidsfristen på 14 og 28 kalenderdage, tæller kun med som én overskridelse af tidsfristen i de maksimale ventetider.

### Fremgangsmåde

Vi har udregnet antallet af kalenderdage i patientforløbet fra "samtykke til behandling, maksimale ventetider" (forløbsmarkør AFV01C8) og fra "henvist til behandling" eller "henvist til behandling, maksimale ventetider" (forløbsmarkører AFBXXC1, AFV01E1 eller AFV01E1A) til "initial behandling start", "behandling start" eller "klinisk beslutning: endeligt udredt, behandling igangsat i umiddelbar forlængelse af udredning" (AFBXXF\*, AFV01F eller AFX01A3).

Dag 0 i udregningen er datoerne, hvor der er registreret henholdsvis en forløbsmarkør for sygehusets modtagelse af henvisning til behandling og en forløbsmarkør for patientens samtykke til behandling.

Vi har for hvert patientforløb undersøgt, om behandlingen er igangsat inden for tidsfristen. Andelen af overskridelser af tidsfristen er målt som antallet af patienter, der overskrider tidsfristen, ud af alle 115.462 forløb.

I 294 forløb er der ikke registreret, at der er modtaget en henvisning til behandling. Sundhedsdatastyrelsen har oplyst, at det ikke er obligatorisk for regionerne at registrere sygehusets modtagelse af en henvisning til behandling, hvis behandlingen sker samme dag, som henvisningen modtages. Vi har kontrolleret, at der var en ventetid på 0 kalenderdage fra samtykke til behandlingsstart. De 294 forløb indgår derfor i analysen som forløb, der overholder tidsfristen.

Tabel B viser, hvordan de undersøgte patientforløb fordeler sig i forhold til overskridelse af tidsfristen.

**Tabel B**  
**Fordeling af patientforløb**

Overholdelse af tidsfrist	Antal forløb	Andel
Tidsfristen er overholdt	99.157	85,9 %
Tidsfristen på 14 dage er overskredet	9.632	8,3 %
Tidsfristen på 28 dage er overskredet	1.847	1,6 %
Tidsfristen på 14 og 28 dage er overskredet	4.826	4,2 %
<b>Total</b>	<b>115.462</b>	<b>100 %</b>

**Kilde:** Rigsrevisionen på baggrund af data fra Landspatientregisteret, som Sundhedsdatastyrelsen har trukket den 10. september 2023.

### De 4 registeranalyser

Baseret på registerdata fra LPR3 for 3. kvartal 2019 til og med 2. kvartal 2023 har vi udarbejdet 4 analyser af ventetiden til behandling. Alle 4 analyser er baseret på patientforløb, hvor der er registreret samtykke. I alt indgår der 115.462 patientforløb i analyserne. I analyse 3 (kræftformer) og analyse 4 (social lighed) er der dog yderligere frasorteret forløb. Dette er beskrevet nærmere for den enkelte analyse.

**Analyse 1: Ventetid ud over tidsfristen**

Figur 4 viser, hvor mange uger tidsfristen er overskredet med. Analysen er baseret på 16.305 patientforløb, hvor behandlingen er startet senere end 14 kalenderdage fra samtykke og/eller senere end 28 kalenderdage fra henvisning til behandling.

*Fremgangsmåde:*

Vi har udregnet antallet af kalenderdage i patientforløbet med samme metode som beskrevet under metode for registeranalyser. Vi har opdelt figuren i 2 kategorier, hvor den ene viser antallet af forløb, som overskrider tidsfristen på 14 kalenderdage eller begge, og den anden viser antallet af forløb, som udelukkende overskrider tidsfristen på 28 kalenderdage, jf. tabel B.

**Analyse 2: Udviklingen i andelen af patientforløb, som overskrider tidsfristen i de maksimale ventetider**

Figur 5 viser andelen af kræftpatienter, som ikke er startet i behandling inden for tidsfristen i de maksimale ventetider for hvert kvartal i undersøgelsesperioden. Analysen er baseret på 115.462 patientforløb.

*Fremgangsmåde:*

Vi har udregnet antallet af kalenderdage i patientforløbet med samme metode som beskrevet under metode for registeranalyser. Vi har opdelt perioden i kvartaler og vist patientforløbene, som overskrider tidsfristen, i det kvartal, hvor behandlingen er startet.

Andelen af kræftpatienter, som ikke startede i behandling inden for tidsfristen i de maksimale ventetider, er målt som antallet af forløb, der overskred tidsfristen, ud af det samlede antal forløb i kvartalet.

**Analyse 3: Andelen af patientforløb, som overskrider tidsfristen i de maksimale ventetider, fordelt på kræftformer**

Figur 6 viser andelen af patienter, som ikke er startet i behandling inden for tidsfristen i de maksimale ventetider vist for forskellige kræftformer i kræftpakker i undersøgelsesperioden. Derudover angiver figuren antallet af patientforløb inden for hver kræftpakke. Analysen indeholder data for i alt 94.775 patientforløb, som er startet i behandling i en kræftpakke, hvilket svarer til 82 % af vores datagrundlag.

*Fremgangsmåde:*

Vi har udregnet antallet af dage i patientforløbet med samme metode som beskrevet under metode for registeranalyser. Vi har tilføjet navnet på den kræftpakke, som er registreret i tilknytning til behandlingen.

Andelen af kræftpatienter, som ikke er startet i behandling inden for tidsfristen, er målt som den andel af forløb, der overskred tidsfristen, ud af det samlede antal forløb i kræftpakken.

Vi har i figuren i alt udeladt 6.873 patientforløb i kræftpakker, hvor der i perioden var færre end 1.000 forløb. Derudover har vi udeladt 20.687 patientforløb, der ifølge vores datagrundlag ikke modtog behandling i en kræftpakke.



***Analyse 4: Social lighed i kræftpatienters ventetid***

For at undersøge sammenhænge mellem kræftpatienters uddannelsesniveau, indkomst og ventetiden til behandling, har vi brugt generaliserede lineære regressionsmodeller. Modellerne gør det muligt at analysere, om der er systematiske forskelle i ventetid afhængigt af patienternes uddannelsesniveau og indkomst under hensyntagen til en række øvrige forhold. Med andre ord har vi undersøgt, om der er en statistisk signifikant sammenhæng mellem uddannelsesbaggrund, indkomst og ventetider, som ikke skyldes tilfældigheder, eller som kan forklares af andre forhold, fx øvrig sygdom. Uddannelsesniveau og indkomst er valgt, fordi de udgør de mest centrale mål for patientens resurser og derfor er bedst egnede til at måle graden af lighed. Da uddannelse og indkomst er korrelerede, har vi undersøgt dem både i særskilte modeller og i en samlet model for at vurdere, hvilken sammenhæng der er mellem ventetid og hver af disse faktorer, når der tages højde for andre forhold, som kan have betydning for ventetid (se nedenstående beskrivelse af modeller).

Det skal bemærkes, at analysen omhandler patienter, der er henvist til kurerende behandling. Analysen kan derfor ikke bruges til at konkludere, om der er ulighed forbundet med, hvilke patientgrupper der tilbydes henvisning til behandling.

***Datagrundlag til den socioøkonomiske analyse:***

Det datasæt, der bruges i de 4 ovenstående registeranalyser, er blevet koblet med grunddata fra Danmarks Statistik. Valget af variable er sket på baggrund af drøftelser med Kræftens Bekæmpelse. Tabel C viser det fulde datasæts variable.

**Tabel C**  
**Variabelbeskrivelse for analyse om social lighed**

Variabel	Beskrivelse
<b>Data vedrørende patientforløbet</b>	
Ventetid	Perioden, fra patienten har afgivet samtykke til behandling, til behandlingen er startet, opgjort i hele dage som beskrevet i "Fremgangsmåde".
Kræftpakke	Nummeret på den kræftpakke type, forløbet er en del af, hvis der er tale om et kræftpakkeforløb.
Behandlingstype ved initialbehandling	Medicinsk behandling, strålebehandling eller kirurgisk behandling.
<b>Variable, der omhandler medfødte forudsætninger</b>	
Køn	Patientens køn (mand/kvinde).
Alder	Patientens alder pr. 1. januar i det år, samtykket til behandling gives.
Oprindelse	Dansk, vestlig eller ikke-vestlig.
<b>Variable, der omhandler behandlingsmæssige forudsætninger</b>	
CCI-score	Charlsons Comorbidity Index. En score, der beregnes på baggrund af patientens øvrige kendte diagnoser forud for kræftforløbet. Bruges som en proxy for patientens sygelighed, der kan komplicere behandlingsforløbet.
Urbaniseringsgrad	Mål for befolkningstætheden i det pågældende område (tæt, medium tæt, tyndt befolket) baseret på den kommune, patienten er bosiddende i.
<b>Variable vedrørende socioøkonomiske forudsætninger</b>	
Uddannelse	Højst opnåede uddannelse grupperet i 4 niveauer, hvor: <ul style="list-style-type: none"> <li>niveau 1 indeholder kategorien "10 Grundskole"</li> <li>niveau 2 indeholder "20 gymnasiale uddannelser", "30 Erhvervsfaglige uddannelser" samt "realeksamen" for personer født før 1958</li> <li>niveau 3 indeholder "40 Korte videregående uddannelser"</li> <li>niveau 4 indeholder de resterende 4 grupper ("50 Mellemlange videregående uddannelser", "60 Bacheloruddannelser", "70 Lange videregående uddannelser", "80 Ph.d. og forskeruddannelser").</li> </ul>
Beskæftigelse	3 grupper: "I beskæftigelse", "Modtager af offentlig ydelse (undtagen pensionister)", "Pensionister".
Familietype	Enlig eller par.
Indkomst	Ækvivaleret disponibel indkomst for familien.

**Kilde:** Rigsrevisionens beskrivelse af variable til den socioøkonomiske analyse og de anvendte grupperinger.

Registrene er ikke komplette, og i alt er der 19.768 forløb, som mangler én eller flere variable. Det er især variablene CCI-score (mangler for 10.673 forløb) og familietype (mangler for 8.195 forløb). Fraværet af disse vurderes dog ikke at påvirke resultaterne, da der ikke er nogen systematik i, hvilke personer der mangler disse oplysninger.

Variablene er valgt for at afspejle relevante indikatorer for patienternes socioøkonomiske status og de øvrige mest betydningsfulde faktorer, der kan påvirke resultaterne.

Vi har i analysen frasorteret alle patienter under 30 år. Det skyldes, at deres socioøkonomiske status vil være vanskelig at måle, da mange i gruppen 18-30 år stadig er under uddannelse. Vi frasorterer desuden 634 patientforløb, hvor ventetiden er over 60 kalenderdage. Det gør vi af 2 årsager. Regionerne har oplyst, at disse indeholder en stor andel af forløb, hvor der er en klinisk årsag til den høje ventetid, eller der er tale om registreringsfejl. Samtidig vil ekstreme enkeltobservationer potentielt påvirke resultaterne af en regressionsanalyse uforholdsmæssigt meget.

#### *Modeller:*

Analyserne er lavet for den fulde population og for patienter i en af de følgende kræftpakker: 1) lungekræft, 2) brystkræft, 3) tyk- og endetarmskræft, 4) modermærkekræft, 5) hoved- og halskræft og 6) prostatakræft. Disse grupper er valgt, fordi det er de mest udbredte kræftformer, som tilsammen dækker ca. 56 % af alle kræftforløb, som indgår i registeranalysen, og ca. 69 % af alle kræftpakkeforløb.

Modellerne er lavet som regressionsmodeller i form af generaliserede lineære modeller, der antager en eksponentiel fordeling af ventetider med en logaritmisk funktion. Den generaliserede lineære model er valgt, fordi ventetidsdata typisk følger fordelinger, for hvilke denne model understøtter statistiske analyser. Eksponentiel fordeling er valgt på baggrund af en visuel inspektion af fordelingen af ventetider, hvor vi også har undersøgt, om fordelingen er negativ binomial eller normalfordelt.

For hver gruppe er der først dannet en simpel model, der alene kigger på sammenhængen mellem uddannelse og ventetid uden at tage højde for øvrige variable. Dernæst er de øvrige variable føjet til gradvist efter følgende struktur, jf. tabel D.

**Tabel D**  
**Modelbeskrivelse for analyse om social lighed**

<b>Model</b>	<b>Variable</b>
Model 1	Uddannelse
Model 2	Model 1 + "medfødte forudsætninger" i form af variablene køn, alder og oprindelsesland
Model 3	Model 2 + "behandlingsmæssige forudsætninger" i form af CCI-score og urbaniseringsgrad
Model 4	Model 3 + Øvrige socioøkonomiske forudsætninger: Familietype, beskæftigelse og indkomstniveau

**Kilde:** Rigsrevisionens beskrivelse af indholdet i de anvendte regressionsmodeller i de socioøkonomiske analyser.

Den samme fremgangsmåde er gentaget, hvor det er indkomst i stedet for uddannelse, der indgår i model 1 og nedefter.

Denne fremgangsmåde er valgt, fordi både de simple og de mere komplekse modeller kan sige noget om, hvorvidt der er systematisk forskel i ventetid afhængigt af patienternes uddannelsesniveau eller indkomst. De simple modeller kan vise, om der er en forskel, og de mere komplekse modeller kan vise, om de forskelle, der er i de simple modeller, kan forklares helt eller delvist ud fra nogle af de øvrige parametre.

Analyserne er foretaget ad 2 omgange. Først, hvor hele gruppen er inkluderet, og dernæst med en delpopulation, hvor vi kun analyserer patientforløb med en ventetid over 0 dage. Det har vi gjort for at sikre, at vi ikke undervurderer ventetiden for socioøkonomiske grupper med en høj andel af akutte patienter.

### **Robusthedsanalyser**

For at teste robustheden af resultaterne i registeranalysen har vi foretaget 3 analyser, der adresserer de forbehold, regionerne har haft for vores resultater.

I den første analyse undersøger vi risikoen for at overestimere andelen af patientforløb, som overskrider tidsfristen, fordi vi ikke kan undersøge, om de 22.828 forløb, som ikke har en registrering af samtykke, overskrider tidsfristen på 14 dage. I analysen antager vi derfor, at ingen af de 22.828 patientforløb har overskredet tidsfristen.

I den anden analyse undersøger vi, hvor stor en andel af patientforløbene der overskrider tidsfristen, hvis vi kun undersøger patientforløb i kræftpakker, sådan som regionerne har anbefalet det. I vores undersøgelse har vi som nævnt valgt at inkludere både data fra kræftpakke-datasættet og ventetids-datasættet for at inkludere flest mulige kræftpatienter, der er omfattet af reglerne.

I den tredje analyse sammenligner vi de frivillige registreringer af samtykke i LPR3 med den obligatoriske registrering af samtykke i patientjournalen for at vurdere, om den frivillige registrering i registerdata er registreret korrekt.

### ***Betydning af frafaldet af 22.828 patientforløb uden registreret samtykke***

Analysen viser, at der er en forskel på 1,5 procentpoint, når vi sammenligner vores resultater i undersøgelsen med analysen af alle patientforløb, under antagelse af, at alle patientforløb uden registreret samtykke overholdt tidsfristen.

Vores undersøgelse viser, at regionerne i 14,1 % af 115.462 patientforløb med et registreret samtykke ikke overholdt tidsfristen, jf. kapitel 2. Det tilsvarende tal vil være 12,6 %, hvis alle patientforløb uden registreret samtykke overholdt tidsfristen. Det skal bemærkes, at 1.083 ud af de 22.828 patientforløb uden registreret samtykke overskrider tidsfristen på 28 dage fra henvisning til behandling til behandlingsstart.

### ***Betydning af at inkludere patientforløb, som ikke var i en kræftpakke***

Analysen viser, at der er en lille forskel på 1 procentpoint, når vi sammenligner vores resultater i undersøgelsen med patientforløb, som startede i behandling i en kræftpakke. Vi kan estimere, at 13,1 % af 94.775 patientforløb, som startede i behandling i en kræftpakke, ikke overholdt tidsfristen.

### **Sammenligning af registreringer i LPR og patientjournalen**

Vi har sammenlignet datoen for registrering af samtykke i LPR3 med den dato, der fremgår af patientjournalen. Sammenligningen viser, at der er overensstemmelse i 90 % af de udvalgte 380 patientforløb. Ud af de 40 journaler, hvor der ikke er overensstemmelse mellem registreringen i LPR3 og patientjournalen, var tidsfristen overskredet i 28 forløb. I 5 patientforløb var tidsfristen ikke overskredet, i 3 forløb var patienten ikke omfattet af bekendtgørelsen, og i 4 forløb var regionen enig i, at patientens samtykke ikke fremgår af patientjournalen.

### **Stikprøve af patientjournaler**

Formålet med stikprøven af patientjournaler er at skabe et grundlag for vores vurdering af, om regionerne har overholdt kræftpatienters rettigheder, når patienterne ikke er startet i behandling inden for tidsfristen.

Vi har valgt at gennemgå patientjournaler, da det kun fremgår af patientens journal, hvad årsagen til overskridelsen af tidsfristen er, og om patienten har modtaget et andet behandlingstilbud, der er inden for tidsfristen.

### **Udvælgelse af stikprøve**

Vi har udtrukket en stikprøve på 380 ud af de i alt 14.458 patientforløb, hvor tidsfristen på 14 kalenderdage er overskredet, jf. afsnit 2.1. og tabel B, og hvor behandlingen er startet efter den 1. juli 2019 og før den 1. juni 2023. Da stikprøven er udtrukket blandt de forløb, hvor tidsfristen på 14 kalenderdage er overskredet, er stikprøven ikke repræsentativ for de 1.847 patientforløb, hvor det kun er tidsfristen på 28 kalenderdage fra henvisning til behandling til behandlingsstart, der er overskredet. Det betyder, at der er en risiko for, at vi undervurderer det reelle antal af overskridelser af bekendtgørelsen.

Stikprøvens størrelse er fastsat ud fra, at vi – baseret på en antagelse om 50 % fejl – accepterer en fejlmargen på højst 5 % og et konfidensniveau på 95 %. Med dette udgangspunkt blev stikprøven 380 patientforløb. Det betyder, at vi med 95 % sikkerhed kan sige, at de resultater, vi opnår i stikprøven, kan generaliseres til resten af populationen inden for en fejlmargen på højst  $\pm 5$  %. Stikprøvestørrelse og fejlmargen kan ændre sig afhængigt af, hvor mange af stikprøvens patientforløb vi undersøger i de enkelte analyser. Det beskriver vi nedenfor i afsnittene om stikprøveanalysens resultater og vores generalisering til populationen.

Stikprøven er stratificeret proportionelt med antallet af overskridelser af tidsfristen på 14 kalenderdage i hver af de 5 regioner ud af det samlede antal overskridelser på landsplan. Patientforløbene i stikprøven er efterfølgende udvalgt simpelt tilfældigt. Stikprøven er repræsentativ på landsplan, men ikke på regionsniveau, og vores resultater kan derfor kun generaliseres til på landsplan.

Stikprøven fordeler sig med 164 patientforløb fra Region Hovedstaden, 67 patientforløb fra både Region Midtjylland og Region Syddanmark, 58 patientforløb fra Region Sjælland og 24 patientforløb fra Region Nordjylland.

Det er regionerne, der på vores anmodning har udleveret uddrag af patientjournalerne og foretaget afgrænsningen af forløbet i patientjournalen.

### Analyse af stikprøven

For hvert af de 380 patientforløb har vi indhentet:

- en oversigt over regionernes registrerede forløbsmarkører for "henvi-  
sing til be-  
handling", "samtykke til behandling" og "behandling start"
- journaluddrag, fra patienten er færdigudredt, til behandlingen er startet.

For hvert af de 380 patientforløb har vi gennemgået:

- om forløbsmarkører for "henvi-  
sing til behandling", "patientens samtykke" og "be-  
handling start" er sat på den korrekte dato, når vi har sammenlignet med patien-  
tens journal
- hvad årsagen var til overskridelsen af de maksimale ventetider
- om regionerne har tilbudt patienter en henvi-  
sing til et andet sygehus i Danmark  
eller i udlandet, der kunne starte patientens behandling inden for tidsfristen
- om regionen har givet Sundhedsstyrelsen besked, hvis regionen ikke kunne finde  
et andet sygehus, der kunne behandle patienten inden for de maksimale venteti-  
der.

I vurderingen af ovenstående krav har vi lagt følgende lovgivning og vejledningsmate-  
riale fra Sundhedsstyrelsen til grund:

- vejledning om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved  
iskæmiske hjertesygdomme (vejledning nr. 9259 af 28. april 2015)
- principper for supplerende indberetning af patientsamtykke efter § 8 i bekendtgø-  
relse om maksimale ventetider af 27. september 2017
- referat fra møde vedrørende administration af maksimale ventetider for kræft og  
visse hjertesygdomme af 31. august 2017
- præcisering af brev af 14. maj 2014 vedrørende maksimale ventetider.

For at sikre systematik i gennemgangen af patientjournalerne er gennemgangen lavet  
ud fra en kodebog, der har indeholdt definerede koderegler for vurderingen af forlø-  
bene, jf. bilag 2. Kodebogen har været drøftet med Sundhedsstyrelsen. Vi har været 4  
om at kode patientjournalerne. Vi har løbende gennemgået og kvalitetssikret hinan-  
dens vurderinger for at sikre ensartet kodning. Dette er gjort med en indledende pilot-  
test af kodebogen og ved løbende udvekslinger om vores vurderinger.

Derudover har vores vurderinger af patientjournalerne været forelagt regionerne og  
været drøftet på møder, og vurderingerne er blevet kvalificeret på baggrund af regio-  
nernes bemærkninger. Regionerne har i deres vurdering inddraget sundhedsfagligt  
personale i det omfang, de fandt det nødvendigt. Vores kodningsresultater er blevet  
ændret i de tilfælde, hvor regionerne har kunnet understøtte en anden vurdering med  
relevant dokumentation. Regionernes gennemgang af specielt helbredsmæssige år-  
sager hos patienten til længere ventetid har været vigtig, da regionerne har den sund-  
hedsfaglige viden til at vurdere dette. Vi har ikke foretaget lægefaglige vurderinger,  
men forholdt os til den information, patienten har modtaget, og til patientens valg på  
baggrund af det sundhedsfaglige personales vurderinger.

### Resultaterne af stikprøvegennemgangen

Tabel E viser årsager til overskridelser af tidsfristen fordelt på regioner.

**Tabel E**

**Årsager til, at kræftpatienter får overskredet tidsfristen i de maksimale ventetider (figur 3)**

Region	Hensynet til patientens helbredstilstand	Hensynet til patientens egne ønsker	Ingen gyldig årsag	Fejl i registrering	I alt
Region Hovedstaden	46	27	83	8	<b>164</b>
Region Midtjylland	19	18	28	2	<b>67</b>
Region Nordjylland	7	3	7	7	<b>24</b>
Region Sjælland	19	11	26	2	<b>58</b>
Region Syddanmark	16	13	28	10	<b>67</b>
<b>I alt</b>	<b>107</b>	<b>72</b>	<b>172</b>	<b>29</b>	<b>380</b>

Note: Tabellen er baseret på 380 patientforløb. Af de 380 journaler er 29 journaler vurderet som fejlregistreringer, fx i forløb, hvor samtykke var registreret med en forkert dato, hvilket betød, at patienten var blevet behandlet inden for tidsfristen, eller i forløb, hvor patienten ikke var omfattet af reglerne om maksimale ventetider, fx fordi patienten overgik til palliativ behandling.

Kilde: Rigsrevisionens stikprøve på 380 patientjournaler for perioden 1. juli 2019 - 1. juni 2023.

#### **Antal overskridelser af tidsfristen uden gyldige årsager**

Vi har beregnet, at andelen af patienter, som får overskredet tidsfristen i de maksimale ventetider uden en gyldig årsag, med 95 % sandsynlighed er mellem 40 % og 50 % af alle patientforløb i populationen. Beregningen tager udgangspunkt i, at vi i 45,3 % af stikprøvens 380 patientjournaler ikke fandt en gyldig årsag til overskridelsen. Dermed kan vi beregne fejlmargen til ca.  $\pm 5$  %.

Omregnet til vores population på 14.458 patientforløb svarer 45,3 % til 6.549 forløb på landsplan. Med en fejlmargen på ca.  $\pm 5$  % er antallet med 95 % sandsynlighed mellem 5.821 og 7.114 patientforløb.

Tabel F viser, hvilke tilbud patienterne har fået, fordelt på regioner.

**Tabel F**  
**Tilbud om henvisning til et andet sygehus (figur 7)**

Region	Patienten modtog et reelt behandlingstilbud	Patienten modtog et tilbud om, at regionen kunne forsøge at finde et andet behandlingstilbud	Patienten modtog ikke et andet behandlingstilbud	I alt
Region Hovedstaden	2	50	31	<b>83</b>
Region Midtjylland	0	6	22	<b>28</b>
Region Nordjylland	0	1	6	<b>7</b>
Region Sjælland	1	12	13	<b>26</b>
Region Syddanmark	0	18	10	<b>28</b>
<b>I alt</b>	<b>3</b>	<b>87</b>	<b>82</b>	<b>172</b>

Note: Tabellen er baseret på 172 patientforløb. Af de 380 journaler udgår 29 patientforløb på grund af fejlregistrering. 107 patientforløb udgår, fordi årsagen til længere ventetid er begrundet i hensynet til patientens helbred, og 72 patientforløb udgår, fordi patienten ønskede en senere behandlingstid.

Kilde: Rigsrevisionens stikprøve på 380 patientjournaler for perioden 1. juli 2019 - 1. juni 2023.

I de 172 patientforløb, hvor tidsfristen var overskredet uden en gyldig årsag, havde patienten ret til at modtage et andet reelt behandlingstilbud. Et reelt tilbud indebærer ifølge Sundhedsstyrelsen, at tilbuddet skal omhandle et andet sygehus, der dog ikke behøver være navngivet, som kan starte behandling inden for tidsfristen. Kategorien "Patienten modtog et tilbud om, at regionen kunne forsøge at finde et andet behandlingstilbud" indeholder forløb, hvor patienten blev oplyst om muligheden for at få et andet behandlingstilbud, og forløb, hvor patienten har modtaget et andet behandlingstilbud, der dog ikke tydeligt er inden for tidsfristen. Dette lever ifølge Sundhedsstyrelsen ikke op til reglerne.

***Antal forløb, hvor patienten ikke fik et andet behandlingstilbud eller et andet reelt behandlingstilbud inden for tidsfristen (Indenrigs- og Sundhedsministeriets fortolkning)***

Vi har beregnet, at andelen af patienter, som hverken fik et andet behandlingstilbud eller kun modtog et tilbud om, at regionen kunne forsøge at finde et andet behandlingstilbud, med 95 % sandsynlighed er mellem 39 % og 49 % af alle patientforløb i populationen. Beregningen tager udgangspunkt i, at vi i 44,5 % af stikprøvens 380 patientjournaler ikke fandt et andet behandlingstilbud eller et andet reelt behandlingstilbud, selv om patienten havde ret til det. Dermed kan vi beregne fejlmargen til ca. ± 5 %.

Omregnet til vores population på 14.458 patientforløb svarer 44,5 % til 6.433 forløb på landsplan. Med en fejlmargen på ca. ± 5 % er antallet med 95 % sandsynlighed mellem 5.708 og 7.001 patientforløb.



***Antal forløb, hvor patienten ikke fik et andet behandlingstilbud (regionernes fortolkning)***

Vi har beregnet, at andelen af patienter, som slet ikke fik et andet behandlingstilbud, med 95 % sandsynlighed er mellem 17 % og 26 % af alle patientforløb i populationen. Beregningen tager udgangspunkt i, at vi i 21,6 % af stikprøvens 380 patientjournaler ikke fandt et andet behandlingstilbud, selv om patienten havde ret til det. Dermed kan vi beregne fejlmargen til ca.  $\pm 4$  %.

Omregnet til vores population på 14.458 patientforløb svarer 21,6 % til 3.123 forløb på landsplan. Med en fejlmargen på ca.  $\pm 4$  % er antallet med 95 % sandsynlighed mellem 2.522 og 3.639 patientforløb.

**Standarderne for offentlig revision**

Revisionen er udført i overensstemmelse med standarderne for offentlig revision, herunder standarderne for større undersøgelser (SOR 3). Standarderne fastlægger, hvad brugerne og offentligheden kan forvente af revisionen, for at der er tale om en god faglig ydelse. Standarderne er baseret på de grundlæggende revisionsprincipper i rigsrevisionernes internationale standarder (ISSAI 100-999).

## Bilag 2. Rigsrevisionens kodebog

**Tabel G**  
Rigsrevisionens vejledning til kodning

Indhold	Beskrivelse
Henvist til behandling (forløbsmarkør). Henvist til behandling (journal).	Dato for sygehusets modtagelse af henvisning til behandling på sygehuset.
Samtykke til behandling (forløbsmarkør). Samtykke til behandling (journal).	Dato for patientens samtykke til konkret initial behandling.
Behandling start (forløbsmarkør). Behandling start (journal).	Dato for den initiale behandlings start. Det kan være operation, initial strålebehandling eller initial medicinsk behandling.
Tid fra samtykke til behandling start.	Antal dage, fra patienten samtykker til den konkrete behandling, til initial behandling starter. Måles ud fra datoer angivet i patientjournalen.
Årsagen til overskridelse af tidsfristen.	I feltet noteres om årsagen til overskridelsen af de 14 dage er "patientønsket", dvs. patienten afviser en tid inden for tidsfristen fx på grund af ferie, bryllup og jul. "Klinisk begrundet", fx hvis hensynet til patientens helbredstilstand tilsiger, at behandling skal udskydes. "Ikke gyldig årsag" noteres ved alle forklaringer, der ikke er klinisk begrundede eller patientens ønsker. Det kan være kapacitetsmangel, tællefejl, ingen oplysninger om årsag mv.
Har regionen givet patienten et reelt tilbud om henvisning til behandling på et andet hospital, der kan behandle inden for de maksimale ventetider?	I feltet noteres enten "ja", "nej" eller "intet tilbud" alt efter, om det fremgår af patientjournalen, at regionen har givet patienten et reelt tilbud om henvisning til behandling på et andet hospital, der kan behandle inden for 14 dage. Har patienten modtaget et reelt tilbud, så noteres "ja". Har patienten modtaget et tilbud om, at regionen kan forsøge at finde et andet behandlingstilbud, eller er der givet et tilbud, der ikke er tydeligt inden for tidsfristen, så noteres "nej". Kategorien dækker over alle tilbud, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens fortolkning af et reelt tilbud. Der noteres "intet tilbud", hvis der ikke er nævnt muligheden for et andet behandlingstilbud overhovedet. Der noteres "ikke relevant", hvis årsagen til overskridelse er patientens ønsker eller er klinisk begrundet.
Har regionen tilbudt patienten at meddele Sundhedsstyrelsen, at sygehuset ikke kunne tilvejebringe et tilbud om behandling inden for den maksimale ventetid?	I feltet noteres "ja", hvis det fremgår, at sygehuset har tilbudt patienten at meddele Sundhedsstyrelsen, at hospitalet ikke kunne tilvejebringe et tilbud om behandling inden for den maksimale ventetid. Der noteres "ikke relevant", hvis årsagen til overskridelse er patientens ønske eller er klinisk begrundet.
Ønskede patienten, at hospitalet skulle meddele Sundhedsstyrelsen, at sygehuset ikke kunne tilvejebringe et tilbud om behandling inden for den maksimale ventetid?	I feltet noteres "ja", hvis det fremgår, at patienten har samtykket til den dato, hospitalet kunne tilbyde, selv om det ligger ud over de 14 dage. Der noteres "ikke relevant", hvis årsagen til overskridelse er patientens ønske eller er klinisk begrundet.
Ikke muligt at opgøre/fejlregistrering.	I feltet noteres "ikke muligt at opgøre", hvis data ikke kan læses ud af patientjournalen. I feltet noteres "fejlregistrering", hvis patientens ventetid til behandling ikke har overskredet tidsfristen, dvs. der er sket en fejlregistrering af enten datoen for patientens samtykke til behandling eller af datoen for behandlingens start.

Kilde: Rigsrevisionen.