

5/2011

STATSREVISORERNE



Beretning om mål, resultater og opfølgning på kræftbehandlingen



Beretning om mål, resultater og opfølgning på kræftbehandlingen

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 2012

Denne beretning til Folketinget skal behandles ifølge lov om revisionen af statens regnskaber, § 18: Statsrevisorerne fremsender med deres eventuelle bemærkninger Rigsrevisionens beretning til Folketinget og vedkommende minister.

Ministeren for sundhed og forebyggelse afgiver en redegørelse til beretningen. Ministerens kommentarer til de indhentede udtalelser fra regionsrådene indgår i redegørelsen.

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 ultimo august 2012.

Ministerens redegørelse, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorerne eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorerne Endelig betænkning over statsregnskabet, som årligt afgives til Folketinget i april måned – i dette tilfælde Endelig betænkning over statsregnskabet 2011, som afgives i april 2013.

Henvendelse vedrørende
denne publikation rettes til:

Statsrevisorerne
Folketinget
Christiansborg
1240 København K
Telefon: 33 37 59 87
Fax: 33 37 59 95
E-mail: statsrevisorerne@ft.dk
Hjemmeside: www.ft.dk/statsrevisorerne

Yderligere eksemplarer kan
købes ved henvendelse til:

Rosendahls-Schultz Distribution
Herstedvang 10
2620 Albertslund
Telefon: 43 22 73 00
Fax: 43 63 19 69
E-mail: distribution@rosendahls-schultzgrafisk.dk
Hjemmeside: www.rosendahls-schultzgrafisk.dk

ISSN 0108-3902
ISBN 978-87-7434-372-1

Statsrevisorernes bemærkning

BERETNING OM MÅL, RESULTATER OG OPFØLGNING PÅ KRÆFTBEHANDLINGEN

Der er i de senere år iværksat en række initiativer til forbedring af kræftbehandlingen i Danmark. Der er bl.a. iværksat 3 kræftplaner og pakkeforløb for kræftpatienter, og kræftområdet er i perioden 2007-2010 tilført øgede bevillinger på ca. 6,8 mia. kr.

Statsrevisorerne kritiserer, at Sundhedsministeriet og regionerne ikke har etableret et fyldestgørende grundlag for at vurdere, om de mange initiativer og de tilførte bevillinger reelt har resulteret i en bedre kræftbehandling, herunder kortere ventetid på behandling og stigende overlevelse blandt kræftpatienter.

Et sådant grundlag er vigtigt for den politiske og ledelsesmæssige prioritering af sundhedsvæsenets fortsatte indsats for at styrke kræftbehandlingen.

Beretningen viser bl.a.:

- Sundhedsministeriet har ikke fastsat mål for, hvilke resultater regionerne skal opnå for bevillingerne på kræftområdet, og ministeriet har heller ikke opstillet mål for kvaliteten i kræftbehandlingen eller patienternes overlevelse.
- Sundhedsministeriet har derimod opstillet mål for kræftpatienters maksimale ventetid og mål for forløbstider for patienter i pakkeforløb, men ministeriet har ikke etableret en overvågning af, om målene overholdes. Statsrevisorerne konstaterer, at Sundhedsministeriet nu vil overvåge de maksimale ventetider og forløbstiderne, men bemærker, at overvågningen burde have været etableret for længst.
- Det har alene været muligt at vurdere, om der er sket en forbedring i kvaliteten af behandlingen på 1 ud af de 3 kræftformer, der er undersøgt i beretningen. Regionerne har således sikret en bedre behandling af lungekræft, hvor tiden fra henvisning til behandling er blevet kortere. Regionerne lever dog ikke op til målet om, at 85 % af lungekræftpatienterne skal være behandlet inden for 42 dage, og der er regionale forskelle på, hvor hurtigt patienterne bliver behandlet.
- Kvaliteten af kræftbehandlingen i Danmark kan forbedres. Sammenlignet med 5 andre lande har danske patienter med lungekræft, kræft i æggestokkene eller tyktarms- og endetarmskræft den dårligste overlevelse. Der ses dog en positiv udvikling, idet flere patienter end tidligere overlever det første år efter, at diagnosen er stillet.

Statsrevisorerne,
den 18. januar 2012

*Peder Larsen
Henrik Thorup^{*)}
Helge Adam Møller
Kristian Jensen
Mogens Jensen
Klaus Frandsen*

^{*)} Statsrevisor Henrik Thorup har ikke deltaget ved behandlingen af denne sag på grund af inhabilitet.



Beretning til Statsrevisorerne om mål, resultater og opfølgning på kræftbehandlingen

Rigsrevisionen afgiver hermed denne beretning til Statsrevisorerne i henhold til § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 3 af 7. januar 1997 som ændret ved lov nr. 590 af 13. juni 2006 og lov nr. 1272 af 21. december 2011. Beretningen vedrører finanslovens § 16. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (nu Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse).

Indholdsfortegnelse

I.	Introduktion og konklusion	1
II.	Indledning	5
	A. Baggrund	5
	B. Formål, afgrænsning og metode.....	7
III.	Økonomisk prioritering af kræftområdet.....	10
IV.	Mål og resultater af kræftbehandlingen	13
	A. Kvaliteten af kræftbehandlingen	13
	B. Kræftpatienters ventetid.....	16
	C. Kræftpatienters overlevelse	20
V.	Sundhedsministeriets og regionernes opfølgning.....	23
	A. Sundhedsministeriets opfølgning.....	23
	B. Regionernes opfølgning.....	28
	Bilag 1. Ordliste.....	31

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Indenrigs- og Sundhedsministeriet (nu Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse).

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Lars Løkke Rasmussen: november 2001 - november 2007

Jakob Axel Nielsen: november 2007 - februar 2010

Bertel Haarder: februar 2010 - oktober 2011

Astrid Krag: oktober 2011 -

I. Introduktion og konklusion

1. Denne beretning handler om økonomi, mål, resultater og opfølgning på kræftområdet. Det er Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (herefter Sundhedsministeriet) opgave at fastsætte de overordnede rammer for sundhedsvæsenet, herunder kræftbehandlingen, mens regionerne har ansvaret for driften.

2. Baggrunden for undersøgelsen er, at kræftområdet igennem en årrække har været højt politisk prioriteret og bl.a. har fået tilført betydelige økonomiske midler. Der er samtidig gennem de senere år taget en række initiativer til at forbedre kræftbehandlingen.

3. Kræft er i dag den hyppigste dødsårsag i Danmark, og årligt dør mere end 15.000 personer af kræft.

I 2010 blev der konstateret ca. 36.000 nye kræfttilfælde i Danmark. Antallet er stigende år for år, bl.a. fordi befolkningens gennemsnitsalder stiger, og med alderen stiger også risikoen for at få kræft. Ved udgangen af 2010 levede ca. 235.000 danskere med kræft. Tallet omfatter både personer, som var i behandling eller gik til kontrol, og personer, som var erklæret raske.

4. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om Sundhedsministeriet har opstillet mål for kræftbehandlingen, og om ministeriet og regionerne følger resultaterne af kræftbehandlingen. Det har Rigsrevisionen undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- I hvilket omfang er der afsat midler til kræftområdet, og har Sundhedsministeriet knyttet betingelser til og fastsat resultatmål for bevillingerne?
- Har Sundhedsministeriet opstillet mål for kvaliteten af kræftbehandlingen, patienternes ventetid og patienternes overlevelse, og er der sket en forbedring på disse 3 områder?
- Følger Sundhedsministeriet og regionerne kvaliteten af kræftbehandlingen, patienternes ventetid og patienternes overlevelse?

5. Undersøgelsen omfatter Sundhedsministeriet og de 5 regioner og er afgrænset til perioden 2007-2010. I undersøgelsen indgår i nogle tilfælde også data fra tidligere år for at vise udviklingen over flere år. Som led i undersøgelsen er der udvalgt 3 kræftsygdomme: lungekræft, tyktarms- og endetarmskræft og kræft i æggestokkene.

Undersøgelsen er igangsat på baggrund af Statsrevisorernes ønske om en opfølgning på beretningen om sammenhængende patientforløb. Denne beretning supplerer den tidligere beretning ved at undersøge et sygdomsområde, hvor der i særlig grad er taget initiativer til sammenhængende patientforløb på sygehusene.

UNDERSØGELSENS HOVEDKONKLUSION

Kræft er i dag den hyppigste dødsårsag i Danmark, og årligt dør mere end 15.000 personer af kræft. Rigsrevisionen har med udgangspunkt i 3 konkrete kræftsygdomme undersøgt økonomi, mål, resultater og opfølgning på kræftområdet.

Det er Sundhedsministeriets opgave at fastsætte de overordnede rammer for sundhedsvæsenet, herunder kræftbehandlingen, mens regionerne har ansvaret for driften.

Der er i de senere år iværksat en række initiativer på kræftområdet, bl.a. 3 kræftplaner, og indført pakkeforløb, der skal sikre, at patienterne får så optimale forløb som muligt og undgår unødigt ventetid. Regionerne har i perioden 2007-2010 fået tilført ca. 6,8 mia. kr. i bevillinger, hvor kræftområdet er nævnt i aftaleteksten. Sundhedsministeriet opstiller ikke mål for, hvilke resultater regionerne forventes at opnå på kræftområdet på baggrund af de tildelte midler.

De maksimale ventetider

Sundhedsministeriet har med de maksimale ventetider opstillet mål for kræftpatienters ventetid til forundersøgelse, behandling og efterbehandling. Statsrevisorerne bemærkede til beretningen om maksimale ventetider på kræftbehandling, at de fandt det utilfredsstillende, at Sundhedsministeriet ikke via sygehusejerne havde sikret sig kendskab til, om de patientrettigheder, der var fastsat i ordningen, var tilgodeset.

Sundhedsministeren gav i sin redegørelse til beretningen udtryk for, at det i alle nye lovforslag, hvor der etableres nye procedureregler – og i særdeleshed nye rettigheder for borgerne – angives, hvilken overvågning der eventuelt bliver tale om.

Sundhedsministeren gav således på daværende tidspunkt ikke tilsagn om, at der skulle etableres en overvågning af de maksimale ventetider. En sådan overvågning er stadig ikke etableret. Efter Rigsrevisionens vurdering er der fortsat behov for at overvåge de maksimale ventetider, så der kan reageres, hvis ventetiderne ikke overholdes. Rigsrevisionen finder det positivt, at Sundhedsministeriet nu vil tage initiativ til en proces hen imod en fyldestgørende og løbende overvågning af de maksimale ventetider.

Forløbstider i pakkeforløb

Sundhedsministeriet har for patienter i pakkeforløb opstillet forløbstider, som fastsætter, hvor meget tid der er afsat til patientens udrednings- og behandlingsforløb. Sundhedsministeren anførte i sin redegørelse til beretningen om maksimale ventetider på kræftbehandling i april 2008, at ministeriet ville sikre en mere detaljeret overvågning af pakkeforløbene.

Undersøgelsen har vist, at Sundhedsministeriet ikke har etableret en detaljeret overvågning, og det er derfor ikke muligt at vurdere, om forløbstiderne i pakkeforløbene overholdes. Ministeriet har oplyst, at ministeriet nu vil sikre en eksakt overvågning af forløbstiderne.

Rigsrevisionen finder det særdeles utilfredsstillende, at Sundhedsministeriet ikke som oplyst har etableret en detaljeret overvågning.

Kvaliteten af behandlingen og patienternes overlevelse

Sundhedsministeriet har ikke opstillet mål for kvaliteten af kræftbehandlingen eller patienternes overlevelse. Ministeriet følger ikke kvaliteten af kræftbehandlingen i de kliniske databaser. Regionerne følger ikke i alle tilfælde tilfredsstillende op på resultaterne fra de kliniske databaser.

Sammenfatning

Rigsrevisionen anerkender, at der på alle niveauer i sundhedsvæsenet arbejdes på at styrke kræftbehandlingen. Sundhedsministeriet bør dog i højere grad stille krav til regionerne om konkrete resultater på kræftområdet. Klare mål og en løbende opfølgning kan skabe mere ledelsesmæssig opmærksomhed på området og gøre det muligt at vurdere, om de tilførte midler og de mange initiativer reelt fører til en bedre kvalitet i behandlingen, kortere tid fra henvisning til behandling og stigende overlevelse.

Hovedkonklusionen er baseret på følgende:

I hvilket omfang er der afsat midler til kræftområdet, og har Sundhedsministeriet knyttet betingelser til og fastsat resultatmål for bevillingerne?

Staten har i perioden 2007-2010 tilført regionerne ca. 6,8 mia. kr. i bevillinger, hvor kræftområdet er nævnt i aftaleteksten. Hovedparten af bevillingerne er ikke øremærket konkrete tiltag, og Sundhedsministeriet opstiller ikke betingelser for, hvordan regionerne skal anvende bevillingerne. Regionerne prioriterer selv, hvordan de tildelte midler anvendes på sundhedsområdet i den enkelte region.

Sundhedsministeriet opstiller ikke mål for, hvilke resultater regionerne forventes at opnå på kræftområdet på baggrund af de tildelte midler.

Har Sundhedsministeriet opstillet mål for kvaliteten af kræftbehandlingen, patienternes ventetid og patienternes overlevelse, og er der sket en forbedring på disse 3 områder?

Sundhedsministeriet har ikke opstillet mål for kvaliteten af kræftbehandlingen eller for kræftpatienters overlevelse. Ministeriet har med de maksimale ventetider opstillet mål for, hvor længe kræftpatienter højst må vente på forundersøgelse, behandling og efterbehandling. Ministeriet har også for patienter i pakkeforløb fastsat mål for, hvor lang tid der højst bør gå fra henvisning med begrundet mistanke om kræft til første behandling.

Regionerne har sikret en højere kvalitet i behandlingen af lungekræft. Der er således en større andel af lungekræftpatienterne, som får den kvalitet i behandlingen, der er fastsat som mål i den kliniske database. Det er ikke muligt at vurdere, om der er sket en forbedring i opfyldelsen af kvalitetsmålene for tyktarms- og endetarmskræft og kræft i æggestokkene.

Regionerne har ikke nået målsætningen om, at 85 % af alle lungekræftpatienter skal være behandlet inden for 42 kalenderdage. Der er dog sket en forbedring af tiden fra henvisning til behandling for lungekræftpatienter, idet en stigende andel af patienterne starter behandling inden for det fastsatte mål. Det er ikke muligt at vurdere, om der er sket en tilsvarende forbedring for patienter med tyktarms- og endetarmskræft og kræft i æggestokkene.

Der var i perioden 1998-2009 en stigende andel af patienterne, der overlevede det første år efter, at kræftdiagnosen var stillet. Danmark er for de 3 kræftsygdomme placeret blandt de lande, som har den dårligste overlevelse i gruppen af lande, der sammenlignes med. Det gælder både for 1-års og 5-års overlevelsen.

Følger Sundhedsministeriet og regionerne kvaliteten af kræftbehandlingen, patienternes ventetid og patienternes overlevelse?

Udviklingen på kræftområdet følges af Sundhedsministeriet og regionerne i regi af bl.a. Kræftstyregruppen og Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet.

Kvaliteten af kræftbehandlingen kan følges i de kliniske databaser. Sundhedsministeriet følger ikke kvaliteten af kræftbehandlingen i de kliniske databaser. Regionerne følger ikke i alle tilfælde tilfredsstillende op på resultaterne fra de kliniske databaser.

Sundhedsministeriet kan fortsat ikke følge, om de maksimale ventetider er overholdt, da overvågningen er baseret på sygehusenes skøn. Ministeriet vil imidlertid tage initiativ til en proces hen imod en fyldestgørende og løbende overvågning af de maksimale ventetider.

Sundhedsministeriet kan ikke følge forløbstiderne i pakkeforløbene, da ministeriet ikke har etableret en detaljeret overvågning. Ministeriet vil nu sikre en eksakt overvågning af forløbstiderne.

Sundhedsministeriet følger udviklingen i tiden fra henvisning til behandling på 11 kræftområder, som dækker de hyppigste kræftsygdomme. Regionerne følger patienternes forløbstider på baggrund af sygehusenes skøn.

Sundhedsministeriet følger kræftpatienters overlevelse for 8 kræftsygdomme og følger endvidere overlevelsen gennem forskellige internationale sammenligninger. Flere regioner oplyser, at de løbende analyserer på overlevelsen og følger denne via de kliniske databaser.

II. Indledning

A. Baggrund

6. Denne beretning handler om økonomi, mål, resultater og opfølgning på kræftområdet.

Kræft er i dag den hyppigste dødsårsag i befolkningen, og både de menneskelige og samfundsøkonomiske omkostninger ved behandling, pleje, rehabilitering og palliation af kræftpatienter er betydelige. Samtidig viser internationale undersøgelser, at danske kræftpatienters overlevelse er lav sammenlignet med andre lande.

7. Der er de senere år gennemført en række initiativer til at forbedre kræftbehandlingen i Danmark, herunder iværksat Kræftplan I, II og III samt indført pakkeforløb for kræftpatienter.

Kræftplan I, II og III

8. De 3 kræftplaner har bl.a. fokus på at forebygge kræft, skabe sammenhængende udrednings- og behandlingsforløb for patienterne, reducere ventetid til udredning og behandling, øge kapaciteten på sygehusene og uddanne det sundhedsfaglige personale, jf. boks 1.

BOKS 1. KRÆFTPLAN I, II OG III

2000: Kræftplan I handler om at udbygge sundhedsvæsenets indsats mod kræftsygdomme og fokuserer primært på strålebehandling, øget kapacitet til skanning og uddannelse af personale.

2005: Kræftplan II har anbefalinger for hele kræftområdet med særligt fokus på at forebygge rygning, organisere patientforløbene bedre og styrke kræftkirurgien.

2007: Sundhedsstyrelsen gennemfører en opfølgning på Kræftplan II på baggrund af bidrag fra regionerne og de faglige aktører på området.

2010: Kræftplan III har fokus på tidlig opsporing, hurtig diagnostik, forebyggelse, rehabilitering og palliation og indeholder en række forskellige initiativer, som træder i kraft, når de er færdigudviklet og klar til implementering.

Rehabilitering tager hånd om de fysiske og psykiske problemer, som kræftpatienter har i relation til et behandlingsforløb – både før og efter behandlingsforløbet. Formålet er, at patienterne opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Palliation er at lindre lidelse hos personer med en livstruende sygdom.

Udredning er et undersøgelsesforløb, der har til formål at stille en diagnose, beskrive sygdommens omfang og på den baggrund tilbyde en specifik behandling.

Pakkeforløb

9. I oktober 2007 indgik regeringen og Danske Regioner "Aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter". Aftalen betød, at der skulle etableres pakkeforløb for kræftpatienter, ligesom kræftpatienternes behandlingsforløb løbende skulle følges. Formålet med pakkeforløbene var at tilbyde patienterne optimal udredning og behandling for derigennem at forbedre patienternes overlevelse og livskvalitet.

Et pakkeforløb beskriver de undersøgelser og behandlinger, som en standardpatient skal modtage, fra der opstår begrundet mistanke om kræft til behandling og efterbehandling. Pakkeforløbene baseres på de senest opdaterede kliniske retningslinjer. Pakkeforløbene er sygdomsspecifikke og varierer således for de forskellige kræftsygdomme.

Pakkeforløbene hviler på nationale kliniske retningslinjer, som har til formål at understøtte en ensartet behandling på tværs af landet.

Pakkeforløbene fastsætter også den tid, som er afsat til standardpatientens forløb, fx booke undersøgelser, afholde samtale med patienten og undersøge patienten. Disse kaldes fagligt begrundede forløbstider.

De første pakkeforløb blev introduceret i 2008, og der er på nuværende tidspunkt udarbejdet og implementeret 35 pakkeforløb. Som led i Kræftplan III implementeres nu et pakkeforløb for patienter med uklare symptomer på alvorlig sygdom, der kan være kræft, og der er netop gennemført en revision af de sygdomsspecifikke pakkeforløb. Ansvaret for at implementere pakkeforløbene påhviler regionerne, som skal tilrettelægge, hvordan pakkeforløbene konkret skal organiseres.

Øget aktivitet på kræftområdet

10. Sundhedsstyrelsen opgør, hvor mange nydiagnosticerede patienter inden for 11 store kræftområder der behandles for kræft på sygehusene, jf. boks 2. Ifølge Sundhedsstyrelsen er antallet steget fra 22.800 patienter i 2007 til 24.929 patienter i 2010. Det svarer til en stigning på ca. 9 %.

BOKS 2. ANTALLET AF PATIENTER, DER BEHANDLES FOR KRÆFT

Sundhedsstyrelsens opgørelse over antallet af nydiagnosticerede patienter, der behandles for kræft, omfatter ikke alle patienter, som undersøges eller behandles for kræft. Sygehusene behandler også patienter, hvor kræften er vendt tilbage – og der behandles således flere patienter inden for de 11 kræftområder, end det fremgår af pkt. 10. Samtidig omfatter Sundhedsstyrelsens opgørelse kun patienter, som får diagnosen kræft. De patienter, som undersøges for kræft, men som får en anden diagnose eller findes raske, indgår ikke.

Pakkeforløbene har ifølge regionerne forøget antallet af patienter, der undersøges for kræft, og medført et yderligere pres på kapaciteten, som ikke afspejles i Sundhedsstyrelsens opgørelse.

Endelig indgår de patienter, som får konstateret kræft, men hvor der ikke er registreret en relevant kræftbehandling – heller ikke i Sundhedsstyrelsens opgørelse. Det er fx patienter, som har modtaget anden medicinsk behandling (fx palliativ behandling), hvor det ikke har været relevant at behandle patienten, eller hvor patienten ikke har ønsket at modtage behandling.

11. Tal fra Sundhedsministeriet viser også, at en større andel af den samlede økonomi i sygehusvæsenet anvendes på kræftbehandlingen end tidligere. Kræftbehandlingens andel af den samlede økonomi er således steget fra ca. 23 % i 2007 til ca. 25 % i 2010. I samme periode er behandlingen af den enkelte kræftpatient blevet dyrere, hvilket fx kan skyldes en mere kompliceret og teknologitung behandling.

Tidligere beretninger på kræftområdet

12. Rigsrevisionen har tidligere afgivet 2 beretninger til Statsrevisorerne på kræftområdet: beretning om Cancerregisteret og beretning om maksimale ventetider på kræftbehandling. I sidstnævnte undersøgte Rigsrevisionen bl.a., i hvilket omfang det daværende Indenrigs- og Sundhedsministerium overvågede ordningen om de maksimale ventetider. De maksimale ventetider angiver, hvor længe kræftpatienter højst må vente på forundersøgelse, behandling og efterbehandling.

Nydiagnosticerede patienter er patienter, som for første gang får konstateret den pågældende kræftsygdom.

Cancerregisterets formål er at indsamle og bearbejde data om nye kræfttilfælde, så der kan forskes i kræftsygdomme og udarbejdes statistik om sygdommene og deres udbredelse.

Cancerregisteret blev oprettet i 1942.

B. Formål, afgrænsning og metode

Formål

13. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om Sundhedsministeriet har opstillet mål for kræftbehandlingen, og om ministeriet og regionerne følger resultaterne af kræftbehandlingen. Det har Rigsrevisionen undersøgt ved at besvare følgende spørgsmål:

- I hvilket omfang er der afsat midler til kræftområdet, og har Sundhedsministeriet knyttet betingelser til og fastsat resultatmål for bevillingerne?
- Har Sundhedsministeriet opstillet mål for kvaliteten af kræftbehandlingen, patienternes ventetid og patienternes overlevelse, og er der sket en forbedring på disse 3 områder?
- Følger Sundhedsministeriet og regionerne kvaliteten af kræftbehandlingen, patienternes ventetid og patienternes overlevelse?

Første del af undersøgelsen handler om, hvor mange midler der i de senere år er afsat til kræftområdet, og hvilke betingelser og mål Sundhedsministeriet har knyttet til regionernes anvendelse af midlerne.

Anden del af undersøgelsen handler om, hvilke mål Sundhedsministeriet har opstillet på kræftområdet, og hvordan det de senere år er gået med kvaliteten af kræftbehandlingen, patienternes ventetid og patienternes overlevelse.

Tredje del af undersøgelsen handler om Sundhedsministeriets og regionernes opfølgning på kræftområdet, herunder hvordan opfølgningen er organiseret, og hvilket datagrundlag der indgår i ministeriets og regionernes opfølgning.

Afgrænsning

14. Der findes over 200 forskellige kræftsygdomme. For mænd er de hyppigste kræftsygdomme prostatakræft, lungekræft, tyktarmskræft og blærekræft. For kvinder er de hyppigste kræftsygdomme brystkræft, lungekræft, tyktarmskræft og modermærkekræft.

15. Vi inddrager 3 kræftsygdomme i undersøgelsen: lungekræft, tyktarms- og endetarmskræft og kræft i æggestokkene, jf. boks 3. De 3 kræftsygdomme er udvalgt efter drøftelse med Sundhedsministeriet og Kræftens Bekæmpelse.

BOKS 3. FAKTA OM UNDERSØGELSENS 3 KRÆFTSYGDOMME

Lungekræft

I 2010 blev der behandlet ca. 3.300 patienter med nydiagnosticeret lungekræft. Det er en stigning sammenlignet med 2007, hvor ca. 3.000 nydiagnosticerede patienter blev behandlet. Lungekræft behandles ved operation, kemo- og strålebehandling eller anden form for medicinsk behandling. Ca. 3.600 patienter dør hvert år af lungekræft.

Tyktarms- og endetarmskræft

I 2010 blev der behandlet ca. 3.800 patienter med nydiagnosticeret kræft i tyktarm og endetarm. Dette er en lille stigning sammenlignet med 2007, hvor ca. 3.700 nydiagnosticerede patienter blev behandlet. Tyktarms- og endetarmskræft behandles primært ved operation. Ca. 2.000 patienter dør hvert år af tyktarms- og endetarmskræft.

Kræft i æggestokkene

I 2010 blev der behandlet ca. 500 patienter med nydiagnosticeret kræft i æggestokkene. Antallet af behandlede patienter med kræft i æggestokkene er uændret i forhold til 2007. Ca. 390 kvinder dør hvert år af kræft i æggestokkene.

16. De 3 kræftsygdomme er udvalgt ud fra forskellige parametre, herunder hvor mange der har sygdommen, andelen af patienter, der overlever, og om sygdommen udvikler sig hurtigt eller langsomt. Patienter med de 3 kræftsygdomme udgør ca. 30 % af alle nydiagnosticerede kræftpatienter i Danmark. Vi har valgt at fokusere på 3 kræftsygdomme for at kunne gennemføre en mere detaljeret undersøgelse, end det ville være muligt med en gennemgang af den samlede kræftbehandling.

Det har endvidere indgået i overvejelserne, om der har været en klinisk kvalitetsdatabase (herefter klinisk database) for de udvalgte kræftsygdomme, da data fra disse databaser indgår i undersøgelsen.

I en klinisk database registrerer lægerne oplysninger om en gruppe af patienter med en bestemt sygdom, fx lungekræft. Formålet med databaserne er at bidrage til forskning og til at forbedre kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats og resultater. Det er de udredende og behandlende afdelinger, der registrerer i de kliniske databaser. Der registreres både oplysninger om patientens sygdom, behandling og organisationen på afdelingen, fx tiden fra henvisning til behandling.

17. I beretningen henviser vi til en række målsætninger for kræftbehandlingens kvalitet og for patienternes ventetid til behandling, men vi undersøger alene, om behandlingen lever op til de fastsatte målsætninger, og ikke, om målsætningerne er de rigtige, eller om nogle målsætninger er mere væsentlige end andre.

18. Undersøgelsen er afgrænset til perioden 2007-2010, da regionerne i denne periode har haft ansvaret for driften af sundhedsvæsenet, herunder kræftbehandling. I nogle tilfælde indgår dog også data fra tidligere år for at vise udviklingen over flere år.

Metode

19. Vi har som led i undersøgelsen afholdt møder med Sundhedsministeriet og regionerne om kræftområdet. Herudover har vi gennemført interviews med ledelse og klinikere på et sygehus i hver region: Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital, Odense Universitetshospital, Roskilde Sygehus og Herlev Hospital.

Vi har desuden haft møder med forskere på kræftområdet, Kræftens Bekæmpelse og Danske Regioner. Data fra de kliniske databaser er drøftet med relevante klinikere.

20. I undersøgelsen indgår materiale fra Sundhedsministeriet, regionerne og sygehusene. Undersøgelsen er baseret på økonomiske redegørelser, aktivitetsoversigter fra ministeriet og data for patienternes overlevelse og tiden, fra henvisningen er modtaget på sygehuset til første behandling (benævnes herefter tiden fra henvisning til behandling).

Endvidere indgår de seneste årsrapporter fra de 3 kliniske databaser: Dansk Lunge Cancer Register, Landsdækkende database for kræft i tyktarm og endetarm og Dansk Gynækologisk Cancer Database. Endelig indgår årsrapporten om lungekræft fra Det Nationale Indikatorprojekt (NIP), jf. boks 4.

Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) blev etableret i 1999, bl.a. i samarbejde med de daværende amter, det daværende Indenrigs- og Sundhedsministerium og Sundhedsstyrelsen.

NIP er nedlagt med udgangen af 2011, og de 8 NIP-databaser skal fremover være en del af regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram og indgå på lige fod med de andre landsdækkende kliniske databaser.

BOKS 4. KLINISKE DATABASER OG NIP

Der findes en række landsdækkende kliniske databaser, der hver især indeholder oplysninger om en gruppe af patienter med en bestemt sygdom, jf. pkt. 16.

De landsdækkende kliniske databaser er oprettet inden for mange forskellige specialer, herunder kræftområdet, hvor der findes 24 kliniske databaser. Data fra 3 af disse databaser for kræft indgår i Rigsrevisionens undersøgelse. Det er Dansk Lunge Cancer Register, Landsdækkende database for kræft i tyktarm og endetarm og Dansk Gynækologisk Cancer Database.

8 af de landsdækkende kliniske databaser er tilknyttet NIP. Dette gælder bl.a. for den kliniske database for lungekræft. NIP er et kvalitetsudviklingsprojekt, hvis formål er at udvikle og implementere indikatorer og standarder for sundhedsvæsenets arbejde, så den sundhedsfaglige kvalitet kan vurderes. NIP er et samarbejdsprojekt mellem regionerne, Danske Regioner, Dansk Medicinsk Selskab og andre interessefællesskaber, Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen.

21. Beretningen har i udkast været forelagt Sundhedsministeriet og regionerne, hvis bemærkninger i videst muligt omfang er indarbejdet.

22. Bilag 1 indeholder en ordliste, der forklarer udvalgte ord og begreber.

III. Økonomisk prioritering af kræftområdet

Staten har i perioden 2007-2010 tilført regionerne ca. 6,8 mia. kr. i bevillinger, hvor kræftområdet er nævnt i aftaleteksten. Hovedparten af bevillingerne er ikke øremærket konkrete tiltag, og Sundhedsministeriet opstiller ikke betingelser for, hvordan regionerne skal anvende bevillingerne. Regionerne prioriterer selv, hvordan de tildelte midler anvendes på sundhedsområdet i den enkelte region.

Sundhedsministeriet opstiller ikke mål for, hvilke resultater regionerne forventes at opnå på kræftområdet på baggrund af de tildelte midler.

Tilskuds- og lånepuljer

Tilskudspuljer giver regionerne mulighed for at søge om tilskud til forskellige projekter, fx kræftforskning og screeningsprogrammer.

Lånepuljer giver regionerne adgang til at optage formålsbestemte lån. Finansieringsomkostningerne ved lånet ligger ud over lånepuljen. Der er bl.a. afsat lånepuljer til udstyr, herunder skannere og strålekanoner, i finanslovsaftaler, Kræftplan II og i forbindelse med økonomiaftalerne for 2008 og 2009.

Bloktilskudsnøglen

Sundhedsministeriet fastsætter de enkelte regions andel af bloktilskuddet, som regionerne herefter kan lægge til grund for deres budgetlægning.

23. Rigsrevisionens undersøgelse af den økonomiske prioritering af kræftområdet har vist følgende:

- Opgørelser fra Sundhedsministeriet viser, at der bl.a. i finanslovsaftaler og økonomiaftaler mellem regeringen og Danske Regioner er afsat ca. 6,8 mia. kr. i bevillinger i perioden 2007-2010, hvor kræftområdet er nævnt i aftaleteksten.
- Sundhedsministeriet opstiller ikke betingelser for, hvordan regionerne skal anvende bevillingerne. De bevilgede midler indgår som en del af regionernes samlede økonomiske ramme for sundhedsområdet. Bevillinger, som regionerne har adgang til via tilskudspuljer eller lånepuljer, er dog målrettet specifikke formål. Ministeriet opstiller ikke mål for, hvilke resultater regionerne skal opnå på kræftområdet på baggrund af de tildelte midler.
- Regionerne og sygehusene oplyser, at de har anvendt de tildelte midler til kræftområdet. Herudover har regionerne udnyttet statslige lånepuljer til indkøb af udstyr til kræftbehandlingen. Nogle sygehuse oplyser desuden, at de har omprioriteret budget- og kapacitetsmæssigt til fordel for kræftbehandlingen.

24. Regionerne indgår én samlet årlig aftale om den økonomiske ramme for sundhedsområdet med regeringen. Økonomiaftalen indgås for regionerne under ét og er den samlede ramme for regionernes budgetlægning, der fordeles mellem regionerne efter bloktilskudsnøglen. Den enkelte region har ansvaret for at fordele tilskuddet til regionens forskellige opgaver på sundhedsområdet, herunder sygehusene og praksissektoren.

Regionerne har ansvaret for sygehusenes drift og fastsætter de økonomiske rammer for sygehusene. Det sker bl.a. i aftaler mellem regionen og det enkelte sygehus, hvor sygehusets økonomiske ramme knyttes til forskellige mål for sygehusets drift. Det enkelte sygehus har ansvaret for, at patienterne behandles i overensstemmelse med lovgivningen, og at sygehuset overholder budgetterne.

25. Rigsrevisionens undersøgelse af den økonomiske prioritering af kræftområdet tager udgangspunkt i en opgørelse fra Sundhedsministeriet, der viser "kræftrelaterede" midler i perioden 2007-2010 fordelt på økonomiaftaler, finanslovsaftaler, Kræftplan II, meraktivitetspulje til strålebehandling og aftale om implementering af pakkeforløb.

Ministeriets opgørelse viser, at der i perioden 2007-2010 er bevilget ca. 6,8 mia. kr., hvor kræftområdet er nævnt som et af formålene i aftaleteksten. Hertil kommer lånepuljer til kræftområdet og midler til sygehusmedicin, herunder til kræftbehandlingen.

26. Sundhedsministeriet har ikke opstillet betingelser for, hvordan regionerne skal anvende bevillingerne. Regionerne kan således selv prioritere, hvordan de anvender midlerne. Ministeriet har oplyst, at det påhviler regionerne at udmønte de økonomiske midler på sygehusområdet, og ministeriet følger derfor ikke direkte, hvordan midlerne anvendes. Det gælder dog for enkelte større bevillinger, som regionerne har adgang til via tilskudspuljer eller lånepuljer, at disse er målrettet specifikke formål, fx øget strålekapacitet. Regionerne er således forpligtet til at anvende disse midler til det anførte formål.

Ministeriet opstiller ikke resultatmål for bevillingerne. Ministeriet og regionerne indgår således ingen aftaler om, hvilke resultater regionerne skal opnå på baggrund af de tildelte midler.

Ministeriet fremhæver, at der i forbindelse med Kræftplan III er udarbejdet en fælles udmøntningsplan, som tæt skal følge implementeringen af initiativerne i kræftplanen.

27. Vi har udvalgt 3 bevillinger fra Sundhedsministeriets opgørelse for at undersøge, hvordan de er anvendt i regionerne. Bevillingerne er udvalgt ud fra deres økonomiske væsentlighed, ligesom 2 af bevillingerne direkte henviser til pakkeforløbene i deres formålsbeskrivelse. Bevillingerne er fordelt mellem regionerne efter bloktilskudsnøglen.

Regionerne har som et varigt løft fra 2003 og frem fået bevilget 511 mio. kr. til "styrkelse af sygehuse, især understøttelse af indsatsen på kræftområdet". Regionerne har oplyst, at det ikke er muligt at dokumentere, hvor stor en andel af de 511 mio. kr. der er brugt på kræftområdet. Det skyldes, at midlerne er tildelt i 2003 til de daværende amter og Hovedstadens Sygehusfællesskab, og at regionerne har overtaget bevillingen som en del af det almindelige bloktilskud. Regionerne har oplyst, at de løbende har prioriteret midlerne i den almindelige budgetproces, og at midlerne er indgået som en integreret del af de eksisterende driftsrammer.

I aftalen om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter fra 12. oktober 2007 blev der bevilget 225 mio. kr. som engangsbevilling i 2007. Midlerne blev afsat til midlertidig øget aktivitet og til at forbedre arbejdsgangene på kræftområdet. Regionerne har oplyst, at de bl.a. har anvendt midlerne til nyt apparatur, der har bidraget til større fleksibilitet i planlægningen og mere effektive patientforløb på kræftområdet. Regionerne har videre oplyst, at indkøb af apparatur til kræftbehandlingen også styrker diagnostikken på en række andre sygdomsområder, idet apparaturet også kan anvendes til andre patientgrupper.

I økonomiaftalen for 2009 mellem regeringen og Danske Regioner blev det aftalt, at regionernes bloktilskud varigt skulle løftes med 175 mio. kr. fra 2008 og frem med henblik på at færdigimplementere pakkeforløbene. Regionerne har oplyst, at midlerne bl.a. er anvendt til nyt kræftapparatur, til at implementere pakkeforløb på sygehusene, uddanne personale og ansætte forløbskoordinatorer.

28. Indkøb af nyt apparatur har ifølge regionerne været en væsentlig forudsætning for at kunne efterkomme målsætningen om akut handling. Der er derfor indkøbt apparatur gennem de nationale lånepuljer til kræftapparatur.

Forløbskoordinatorer

Det er obligatorisk for sygehuse, der behandler kræftpatienter, at have en forløbskoordinatorfunktion.

Forløbskoordinatorfunktionen skal forhindre unødigt ventetid og dårlig information, når patienterne skifter mellem afdelinger og sygehuse.

Medicoteknisk udstyr er fx overvågnings- og laboratoriestyr. Udstyret kan også bruges til andre patientgrupper end kræftpatienter.

Der blev i økonomiaftalerne for 2007 og 2008 afsat en generel lånepulje på henholdsvis 800 mio. kr. og 900 mio. kr. til medicoteknisk udstyr. I 2007 og 2008 blev der endvidere afsat lånepuljer på henholdsvis 200 mio. kr. og 850 mio. kr. specifikt til indkøb af kræftapparatur. Lånepuljerne giver regionerne mulighed for at optage lån til formålsbestemte indkøb.

Regionerne har oplyst, at de næsten fuldt ud har udnyttet lånerammerne til både medicoteknisk udstyr og til kræftapparatur. Således er der i alt lånt 783 mio. kr. i 2007 og 888 mio. kr. i 2008 til medicoteknisk udstyr, mens der er lånt 169 mio. kr. i 2007 og 850 mio. kr. i 2008 til kræftapparatur. Regionerne har således i vid udstrækning udnyttet mulighederne for at investere i nyt udstyr til kræftbehandlingen. Investeringerne har bl.a. udvidet kapaciteten til strålebehandling.

29. Flere regioner har oplyst, at de via interne omprioriteringer har finansieret de øgede omkostninger forbundet med at implementere bl.a. pakkeforløb. Omprioriteringerne har bl.a. medført, at behandling af kræftpatienter i nogle tilfælde er blevet prioriteret frem for behandling af patienter med godartede sygdomme. Som konsekvens heraf har regionerne i flere tilfælde udbudt behandling af patienter med godartede sygdomme til private sygehuse for at sikre kapacitet til kræftbehandlingen.

Regionerne har videre oplyst, at de interne omprioriteringer har betydet længere ventetider på andre områder. Opbygningen af tilstrækkelig kapacitet inden for kræftbehandlingen har ifølge regionerne betydet, at patienter med andre ikke-akutte sygdomme har oplevet længere ventetider på behandling.

IV. Mål og resultater af kræftbehandlingen

Sundhedsministeriet har ikke opstillet mål for kvaliteten af kræftbehandlingen eller for kræftpatienters overlevelse. Ministeriet har med de maksimale ventetider opstillet mål for, hvor længe kræftpatienter højst må vente på forundersøgelse, behandling og efterbehandling. Ministeriet har også for patienter i pakkeforløb fastsat mål for, hvor lang tid der højst bør gå fra henvisning med begrundet mistanke om kræft til første behandling.

Regionerne har sikret en højere kvalitet i behandlingen af lungekræft. Der er således en større andel af lungekræftpatienterne, som får den kvalitet i behandlingen, der er fastsat som mål i den kliniske database. Det er ikke muligt at vurdere, om der er sket en forbedring i opfyldelsen af kvalitetsmålene for tyktarms- og endetarmskræft og kræft i æggestokkene.

Regionerne har ikke nået målsætningen om, at 85 % af alle lungekræftpatienter skal være behandlet inden for 42 kalenderdage. Der er dog sket en forbedring af tiden fra henvisning til behandling for lungekræftpatienter, idet en stigende andel af patienterne starter behandling inden for det fastsatte mål. Det er ikke muligt at vurdere, om der er sket en tilsvarende forbedring for patienter med tyktarms- og endetarmskræft og kræft i æggestokkene.

Der var i perioden 1998-2009 en stigende andel af patienterne, der overlevede det første år efter, at kræftdiagnosen var stillet. Danmark er for de 3 kræftsygdomme placeret blandt de lande, som har den dårligste overlevelse i gruppen af lande, der sammenlignes med. Det gælder både for 1-års og 5-års overlevelsen.

A. Kvaliteten af kræftbehandlingen

30. Rigsrevisionens undersøgelse af kvaliteten af kræftbehandlingen har vist følgende:

- Sundhedsministeriet har ikke fastsat mål for kvaliteten af kræftbehandlingen.
- De 3 kliniske databaser i undersøgelsen har ikke et tilstrækkeligt datagrundlag til at vurdere kvaliteten af patienternes kemo- og strålebehandling. Det skyldes, at mange af de læger, som varetager kemo- og strålebehandling, ikke indberetter data til de kliniske databaser. De 3 kliniske databaser i undersøgelsen har opstillet kvalitetsmål for behandling ved operation, men ikke for kemo- og strålebehandling.

- I 2010 blev kvalitetsmålene i den kliniske database for lungekræft opfyldt på landsplan. I 2007 blev ingen af kvalitetsmålene opfyldt. Det er ikke muligt at vurdere, om der er sket en tilsvarende udvikling i opfyldelsen af kvalitetsmålene for tyktarms- og endetarmskræft og kræft i æggestokkene. Det skyldes, at de kliniske databaser ikke har kunnet levere de nødvendige data.

31. Sundhedsministeriet har ikke fastsat mål for kvaliteten af kræftbehandlingen. Rigsrevisionen undersøger derfor kvaliteten af kræftbehandlingen ud fra de mål for behandlingens kvalitet, som er fastsat i de kliniske databaser af sundhedsfaglige repræsentanter for den enkelte kræftsygdom.

Kvalitetsmålene udtrykker god faglig standard for udredning og behandling af patienterne og skal medvirke til at sikre patienterne den bedst mulige behandling, jf. boks 5. De 3 kliniske databaser i undersøgelsen har opstillet kvalitetsmål for behandling ved operation, men ikke for kemo- eller strålebehandling.

BOKS 5. FORMÅLET MED DE KLINISKE DATABASER

Formålet med de kliniske databaser er at bidrage til forskning og til at forbedre kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats og resultater. Databaserne skal medvirke til at:

- overvåge og vurdere, om behandlingsresultaterne lever op til det ønskede
- forbedre behandlingsresultaterne
- synliggøre kvaliteten over for borgerne.

Regionerne har driftsansvaret for de kliniske databaser. Regionerne har, jf. bekendtgørelse nr. 459 af 16. maj 2006 om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske databaser, pligt til at sikre indberetning af oplysninger til de kliniske databaser, som er godkendt af Sundhedsstyrelsen. Hovedparten af de kliniske databaser finansieres gennem Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingspulje.

Datagrundlag

32. Det er afgørende, at data for alle relevante patienter indberettes til de kliniske databaser. Har databaserne ikke et tilstrækkeligt datagrundlag, kan det være vanskeligt at vurdere kvaliteten og resultaterne af afdelingernes behandling. For at have et tilstrækkeligt datagrundlag skal databaserne have en patientkomplethed på mindst 90 % og en datakomplethed på mindst 80 %.

Kravene til de kliniske databaser om patient- og datakomplethed følger af bekendtgørelse nr. 459 af 16. maj 2006 om godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser og krav fra Danske Regioner.

33. Patientkomplethed betyder, at mindst 90 % af de relevante patienter er indberettet til databasen. Dette krav opfyldes af de 3 databaser i undersøgelsen. Patientkompletheden varierer dog mellem regioner og sygehuse. Det er således ikke alle sygehuse, der opfylder målet om at indberette 90 % af patienterne.

Datakomplethed betyder, at alle oplysninger for hver patient skal indberettes. Målet er, at der i gennemsnit for hver patient skal indberettes mindst 80 % af oplysningerne. Dette opfyldes af de 3 databaser i undersøgelsen.

Datakompletheden for de 3 kliniske databaser opgøres dog uden data fra onkologerne, som er de læger, der varetager kemo- og strålebehandling af patienterne. Mange af onkologerne mangler at indberette til databaserne, og når der tages højde for disse manglende indberetninger, opfylder databaserne ikke målet om, at 80 % af oplysningerne om patienterne skal være indberettet. Den manglende registrering gør det vanskeligt at vurdere kvaliteten af patienternes kemo- og strålebehandling og et eventuelt behov for at forbedre denne del af kræftbehandlingen.

34. Regionerne har oplyst, at onkologerne har haft en særlig udfordring i forhold til at indberette til de kliniske databaser, da onkologerne behandler mange forskellige kræftsygdomme og derfor skal indberette til mange forskellige kliniske databaser for kræft.

35. Der er i 2011 igangsat et pilotprojekt om en national klinisk kræftdatabase, der skal undersøge mulighederne for primært at basere de kliniske databaser på data fra Landspatientregisteret. Ved at genbruge allerede indberettede data fra Landspatientregisteret kan antallet af indberetninger direkte til de kliniske databaser nedbringes, hvilket kan lette indberetningen for bl.a. onkologerne. Pilotprojektet forventes afsluttet og evalueret i 2012. Det skal på den baggrund senere vurderes, om projektet skal udrulles.

Udviklingen i kvaliteten af kræftbehandlingen

36. Rigsrevisionen har som udgangspunkt ønsket at undersøge, om behandlingen af kræftpatienter på landsplan lever op til de kvalitetsmål for lungekræft, tyktarms- og endetarmskræft og kræft i æggestokkene, som er fastsat i de 3 kliniske databaser.

For at vurdere, om de fastsatte kvalitetsmål er opfyldt, skal der inddrages såkaldte konfidensintervaller i analysen, ellers kan det ikke vurderes, om kvalitetsmålene statistisk sikkert er opfyldt.

Det er kun Dansk Lunge Cancer Register, som har kunnet levere konfidensintervaller for kvalitetsmålene. De kliniske databaser for kræft i tyktarm og endetarm og for kræft i æggestokkene har ikke kunnet levere konfidensintervaller, hvorfor vi ikke kan vurdere udviklingen i opfyldelsen af kvalitetsmålene.

I afsnittet undersøger vi derfor alene udviklingen i opfyldelsen af kvalitetsmålene for lungekræft. Endvidere inddrager vi kun de kvalitetsmål, der handler om den kliniske kvalitet, og ikke de mål, der handler om patienternes ventetid og patienternes overlevelse.

Lungekræft

37. I den kliniske database for lungekræft er der opstillet 2 kvalitetsmål for behandlingskvaliteten, som skal være opfyldt for en bestemt andel af patienterne. Målsætningen er, at de 2 kvalitetsmål skal være opfyldt for henholdsvis 20 % og 80 % af patienterne, jf. tabel 1.

Landspatientregisteret

Hver gang en person har været i kontakt med det danske sygehusvæsen, fx ved undersøgelse eller behandling, registreres en række oplysninger i Landspatientregisteret.

Det er bl.a. oplysninger om sygehus og afdeling, indlæggelses- og udskrivningsdato, diagnoser og operationer.

Konfidensintervaller

Når man i statistisk sammenhæng beregner, fx hvor stor en andel af patienterne der opereres med helbredende sigte, er det vigtigt at tage højde for konfidensintervaller.

Det skyldes, at der altid vil være en usikkerhed om resultatet, da det ikke vides, om de mennesker, der indgår, er repræsentative for alle andre. Der anvendes derfor konfidensintervaller, så der kan foretages en statistisk generalisering om mere, end der er data for.

Tabel 1. Opfyldelse af kvalitetsmål for lungekræft opgjort på landsplan i 2007 og 2010

Kvalitetsmål	2007	2010
Min. 20 % af patienterne kan opereres med helbredende sigte. Dette kræver bl.a., at sygdommen opdages i tide.	15 % af patienterne	22 % af patienterne
For min. 80 % af patienterne bør der være overensstemmelse mellem vurderingen af sygdommens omfang før og efter operation. Ved overensstemmelse har udredningen af patienten været korrekt.	73 % af patienterne	83 % af patienterne

Note: Der er i fortolkningen af tabellens resultater taget højde for konfidensintervaller (95 %), som dog ikke fremgår af tabellen.

Den kliniske database for lungekræft opstiller 19 kvalitetsmål for behandlingen:

- 2 mål handler om den kliniske kvalitet og fremgår af tabel 1.
- 7 mål handler om patienternes overlevelse.
- 10 mål handler om patienternes ventetid.

Sundhedsstyrelsen anvender medianen til at opgøre tiden fra henvisning til behandling.

Medianen egner sig til at opgøre data, hvor der forekommer store udsving, da den ikke påvirkes af, at der for nogle få patienter registreres meget korte eller meget lange forløb.

Tabel 1 viser, at en større andel af patienterne i perioden 2007-2010 har fået den kvalitet i behandlingen, der er fastsat som mål i den kliniske database. Således er andelen af patienter, der kan opereres med helbredende sigte steget fra 15 % i 2007 til 22 % i 2010. Tilsvarende er der en forbedret korrekt udredning af patienterne, idet andelen med korrekt udredning steg fra 73 % i 2007 til 83 % i 2010.

Tabellen viser også, at begge kvalitetsmål blev opfyldt i 2010. Dette var ikke tilfældet i 2007, hvor ingen af de 2 kvalitetsmål blev opfyldt.

B. Kræftpatienters ventetid

38. Rigsrevisionens undersøgelse af kræftpatienters ventetid har vist følgende:

- Sundhedsministeriet har fastsat maksimale ventetider, som angiver, hvor længe kræftpatienter højst må vente på forundersøgelse, behandling og efterbehandling. Ministeriet har også for patienter i pakkeforløb fastsat forløbstider, dvs. mål for, hvor lang tid der højst bør gå fra henvisning med begrundet mistanke om kræft til første behandling.
- Det er ikke muligt at vise, om de maksimale ventetider og forløbstider i pakkeforløb er overholdt. Derimod kan tiden fra henvisning til behandling vises. En stigende andel af lungekræftpatienterne starter behandling inden for 42 kalenderdage fra henvisning. Regionerne har dog ikke nået målsætningen om, at 85 % af alle lungekræftpatienter skal være behandlet inden for de 42 dage.
- For patienter med kræft i tyktarm og endetarm gik der i perioden 2001-2007 gennemsnitligt 25 kalenderdage fra henvisning til behandling. I 2009 gik der 23 kalenderdage. For patienter med kræft i æggestokkene var medianen for tiden fra henvisning til behandling 26 kalenderdage både i 2007 og 2010.

39. Sundhedsministeriet har fastsat 2 forskellige målsætninger for, hvor lang tid kræftpatienters udrednings- og behandlingsforløb må vare – dels de maksimale ventetider, der gælder alle kræftpatienter, dels forløbstider, der gælder kræftpatienter i pakkeforløb.

Ministeriet har med de maksimale ventetider fastlagt, hvor lang tid patienten højst må vente på forundersøgelse, behandling og efterbehandling, jf. pkt. 66.

I pakkeforløbene har Sundhedsstyrelsen på baggrund af faglig rådgivning fastsat mål for, hvor lang tid der højst bør gå fra henvisning med begrundet mistanke om kræft til første behandling. Dette gælder dog kun for patienter i pakkeforløb, dvs. patienter, der kan følge et standardpatientforløb fra start til slut, hvilket langt fra er alle kræftpatienter.

Tiden fra henvisning til behandling

40. Det er ikke muligt at vise udviklingen i de maksimale ventetider og forløbstider i pakkeforløb. Tiden fra henvisning til behandling kan derimod vises for alle kræftpatienter.

Tiden fra henvisning til behandling skal forstås som den tid, der forløber, fra patientens henvisning fra praktiserende læge eller speciallæge er modtaget på sygehuset til første behandling på sygehuset. Denne periode indeholder aktiv tid, hvor patienten udredes og informeres, og behandlingsforløbet planlægges. Perioden kan også indeholde passiv tid, hvor patienten venter, fx hvis andre patienter skal opereres først, eller hvis patienten selv ønsker at vente.

41. Tiden fra henvisning til behandling for patienter med lungekræft og tyktarms- og endetarmskræft vises med data fra de kliniske databaser. Sundhedsstyrelsen overvåger også tiden fra henvisning til behandling, men ifølge styrelsen afspejler de kliniske databaser mere præcist tiden fra henvisning til behandling, når det gælder lungekræft og tyktarms- og endetarmskræft.

Tiden fra henvisning til behandling for patienter med kræft i æggestokkene vises med data fra Sundhedsstyrelsen. Det skyldes, at styrelsens data både omfatter patienter, der opereres, og patienter, der behandles med kemoterapi, mens data fra den kliniske database kun omfatter patienter, der behandles med kemoterapi.

Lungekræft

42. For lungekræftpatienter er der en målsætning om, at første behandling hos mindst 85 % af alle patienter skal starte senest 42 kalenderdage efter, at henvisningen er modtaget på sygehuset. Målsætningen er fastsat i regi af NIP, jf. boks 4. For lungekræftpatienter kan den første behandling enten være operation, kemo- eller strålebehandling.

Operation som første behandling

43. I tabel 2 vises andelen af patienter med lungekræft, der er opereret senest 42 kalenderdage efter, at patientens henvisning er modtaget på sygehuset.

Tabel 2. Andel af patienter med lungekræft, der er opereret senest 42 kalenderdage efter henvisning, fordelt på regioner i perioden 2003-2010 (%)

Region	2003-2007	2008	2009	2010
Nordjylland	44	66	79	85
Midtjylland	21	62	58	54
Syddanmark	54	56	44	51
Sjælland ¹⁾	-	-	-	-
Hovedstaden	26	45	36	52
Hele landet	34	56	50	56

¹⁾ Region Sjælland har i perioden ikke varetaget operation for lungekræft, og patienter fra regionen er derfor sendt til behandling i de andre regioner.

Tabel 2 viser, at andelen af lungekræftpatienter, der på landsplan opereres inden for 42 kalenderdage, er steget fra 34 % i perioden 2003-2007 til 56 % i 2010. Det er således en stigende andel af patienterne, som behandles inden for de 42 dage. Der er dog i 3 af regionerne langt til målsætningen om, at 85 % af alle patienter skal være behandlet inden for de 42 dage. Region Nordjylland opfylder som eneste region målsætningen.

44. Region Hovedstaden har oplyst, at en af årsagerne til regionens andel på 36 % i 2009 er, at de relevante afdelinger gennemgik en række strukturelle omlægninger. Ifølge regionen blev omlægningerne fulgt tæt for at sikre, at driften ikke blev påvirket. Regionen oplyser videre, at den har arbejdet målrettet med at forbedre resultaterne, og at der fortsat er stort fokus på området. Regionen forventer, at data for 2011 vil vise yderligere forbedringer.

Patienter i pakkeforløb er patienter, som kan følge et standardpatientforløb fra start til slut.

En del patienter kan ikke følge et standardpatientforløb. Sundhedsministeriet vurderer, at kun ca. 50 % af alle kræftpatienter indgår i et pakkeforløb fra starten. De øvrige patienter har på dette tidspunkt mere uspecifikke symptomer og kommer derfor først senere ind i pakkeforløbet, fx når der er begrundet mistanke om kræft.

Endvidere følger en del patienter ikke standardpatientforløbet, fordi de fx har andre sygdomme ud over kræft, der også skal tages hensyn til under udredning og behandling.

Kemo- eller strålebehandling som første behandling

45. Tabel 3 viser andelen af patienter med lungekræft, der er i kemo- eller strålebehandling senest 42 kalenderdage efter, at patientens henvisning er modtaget på sygehuset.

Tabel 3. Andel af patienter med lungekræft, der er behandlet med kemo eller stråler senest 42 kalenderdage efter henvisning, fordelt på regioner i perioden 2003-2010 (%)

Region	2003-2007	2008	2009	2010
Nordjylland	37	62	68	67
Midtjylland	35	60	64	56
Syddanmark	62	76	73	77
Sjælland	60	68	68	72
Hovedstaden	43	69	72	72
Hele landet	49	69	70	71

Tabel 3 viser, at andelen af lungekræftpatienter, der på landsplan er i kemo- eller strålebehandling inden for 42 kalenderdage, er stigende fra 49 % i perioden 2003-2007 til 71 % i 2010. Det er således en stigende andel af patienterne, som behandles inden for de 42 dage. Ingen af regionerne opfylder dog målsætningen om, at 85 % af alle patienter skal være behandlet inden for de 42 dage.

46. Regionerne har dog ifølge årsrapporten for 2010 fra Dansk Lunge Cancer Register reduceret tiden fra henvisning til behandling markant for de lungekræftpatienter, der har meget lange forløb. Meget lange forløb er, når patienten oplever mere end 8 uger fra henvisning til enten operation, kemo- eller strålebehandling. Således varede et patientforløb for mere end 40 % af patienterne i perioden 2003-2006 mere end 8 uger. Dette er nu faldet til ca. 10 % af patienterne.

47. Region Syddanmark har oplyst, at regionen fokuserer på at nedbringe tiden fra henvisning til behandling. Bl.a. fremhæver regionen, at udredningen af patienterne i 2011 er samlet på færre enheder. Samtidig arbejder regionen på at indføre videounderstøttede multidisciplinære konferencer mellem de udredende og behandlende afdelinger, hvilket kan medvirke til at strømline forløbene.

Region Midtjylland har oplyst, at regionen i de senere år har arbejdet målrettet på at forkorte tiden frem til lungekræftpatienternes første behandling. Regionen oplyser, at patientforløbene er blevet optimeret, og at der er indført videokonferencer på tværs af sygehuse, hvor patienten med det samme bookes til relevant behandling. Regionen forventer derfor, at flere patienter i 2011 behandles inden for de 42 dage.

Multidisciplinære konferencer

Som led i pakkeforløbene drøftes og fastlægges patienternes behandling på multidisciplinære konferencer, hvor læger fra alle de involverede specialer deltager.

Formålet er bl.a. at koordinere patientens behandlingsforløb, så diagnostik og behandling af patienten sker uden unødigt ventetid.

Tyktarms- og endetarmskræft

48. Tiden fra henvisning til behandling for patienter med tyktarms- og endetarmskræft er vist i tabel 4. Tabellen viser det gennemsnitlige antal kalenderdage fra henvisning til enten operation, kemo- eller strålebehandling. Der er ikke som for lungekræftpatienter fastsat en målsætning for tiden fra henvisning til behandling for patienter med kræft i tyktarm og endetarm.

Tabel 4. Tiden fra henvisning til behandling for patienter med tyktarms- og endetarmskræft fordelt på regioner i perioden 2001-2009 (Antal kalenderdage)

Region	2001-2007	2008	2009
Nordjylland	22	21	21
Midtjylland	26	22	22
Syddanmark	26	23	23
Sjælland	29	27	26
Hovedstaden	24	20	24
Hele landet	25	23	23

Tabel 4 viser, at tiden fra henvisning til behandling i perioden 2001-2007 var 25 kalenderdage på landsplan, mens den i 2009 var 23 kalenderdage. I perioden 2001-2007 lå tiden fra henvisning til behandling i regionerne på 22-29 kalenderdage, mens den i 2009 lå på 21-26 kalenderdage.

Kræft i æggestokkene

49. Tiden fra henvisning til behandling for patienter med kræft i æggestokkene er vist i tabel 5. Tabellen viser det mediane antal kalenderdage fra henvisning til enten operation eller kemoterapi. Der er ikke som for lungekræftpatienter fastsat en målsætning for tiden fra henvisning til behandling for patienter med kræft i æggestokkene.

Tabel 5. Tiden fra henvisning til behandling for patienter med kræft i æggestokkene fordelt på regioner i perioden 2007-2010 (Antal kalenderdage)

Region	2. halvår 2007	2. halvår 2008	2. halvår 2009	2. halvår 2010
Nordjylland	18	22	22	24
Midtjylland	22	25	18	20
Syddanmark	30	35	34	29
Sjælland	37	32	28	32
Hovedstaden	27	27	33	26
Hele landet	26	29	27	26

Tabel 5 viser, at medianen på landsplan både i 2007 og 2010 var 26 kalenderdage. Det svarer til, at der for 50 % af patienterne med kræft i æggestokkene gik 26 eller færre kalenderdage fra henvisning til behandling, mens der for de andre 50 % gik 26 eller flere kalenderdage fra henvisning til behandling.

50. Danske Regioner har oplyst, at det manglende fald i tiden fra henvisning til behandling for patienter med kræft i æggestokkene i nogle regioner kan skyldes, at der mangler plads på intensivafdelingerne. Operation for kræft i æggestokkene er nu mere omfattende end tidligere og kræver derfor efterfølgende ophold på en intensivafdeling. Når intensivkapaciteten er begrænset, kan det føre til, at operationer må udskydes.

Danske Regioner fremhæver videre, at diagnostikken har udviklet sig med flere og mere komplicerede undersøgelser, hvilket forlænger udredningen og dermed den samlede tid fra henvisning til behandling. Disse tiltag skulle ifølge Danske Regioner gerne resultere i en bedre overlevelse. Endelig fremhæver Danske Regioner, at der er relativt få patienter med kræft i æggestokkene, og at der allerede er en hurtig håndtering af patienternes forløb, hvor for der ikke nødvendigvis kan skabes hurtigere forløb.

51. Én af regionerne oplyser, at der ikke er sket en ændring i tiden fra henvisning til behandling, da afdelingerne altid har haft korte patientforløb. Ifølge regionen er det endvidere vanskeligt at forkorte forløbene yderligere, da patienter med kræft i æggestokkene ofte fejler andre alvorlige sygdomme, som er vigtige at behandle inden operation.

C. Kræftpatienters overlevelse

52. Rigsrevisionens undersøgelse af kræftpatienters overlevelse har vist følgende:

- Sundhedsministeriet har ikke fastsat mål for kræftpatienters overlevelse.
- Der har i perioden 1998-2009 været en stigende 1-års overlevelse for de 3 kræftsygdomme, og der er således en større andel af patienterne end tidligere, der overlever det første år efter, at kræftdiagnosen er stillet. 5-års overlevelsen – opgjort for perioden 1998-2005 – er derimod henholdsvis svagt faldende, uændret og stigende for de 3 kræftsygdomme.
- Danmark er for de 3 kræftsygdomme – sammenlignet med 5 andre lande – placeret blandt de lande, der har den dårligste overlevelse. Det gælder både for 1-års og 5-års overlevelsen.
- Alt efter hvilken region patienten bor i, er der forskel på, hvor mange lungekræftpatienter der overlever det første år efter, at kræftdiagnosen er stillet.

53. Patienternes overlevelse er det naturlige målepunkt, når sundhedsvæsenets evne til hurtig udredning, bedre behandling og sammenhængende patientforløb skal vurderes. Kræftpatienters overlevelse kan bl.a. ses som en effekt af behandlingens kvalitet og tiden fra henvisning til behandling. Samtidig kan mere effektive udredningsmetoder og behandlingsteknikker – både inden for den kirurgiske og den medicinske kræftbehandling – have en positiv effekt på kræftpatienters overlevelse.

Kræftpatienters overlevelse afhænger ud over behandlingen af andre faktorer, fx hvor længe patienten går med symptomer på sygdom uden at kontakte læge, patientens generelle sundhedstilstand og patientens forudsætninger for at følge behandlingen. En bedre kræftindsats afhænger således også af fx initiativer, der kan få borgerne til at henvende sig tidligere til egen læge ved mistanke om kræft, så sygdommen ikke er så fremskreden, når diagnosen stilles. Endelig har det også betydning, om patienten lider af andre alvorlige sygdomme ud over kræft.

54. Sundhedsministeriet har ikke fastsat mål for kræftpatienters overlevelse.

Udviklingen i overlevelsen

55. Vi har for de 3 kræftsygdomme undersøgt udviklingen i 1-års og 5-års overlevelsen i Danmark.

56. I tabel 6 er udviklingen i overlevelsen for de 3 kræftsygdomme angivet for perioden 1998-2009 for 1-års overlevelsen og for perioden 1998-2005 for 5-års overlevelsen. Årstallene angiver diagnoseåret, hvilket betyder, at 1-års overlevelsen vises for patienter, der fik stillet en kræftdiagnose i perioden 1998-2009, mens 5-års overlevelsen vises for patienter, der fik stillet en kræftdiagnose i perioden 1998-2005.

Tabel 6. Udvikling i 1-års og 5-års overlevelsen i Danmark

	1-års overlevelsen i perioden 1998-2009	5-års overlevelsen i perioden 1998-2005
Lungekræft	Stigende	Uændret
Kræft i æggestokkene	Svagt stigende	Svagt faldende
Tyktarms- og endetarmskræft	Stigende	Stigende

Tabel 6 viser, at der i perioden 1998-2009 har været en stigende 1-års overlevelse for de 3 kræftsygdomme. Det er således en større andel af patienterne end tidligere, der overlever det første år efter, at kræftdiagnosen er stillet.

Udviklingen i 5-års overlevelsen i perioden 1998-2005 er dog mindre entydig for de 3 kræftsygdomme. Overlevelsen for lungekræftpatienter er uændret i perioden, mens 5-års overlevelsen for patienter med kræft i æggestokkene er svagt faldende. Der var i perioden 1998-2005 således færre patienter med kræft i æggestokkene, der overlevede 5 år efter, at kræftdiagnosen var stillet. 5-års overlevelsen for patienter med tyktarms- og endetarmskræft er steget i perioden 1998-2005, og der var således flere patienter frem til 2005, der levede 5 år efter, at kræftdiagnosen var stillet.

57. Data for patienters overlevelse vil naturligvis altid være forsinket i forhold til den aktuelle indsats på kræftområdet, da der skal gå 1 år, fra patientens kræftdiagnose er stillet, til patientens 1-års overlevelse kan måles. Tilsvarende gælder for 5-års overlevelsen. Effekten på overlevelsen af den aktuelle kræftbehandling kan derfor først måles senere.

58. Ifølge Sundhedsministeriet har der frem til 2004 været fejl i klassificeringen af patienter med kræft i æggestokkene. Det har betydet, at data har vist en kunstig høj overlevelse for de patienter, der har fået en kræftdiagnose før 2004. Dette forhold gør det vanskeligt at vurdere udviklingen i overlevelsen for patienter med kræft i æggestokkene.

59. Danmark deltager sammen med 6 andre lande i International Cancer Benchmarking Partnership, hvor overlevelsen for 4 kræftsygdomme sammenlignes mellem de 6 lande. Alle 6 lande oplever en stigende overlevelse for undersøgelsens 3 kræftsygdomme. Selv om Danmark har en stigende 1-års og 5-års overlevelse, er Danmark fortsat placeret blandt de lande, der har den dårligste overlevelse i gruppen af lande, der sammenlignes med. Dette gælder både for 1-års og 5-års overlevelsen. Kun Storbritannien har en lavere overlevelse end Danmark.

60. For lungekræft er der i regi af NIP fastsat en målsætning om, at 42 % af patienterne skal være i live 1 år efter, at diagnosen er stillet. Blandt de patienter, der fik stillet kræftdiagnosen i 2009, var 38,4 % i live 1 år efter.

International Cancer Benchmarking Partnership

Et fælles projekt mellem 6 lande: Australien, Canada, Norge, Sverige, Storbritannien og Danmark. Projektet følger 1-års og 5-års overlevelsen for 4 kræftsygdomme.

Formålet er at identificere årsager til forskelle i overlevelse landene imellem.

Der var ingen af de 5 regioner, der levede op til målsætningen på de 42 %, men på grund af den statistiske usikkerhed kan det ikke udelukkes, at Region Hovedstaden og Region Nordjylland rent faktisk lever op til målsætningen. Databasen viser også, at der er regionale forskelle på, hvor mange lungekræftpatienter der er i live 1 år efter, at diagnosen er stillet.

For patienter med kræft i tyktarm og endetarm er der også indikationer på regionale forskelle i 1-års overlevelsen.

V. Sundhedsministeriets og regionernes opfølgning

Udviklingen på kræftområdet følges af Sundhedsministeriet og regionerne i regi af bl.a. Kræftstyregruppen og Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerterområdet.

Kvaliteten af kræftbehandlingen kan følges i de kliniske databaser. Sundhedsministeriet følger ikke kvaliteten af kræftbehandlingen i de kliniske databaser. Regionerne følger ikke i alle tilfælde tilfredsstillende op på resultaterne fra de kliniske databaser.

Sundhedsministeriet kan fortsat ikke følge, om de maksimale ventetider er overholdt, da overvågningen er baseret på sygehusenes skøn. Ministeriet vil imidlertid tage initiativ til en proces hen imod en fyldestgørende og løbende overvågning af de maksimale ventetider.

Sundhedsministeriet kan ikke følge forløbstiderne i pakkeforløbene, da ministeriet ikke har etableret en detaljeret overvågning. Ministeriet vil nu sikre en eksakt overvågning af forløbstiderne.

Sundhedsministeriet følger udviklingen i tiden fra henvisning til behandling på 11 kræftområder, som dækker de hyppigste kræftsygdomme. Regionerne følger patienternes forløbstider på baggrund af sygehusenes skøn.

Sundhedsministeriet følger kræftpatienters overlevelse for 8 kræftsygdomme og følger endvidere overlevelsen gennem forskellige internationale sammenligninger. Flere regioner oplyser, at de løbende analyserer på overlevelsen og følger denne via de kliniske databaser.

A. Sundhedsministeriets opfølgning

61. Rigsrevisionens undersøgelse af Sundhedsministeriets opfølgning har vist følgende:

- Sundhedsministeriet følger ikke kvaliteten af kræftbehandlingen, som kan følges i de kliniske databaser.
- Sundhedsministeriet følger de overordnede udviklingstendenser fra henvisning til behandling for alle kræftpatienter på 11 kræftområder.
- Statsrevisorerne bemærkede til beretningen om maksimale ventetider på kræftbehandling, at de fandt det utilfredsstillende, at Sundhedsministeriet ikke havde sikret sig kendskab til, om de maksimale ventetider var overholdt. Ministeriet kan fortsat ikke følge de maksimale ventetider, da overvågningen er baseret på sygehusenes skøn. Ministeriet vil nu tage initiativ til en mere fyldestgørende og løbende overvågning.

- Sundhedsministeren anførte i sin redegørelse til beretningen om de maksimale ventetider, at Sundhedsministeriet ville sikre en mere detaljeret overvågning af pakkeforløbene. Ministeriet har ikke etableret denne overvågning, og det kan derfor ikke vurderes, om forløbstiderne er overholdt. Ministeriet vil nu sikre en eksakt overvågning af forløbstiderne.
- Sundhedsministeriet opgør årligt kræftpatienters overlevelse for 8 kræftsygdomme og følger endvidere overlevelsen gennem forskellige internationale sammenligninger.

Opfølgning på kvaliteten af kræftbehandlingen

62. Sundhedsministeriet oplyser, at kvaliteten af kræftbehandlingen følges af Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet (herefter Task Force), jf. Sundhedsstyrelsens notat om pakkeforløb på kræftområdet af 24. februar 2011. Det fremgår af notatet, at: "Task Force og dens parter forholder sig løbende til resultaterne af diverse opfølgningstiltag af kvantitativ og kvalitativ art på området, herunder de regionale statusopgørelser, Sundhedsstyrelsens monitorering samt opgørelser fra de kliniske kvalitetsdatabaser".

Ministeriet oplyser videre, at Sundhedsstyrelsens notat af 24. februar 2011 skal forstås således, at Task Force har forholdt sig til opgørelser fra databaserne, som parterne i Task Force er blevet gjort bekendt med som særligt bemærkelsesværdige og relevante for en drøftelse i dette forum. Endelig bemærker ministeriet, at der findes andre fora, hvor opgørelser fra databaserne på området indgår, fx i Kræftstyregruppen og arbejdsgrupper, der løbende rådgiver Sundhedsstyrelsen i specifikke spørgsmål om retningslinjer, kvalitet mv. I boks 6 beskrives opgaverne for Kræftstyregruppen og Task Force.

BOKS 6. KRÆFTSTYREGRUPPEN OG TASK FORCE

Kræftstyregruppen

Kræftstyregruppen blev nedsat af sundhedsministeren i 1998 i regi af Sundhedsstyrelsen. Kræftstyregruppen har til opgave at yde bred faglig rådgivning til Sundhedsstyrelsen på kræftområdet og medvirke til en hensigtsmæssig udvikling generelt og en stadig forbedring af kvaliteten på området. I forbindelse med at pakkeforløbene blev udarbejdet, igangsatte Kræftstyregruppen et arbejde med at formulere kliniske retningslinjer, som pakkeforløbene hviler på.

Task Force

Task Force blev etableret på baggrund af en politisk aftale i 2007 og ledes af Sundhedsstyrelsen med deltagelse fra Sundhedsministeriet, regionerne, Danske Regioner og KL. Task Force har til opgave at følge udviklingen på kræft- og hjerteområdet generelt, herunder at videreudvikle og kvalitetssikre data om kræft. Sundhedsstyrelsen udarbejdede pakkeforløbene i regi af Task Force med inddragelse af kliniske eksperter og blev rådgivet af Kræftstyregruppen i forhold til det sundhedsfaglige indhold.

63. Rigsrevisionen har gennemgået referaterne fra møderne i Task Force. Det fremgår, at Task Force vil indlede en dialog med repræsentanterne fra de kliniske databaser, og at der fremadrettet i Kræftplan III er afsat 2 mio. kr. årligt til løbende at overvåge kræftområdet via databaserne. Endvidere har årsrapporten fra NIP om lungekræft været drøftet på 2 møder i 2010. Det fremgår ikke af referaterne, om øvrige resultater fra de kliniske databaser har været drøftet i Task Force.

64. Sundhedsministeriet har oplyst, at ministeriet i 2011 har igangsat et samarbejde mellem Sundhedsministeriet, Finansministeriet, regionerne og Sundhedsstyrelsen, der har fokus på udvikling af de kliniske databaser, herunder styrket datadeling og dataanvendelse. Den Nationale Kliniske Kræftdatabase, jf. pkt 35, er indtænkt i dette samarbejde.

Opfølgning på ventetid

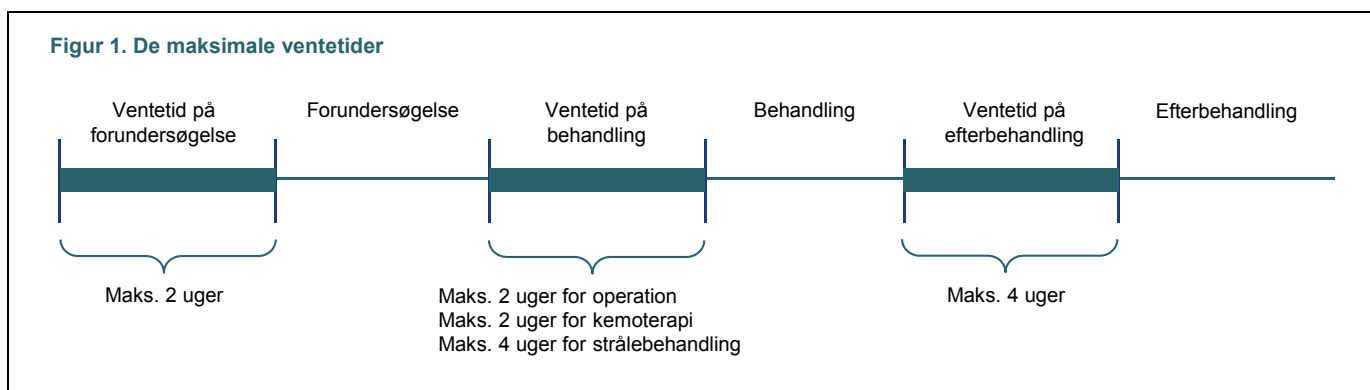
65. Kræftpatienter er omfattet af både de maksimale ventetider og de forløbstider, som fremgår af pakkeforløbene. I det følgende gennemgår vi:

- de maksimale ventetider
- forløbstiderne i pakkeforløbene
- Sundhedsministeriets overvågning.

De maksimale ventetider

66. De maksimale ventetider gælder for alle kræftpatienter og er en forbedret ventetidsbeskyttelse i forhold til andre patientgrupper. I bekendtgørelse nr. 1749 af 21. december 2006 om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme mv. er der fastsat maksimale ventetider for, hvor længe patienter højst må vente på forundersøgelse, behandling og efterbehandling.

De maksimale ventetider er en patientrettighed, og patienten har krav på, at der iværksættes nogle efterfølgende procedurer, hvis de maksimale ventetider ikke kan overholdes. Fx skal patienten om muligt tilbydes behandling på et andet sygehus. I figur 1 er de maksimale ventetider vist.



Figur 1 viser, at de maksimale ventetider er 2 uger til start på forundersøgelse, operation og kemoterapi og 4 uger til start på strålebehandling og efterbehandling. Der er ikke fastsat krav om, hvor længe forundersøgelsen, behandlingen eller efterbehandlingen må vare.

67. Rigsrevisionen afgav i 2007 beretningen om maksimale ventetider på kræftbehandling. I beretningen konkluderede Rigsrevisionen bl.a., at Sundhedsministeriet ikke havde viden om, hvorvidt de maksimale ventetider var overholdt. Statsrevisorerne bemærkede til beretningen, at de fandt det utilfredsstillende, at ministeriet ikke via sygehusejerne havde sikret sig kendskab til, om de patientrettigheder, der var fastsat i ordningen, var tilgodeset.

Statsrevisorerne bemærkede videre, at det påhviler ethvert fagministerium at føre et vist tilsyn med, at lovgivningen overholdes, og at forvaltningen heraf er i overensstemmelse med intentionerne bag loven. Det gælder også, når forvaltningen udøves af amter/regioner, hvorunder sygehusene hører, ligesom det gælder, uanset hvilke styringsredskaber ministeriet er udstyret med. Statsrevisorerne vurderede på denne baggrund, at Folketinget havde en berettiget forventning om, at sundhedsministeren kunne redegøre for, i hvilket omfang patienter med livstruende sygdomme fik behandling uden unødigt ventetid.

68. Sundhedsministeriet kan fortsat ikke følge, om de maksimale ventetider overholdes. Dette skyldes, at Sundhedsstyrelsen baserer sin overvågning på sygehusenes skøn over, hvor lang tid den ukomplicerede patient maksimalt kommer til at vente. Sygehusene indberetter deres skøn til venteinfo.dk, men det er ikke obligatorisk for sygehusene at indberette.

Ministeriet oplyser, at Sundhedsstyrelsen løbende overvåger udviklingen i de forventede ventetider via venteinfo.dk. De forventede ventetider giver ifølge ministeriet en indikation af, om de maksimale ventetider overholdes.

Ministeriet har desuden oplyst, at styrelsen tager kontakt til den pågældende region for at sikre, at der tages hånd om problemerne, hvis det på venteinfo.dk viser sig, at konkrete sygehuse over en periode ikke kan leve op til de maksimale ventetider. Styrelsen følger ligeledes op på konkrete tilfælde, hvor styrelsen bliver gjort bekendt med, at de maksimale ventetider ikke overholdes, fx gennem borgerhenvendelser.

69. Sundhedsministeriet har oplyst, at ministeriet nu vil tage initiativ til en proces hen imod en fyldestgørende og løbende overvågning af de maksimale ventetider.

Forløbstiderne i pakkeforløbene

70. I pakkeforløbene er der opstillet en række fagligt begrundede forløbstider, der fastsætter, hvor meget tid sygehusene højst bør bruge til at booke undersøgelser, afholde samtale med patienten og undersøge patienten. Forløbstider omfatter både aktiv og passiv tid, jf. pkt. 40, og kan derfor ikke sammenlignes med de maksimale ventetider, der alene omfatter passiv tid, fx hvor patienter venter, hvis andre patienter skal opereres først.

Forløbstiderne i pakkeforløbene er ikke en patientrettighed, men en rettesnor for, hvor lang tid der højst bør gå for en standardpatient fra begrundet mistanke om kræft til første behandling.

I sundhedsministerens redegørelse af 16. april 2008 til beretning nr. 5/2007 om maksimale ventetider på kræftbehandling anførte ministeren, at der nu var klare tilkendegivelser om Folketingets ønsker til opfølgning på kræftområdet. Sundhedsministeriet ville derfor indføre en mere detaljeret overvågning af pakkeforløbene.

71. Fra 2008 til 2009 var opfølgningen på forløbstider baseret på det fælles statslige/regionale Monitorerings- og InformationsSystem – MIS Kræft – der var en internetbaseret portal. Formålet med MIS Kræft var løbende at følge, hvor hurtigt patienter i pakkeforløb blev udredt og behandlet.

Sundhedsministeriet besluttede i 2009, at der fra 2010 ikke længere var grundlag for at finansiere driften af MIS Kræft med 3-4 mio. kr. Dette skyldes ifølge ministeriets notat om baggrunden for at stoppe den statslige finansiering, at: "Den manglende anvendelighed af MIS Kræft har givet anledning til, at man i regionerne i større eller mindre grad er begyndt at forberede sig på en situation, hvor man [regionerne red.] selv kan tilvejebringe relevante data til klinikerne". (December 2009).

Sundhedsministeriets overvågning

72. Fra 2010 har Sundhedsstyrelsen i stedet for MIS Kræft fulgt udviklingen i tiden fra patienternes henvisning til behandling. Denne overvågning kan ikke sammenlignes med forløbstiderne i pakkeforløbene, da der hverken måles på den samme tidsperiode eller patientgruppe. Forløbstiderne gælder kun for patienter i pakkeforløb, mens styrelsens overvågning omfatter alle kræftpatienter, jf. boks 7.

Styrelsen overvåger 11 kræftområder, der omfatter de hyppigste kræftsygdomme og viser de overordnede udviklingstendenser. Styrelsens overvågning publiceres halvårligt i samarbejde med Danske Regioner og blev første gang publiceret i august 2010.

MIS Kræft blev taget i brug i 2008 i forbindelse med, at pakkeforløb blev indført.

11 Kræftområder

En række kræftområder indgår ikke i Sundhedsstyrelsens overvågning. Det skyldes, at de ifølge styrelsen ikke omfatter tilstrækkeligt mange patienter til, at data er robuste nok til at vise pålidelige resultater.

BOKS 7. PAKKEFORLØB OG SUNDHEDSSTYRELSENS OVERVÅGNING

Sundhedsstyrelsens overvågning kan ikke sammenlignes med forløbstiderne i pakkeforløbene, da der ikke måles på samme patientgruppe eller tidsperiode.

Pakkeforløbene omfatter tiden fra henvisning med begrundet mistanke om kræft til første behandling, mens Sundhedsstyrelsens overvågning omfatter tiden fra henvisning til første behandling.

Patientens henvisning og den begrundede mistanke om kræft optræder ikke nødvendigvis på samme tidspunkt. Det gælder fx for patienter, som oprindeligt er henvist til sygehuset med anden årsag end kræft, fx lungebetændelse, og hvor der først på sygehuset opstår mistanke om kræft. I sådanne tilfælde optræder henvisningen og den begrundede mistanke ikke på samme tidspunkt.

Den begrundede mistanke om kræft registreres ikke i de patientadministrative systemer, hvorfor der ikke kan måles på denne.

73. Sundhedsministeriet oplyser, at Sundhedsstyrelsens overvågning fra starten tog udgangspunkt i, hvad der var muligt ud fra de eksisterende nationale registre. Ministeriet fremhæver videre, at de nationale registre blev etableret for mange år siden, og de blev ikke udviklet specifikt til at overvåge patientforløb.

Ministeriet påpeger, at styrelsens overvågning er i overensstemmelse med den politiske aftale fra 2007 mellem regeringen og Danske Regioner om akut handling og klar besked. I aftalen fremgår det, at der skulle foretages en løbende og ensartet overvågning af alle kræftpatienters patientforløb, og at overvågningen i videst muligt omfang skulle baseres på eksisterende registreringer.

74. Sundhedsministeriet oplyser, at Task Force følger udviklingen i tiden fra henvisning til behandling på baggrund af data fra regionerne, Sundhedsstyrelsen og de kliniske databaser. Endvidere oplyser ministeriet, at status for pakkeforløbene er et fast punkt på dagsordenen til møderne i Task Force, hvor de enkelte regioner orienterer om status i den pågældende region, eventuelle udfordringer og tiltag. Endvidere drøftes, om der er tale om generelle tendenser, og om der er behov for en særskilt opfølgning fra national side.

Sundhedsstyrelsen oplyser, at styrelsen løbende arbejder på at udvikle overvågningen, bl.a. så styrelsen mere præcist kan afspejle forløbstiderne i pakkeforløbene. Styrelsen har videre oplyst, at Task Force i flere omgange har drøftet problemstillingen om at registrere patientens start i pakkeforløb, men har ikke fundet, at der var behov for en mere præcis overvågning.

75. Sundhedsministeriet har oplyst, at ministeriet nu vil sikre en eksakt overvågning af forløbstiderne.

Opfølgning på overlevelse

76. Sundhedsministeriet har oplyst, at ministeriet følger kræftpatienters overlevelse på flere måder, bl.a. i årlige udgivelser af overlevelsestal baseret på Landspatientregisteret. Seneste data er offentliggjort i publikationen "Sygehuspatienters overlevelse efter diagnose for otte kræftsygdomme i perioden 1998-2009" af 29. november 2011. Ministeriet følger på Kræftstyregruppens anbefaling 8 kræftsygdomme. Kræftstyregruppens valg af kræftsygdomme er bl.a. baseret på sygdommens udbredelse og overlevelseskarakteristika.

Sundhedsstyrelsens opgørelse giver ikke mulighed for at konkludere, om der er en årsags-sammenhæng mellem udviklingen i overlevelsen og indførelsen af pakkeforløb. Det skyldes ifølge ministeriet bl.a., at det ikke er muligt at adskille effekten af pakkeforløb fra effekten af øvrige initiativer, der har til formål at skabe forbedringer i overlevelsen.

Styrelsen har imidlertid oplyst, at en forbedring i overlevelsen er en vigtig indikation af, at de igangsatte initiativer, herunder pakkeforløbene, har den tilsigtede effekt. Styrelsen følger derfor de overlevelsestal, som årligt offentliggøres i "Sygehuspatienters overlevelse efter diagnose for otte kræftsygdomme", jf. pkt. 76.

Endelig oplyser styrelsen, at det bringes op i Task Force – på samme måde som udviklingen i tiden fra henvisning til behandling – hvis udviklingen i overlevelsen giver anledning til nærmere drøftelse. Herudover har Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse indledt et samarbejde for at belyse regionale forskelle i overlevelsen af kræft. Samarbejdet er endnu ikke formaliseret.

77. Sundhedsstyrelsen er medlem af NORDCAN-gruppen, som er et samarbejde under foreningen af nordiske cancerregistre omkring en fælles database. I NORDCAN findes der oplysninger om antal nye kræfttilfælde, dødelighed, antal personer, der lever med en kræftdiagnose, og overlevelse for 41 store kræftsygdomme i de nordiske lande. Herudover indgår Sundhedsstyrelsen i International Cancer Benchmarking Partnership-projektet, jf. pkt. 59, hvor årsagen til den lavere overlevelse i Danmark analyseres.

B. Regionernes opfølgning

78. Rigsrevisionens undersøgelse af regionernes opfølgning har vist følgende:

- Blandt de 3 kræftsygdomme i undersøgelsen følger regionerne især kvaliteten af lungekræftbehandlingen. Nogle regioner følger også kvaliteten af behandlingen for de 2 øvrige kræftsygdomme. Regionerne har etableret Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, som skal øge opfølgningen på resultaterne fra de kliniske databaser og sikre bedre adgang til data.
- Regionerne har siden 2008 – som supplement til Sundhedsstyrelsens overvågning – udviklet deres egen overvågning af patienternes forløbstider baseret på sygehusenes skøn over forløbstiderne. Regionerne erstatter nu den skønsbaserede opgørelse med opfølgning via regionernes patientadministrative systemer. Regionerne udvikler hver sit it-system, da systemerne bygger oven på forskellige patientadministrative systemer.
- Flere regioner foretager løbende analyser af overlevelsen og følger overlevelsen via de kliniske databaser.

Patientadministrative systemer er lokale it-systemer på sygehuse, der indeholder oplysninger om patienterne.

Opfølgning på kvaliteten af kræftbehandlingen

79. Regionerne afholder på forskellig vis dialogmøder, kvalitetsrådsmøder og direktionmøder, hvor kvaliteten af kræftbehandlingen drøftes. Møderne er typisk mellem regionen og de enkelte sygehuse, mellem sygehuse internt i regionen og/eller mellem sygehusledelsen og afdelingerne.

Formålet med møderne er bl.a. at drøfte, om kvalitetsmålene i de kliniske databaser er opfyldt, og eventuelt identificere, hvor en regional eller lokal indsats på sygehuset kan være relevant. Hvis et sygehus fx afviger væsentligt i kvaliteten, kan det aftales, at sygehuset udarbejder en handleplan for at forbedre dette.

I en audit gennemgås fx patienternes journaler. Formålet er at vurdere kvaliteten af en konkret praksis på afdelingen.

80. Regionerne følger i højere grad den kliniske database for lungekræft, som er en del af NIP, end de øvrige 2 kliniske databaser, der indgår i undersøgelsen. Ligeledes har flere regioner oplyst, at de årligt afholder audits på sygdomme i NIP, hvor de følger op på kvalitetsmål, resultater og aftaler handleplaner. Én region har dog oplyst, at den siden 2010 har fulgt op på alle kliniske databaser, uanset om databaserne har været tilknyttet NIP eller ej. Regionen oplyser, at den har klart beskrevne procedurer for opfølgning på databaserne. Disse er beskrevet i forskellige kvalitetsstrategier.

Klinikere i 2 regioner har oplyst, at de gerne så et større ledelsesmæssigt fokus i regionerne på resultaterne i de kliniske databaser. Ledelsen i en af regionerne har oplyst, at den ikke har modtaget årsrapporterne fra de kliniske databaser og ikke har opsøgt at få dem. Det er ifølge regionen sygehusledelsens ansvar at følge målopfyldelsen i de kliniske databaser.

81. Regionerne har oplyst, at det kan være vanskeligt at bruge data fra de kliniske databaser, fordi årsrapporterne ofte er uaktuelle, og fordi der mangler løbende adgang til data.

Én af regionerne oplyser således, at når regionerne i højere grad synes at følge op på NIP-databaserne, skyldes det, at NIP udsender data med en regelmæssig og hyppig kadence i modsætning til de fleste af de øvrige databaser. Arbejdet med de øvrige kliniske databaser har været vanskeliggjort af, at årsrapporterne enten ikke har været udgivet eller har været udgivet med stor forsinkelse.

82. Danske Regioner har oplyst, at regionerne i 2011 har etableret et nyt samarbejde – Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram. Programmet skal bl.a. sikre databaserne en mere professionel støtte, mod at databaserne løbende leverer data og samlede resultater mindst én gang om året. Målet er at styrke opfølgningen på resultaterne fra alle kliniske databaser, herunder også de 24 kliniske databaser for kræft, og sikre bedre adgang til data. Det er endvidere Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, der er ansvarlig for at gennemføre pilotprojektet om Den Nationale Kliniske Kræftdatabase, jf. pkt. 35.

Danske Regioner oplyser videre, at det gennem regionernes basiskrav til, hvordan en klinisk database skal drives, nu er blevet teknisk og fagligt muligt at dele og offentliggøre resultaterne. Med yderligere krav om "årsrapporter til tiden" er alle regioner nu på vej med løsninger, der lader aktuelle resultater fra databaserne indgå i ledelsesinformationssystemerne.

Endelig fremhæver Danske Regioner, at regionerne hvert år i regi af Danske Multidisciplinære Cancer Grupper anvender ca. 12 mio. kr. til fagligt samarbejde på kræftområdet. Danske Multidisciplinære Cancer Grupper er en sammenslutning af 24 grupper, som hver især arbejder med en kræftsygdom, fx lungekræft. Sammenslutningen driver bl.a. de kliniske databaser og udarbejder kliniske retningslinjer på kræftområdet. Endvidere deltager grupperne i arbejdet med at udarbejde pakkeforløb og overvåge behandlingskvaliteten på baggrund af data i de kliniske databaser.

Opfølgning på ventetiden

83. Regionerne har fulgt Sundhedsstyrelsens overvågning af de overordnede udviklingstendenser fra henvisning til behandling i Kræftstyregruppen og Task Force. Regionerne følger også selv udviklingen og giver på møderne tilbagemeldinger på pakkeforløbenes implementering, herunder eventuelle udfordringer og løsningsforanstaltninger.

84. Regionernes overvågning begyndte i april 2008. Baggrunden var, at MIS Kræft ikke var tilstrækkelig anvendelig, og der var behov for en mere fast og entydig kadence for regionernes tilbagemeldinger til Kræftstyregruppen og Task Force.

Formålet med regionernes overvågning var at følge forløbstiderne og give en status på, om forløbstiden inden for de enkelte kræftsygdomme blev overholdt. Overvågningen var tilrettelagt således, at hvert sygehus udfyldte et spørgeskema om, hvorvidt forløbstiden inden for de enkelte kræftsygdomme var overholdt. Det enkelte sygehus skønnede forløbstiderne ud fra følgende kategorier: "opfylder forløbstiden", "opfylder forløbstiden med få dages overskridelse" og "opfylder ikke forløbstiden". Hver region samlede sygehusenes besvarelser og identificerede særlige udfordringer inden for kræftbehandlingen.

Hospitalsstandardiseret Mortalitätsratio (HSMR)

En international anerkendt metode til at beregne dødeligheden på et sygehus. Metoden er ikke specifikt rettet mod kræftområdet.

HSMR viser det observerede antal dødsfald på et sygehus – eller i en region – i forhold til det forventede antal dødsfald.

HSMR er primært et redskab for sygehuse til kvalitetsudvikling og kan bruges som et overordnet mål for kvaliteten.

I Danmark er HSMR anvendt siden 2007.

Regionerne udgiver fra januar 2011 ikke længere de skønsbaserede opgørelser. I stedet vil regionerne fremover basere overvågningen af forløbstiderne på de patientadministrative systemer. Regionerne udvikler hver sit it-system, der forventes at blive en del af ledelsesinformation i den enkelte region. Ifølge regionerne har de i fællesskab besluttet, hvad der skal måles og rapporteres på, så regionerne kan afrapportere i et fælles format til Danske Regioner.

85. Én region har oplyst, at den siden 2008 også har fulgt op på pakkeforløbene via et regionalt monitoreringssystem, som er anvendt parallelt med den spørgeskemabaserede opgørelse. En anden region har oplyst, at den følger de maksimale ventetider på sygehusniveau, og at målopfyldelse på de maksimale ventetider indgår i den løbende opfølgning på sygehuses driftsaftaler.

Opfølgning på overlevelse

86. Flere regioner oplyser, at de løbende foretager analyser af overlevelsen på udvalgte kræftområder og følger overlevelsen via de kliniske databaser.

Resultaterne drøftes typisk i forskellige mødefora på regions- og sygehusniveau, hvor data for 1-års overlevelsen sammenlignes med resultater fra andre regioner og sygehuse. Regionerne vurderer, om der er behov for at udarbejde konkrete audits for at identificere eventuelle problemer.

Én region har yderligere oplyst, at den følger patienternes overlevelse på kort sigt. De enkelte sygehuse i regionerne har ofte for få patienter og dermed et for lille datagrundlag til at vurdere patienternes overlevelse på langt sigt. Regionen anvender desuden – ligesom de øvrige regioner – den hospitalstandardiserede mortalitätsratio til at følge udviklingen i dødeligheden på det enkelte sygehus over tid.

Rigsrevisionen, den 11. januar 2012

Henrik Otbo

/Henrik Berg Rasmussen

Bilag 1. Ordliste

Afdeling	Det sted på sygehuset, hvor patienten behandles.
Behandlingsforløb	Det forløb, en patient gennemgår som led i behandlingen af patientens sygdom. Et behandlingsforløb kan bestå af flere forskellige ydelser, fx undersøgelser, blodprøvetagning, røntgenundersøgelse, operation mv.
Bloktilskudsøglen	Beskriver, hvordan det statslige bloktilskud fordeles mellem regionerne. Sundhedsministeriet fastsætter fordelingsøglen.
Cancerregisteret	I cancerregisteret registreres alle nydiagnosticerede tilfælde af kræft i Danmark. Registrets formål er at indsamle og bearbejde data om nye kræfttilfælde, så der kan forskes i kræftsygdomme og udarbejdes statistik om sygdommene og deres udbredelse.
Det Nationale Indikatorprojekt (NIP)	Handler om kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen. NIP-projektets opgave er at belyse kvaliteten af forebyggelse, undersøgelse, behandling, pleje og rehabilitering.
Diagnose	At stille en diagnose er at bestemme en sygdoms art. Lægen stiller diagnosen på baggrund af lægens egen observation og de symptomer, som patienten beskriver.
Forløbskoordinator	Har til opgave at koordinere patienternes behandlingsforløb, når patienterne skifter mellem afdelinger og sygehuse.
Forløbstid	Angiver, hvor meget tid sygehuset højst bør bruge på at gennemføre et fagligt optimalt forløb under forudsætning af, at alt nødvendigt personale, apparatur mv. er til rådighed.
Hospitalsstandardiseret Mortalitätsratio (HSMR)	Viser antallet af dødsfald på et sygehus – eller i en region – som procent af det gennemsnitlige antal dødsfald på landsplan og er primært et redskab til at udvikle kvaliteten på sygehusene.
International Cancer Benchmarking Partnership	Et internationalt projekt, som omfatter landene Australien, Canada, Norge, Sverige, Storbritannien og Danmark. Formålet med projektet er at undersøge, hvordan og hvorfor overlevelsen af kræft varierer mellem de forskellige lande.
Klinisk kvalitetsdatabase	I en klinisk kvalitetsdatabase registrerer lægerne oplysninger om en gruppe af patienter med en bestemt sygdom. Der registreres oplysninger om patientens sygdom, behandling og organisationen på afdelingen. Formålet med databaserne er at bidrage til forskning og forbedre kvaliteten af behandlingen.
Kræftplaner	Der findes 3 nationale kræftplaner: Kræftplan I fra 2000, Kræftplan II fra 2005 og Kræftplan III fra 2010. Planerne har bl.a. fokus på at forebygge, skabe sammenhængende udrednings- og behandlingsforløb, reducere ventetid til udredning og behandling, øge kapaciteten og uddanne personale.
Kræftstyregruppen	Har til opgave at yde bred faglig rådgivning til Sundhedsstyrelsen på kræftområdet og medvirke til en hensigtsmæssig udvikling generelt og en stadig forbedring af kvaliteten på området. I gruppen er der repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, Sundhedsministeriet, regionerne, Danske Regioner, KL, faglige selskaber, Danske Multidisciplinære Cancer Grupper, Dansk Sygeplejeselskab, Kræftens Bekæmpelse, Statens Institut for Folkesundhed og Lægemiddelstyrelsen.
Landspatientregisteret	Indeholder oplysninger om patienternes sygdom og behandling. For indlæggelser går registret tilbage til 1977. Skadestuekontakter og ambulante kontakter er registreret siden 1995. Landspatientregisteret ajourføres ved at overføre data fra de lokale patientadministrative systemer.

Maksimalle ventetider	En forbedret ventetidsbeskyttelse for kræftpatienter i forhold til andre patientgrupper. I bekendtgørelsen fastsættes maksimalle ventetider for, hvor længe patienter med livstruende kræftsygdomme højst må vente på forundersøgelse, behandling og efterbehandling. De maksimalle ventetider er en patientrettighed, og patienten har krav på, at der iværksættes nogle efterfølgende procedurer, hvis de maksimalle ventetider ikke kan overholdes.
Medianen	Det midterste tal i et ordnet datasæt, hvor værdierne er ordnet fra laveste til højeste værdi. Medianen egner sig til at opgøre data, hvor der forekommer store udsving, da den ikke påvirkes af, at der for nogle få patienter registreres meget korte eller meget lange forløb.
Medicoteknisk udstyr	Medicinsk udstyr, der anvendes på hospitalerne. Det medicotekniske udstyr kan bruges til andre patientgrupper end kræftpatienter og er fx overvågnings- og laborieudstyr.
Meraktivitet	Den del af aktiviteten i sygehusvæsenet, der ligger over et på forhånd aftalt aktivitetsniveau – den såkaldte baseline. Der afsættes midler på finansloven til at finansiere denne meraktivitet.
Monitorerings- og Informations-System – MIS Kræft	Et system, der skulle følge, hvor hurtigt patienter i pakkeforløb blev udredt og behandlet. MIS Kræft er nedlagt.
Multidisciplinær konference	Som led i pakkeforløbene drøftes og fastlægges patienternes behandling på multidisciplinære konferencer, hvor læger fra alle de involverede specialer deltager. Formålet er bl.a. at koordinere patientens behandlingsforløb, så diagnostik og behandling af patienten sker uden unødigt ventetid.
Nydiagnosticerede patienter	Er patienter, som for første gang får konstateret den pågældende kræftsygdom.
Pakkeforløb	Et udrednings- og behandlingsforløb, hvor de enkelte trin er tilrettelagt som tids- og indholdsmæssigt veldefinerede begivenheder, der som udgangspunkt følger et på forhånd booket forløb. Pakkeforløbene omfatter hele forløbet fra begrundet mistanke om kræft, gennem udredning til behandling.
Palliativ behandling	Lindring af fysiske og psykiske symptomer hos patienter med en livstruende eller uhelbredelig sygdom, fx kræft.
Patientadministrative systemer	Lokale it-systemer på sygehusene, der indeholder oplysningerne om patienterne.
Statistisk signifikant	Betyder sandsynligvis sandt, dvs. at resultatet ikke er påvirket af tilfældigheder. En signifikant forskel betyder, at der sandsynligvis er forskel. Sandsynligheden beskrives inden for et signifikansniveau, der viser, hvor sandsynligt det er, at resultatet ikke skyldes tilfældigheder. Det mest brugte niveau er 0,95 og betyder, at der er 95 % sandsynlighed for, at resultatet er sandt.
Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet (Task Force)	Blev etableret i oktober 2007 på baggrund af regeringens og Danske Regioners "Aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter". Task Force har til opgave at følge udviklingen på kræft- og hjerteområdet generelt, herunder at tage initiativer til imødegåelse af identificerede udfordringer i sundhedsvæsenet – primært af organisatorisk og kapacitetsmæssig karakter. I regi af Task Force er der indført pakkeforløb.
Tilskuds- og lånepuljer	Tilskudspuljer giver regionerne mulighed for at søge om tilskud til forskellige projekter, fx kræftforskning og screeningsprogrammer. Lånepuljer giver regionerne adgang til at optage formålsbestemte lån. Finansieringsomkostningerne ved lånet ligger ud over lånepuljen. Der er bl.a. afsat lånepuljer til udstyr, herunder skannere og strålekanoner, i finanslovsaftaler, Kræftplan II og i forbindelse med økonomiaftalerne for 2008 og 2009.
Udredning	Et undersøgelsesforløb, der har til formål at stille en diagnose og tilrettelægge et behandlingsforløb.