



FOLKETINGET
STATSREVISORERNE



FOLKETINGET
RIGSREVISIONEN

December 2018
– 7/2018

Rigsrevisionens beretning afgivet
til Folketinget med Statsrevisorernes
bemærkninger

Rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter

7/2018

Beretning om

rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter

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

København 2018

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

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

Sundhedsministeren afgiver en redegørelse til beretningen.

Rigsrevisor afgiver et notat med bemærkninger til ministerens redegørelse.

På baggrund af ministerens redegørelse og rigsrevisors notat tager Statsrevisorerne endelig stilling til beretningen, hvilket forventes at ske i august 2019.

Ministerens redegørelse, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorernes eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorernes Endelig betænkning over statsregnskabet, som årligt afgives til Folketinget i februar måned – i dette tilfælde Endelig betænkning over statsregnskabet 2018, som afgives i februar 2020.

**Henvendelse vedrørende
denne publikation rettes til:**

Statsrevisorerne
Folketinget
Christiansborg
1240 København K

Tlf.: 3337 5987
statsrevisorerne@ft.dk
www.ft.dk/statsrevisorerne

**Yderligere eksemplarer kan
købes ved henvendelse til:**

Rosendahls Lager og Logistik
Vandtårnsvej 83A
2860 Søborg

Tlf.: 4322 7300
distribution@rosendahls.dk
www.rosendahls.dk

ISSN 2245-3008
ISBN trykt 978-87-7434-592-3
ISBN pdf 978-87-7434-593-0

Statsrevisorernes bemærkning

Beretning om rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter

Overlevelsen blandt kræftpatienter i Danmark er steget de senere år og nærmer sig niveauet for overlevelse i Norge og Sverige. Det skyldes bl.a., at Folketinget i 2000 ved lov fastsatte maksimale ventetider til udredning og behandling af kræft, og at man fra 2008 har indført kræftpakkeforløb. Et kræftpakkeforløb er faglige anbefalinger af et optimalt standardforløb for udredning og eventuel behandling af en patient.

Statsrevisorerne konstaterer, at regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet løbende overvåger og arbejder for, at flest mulige patienter bliver udredt og behandlet inden for standardforløbstiderne. Statsrevisorerne konstaterer dog, at nogle regioner har forbedringspotentiale.

Statsrevisorerne finder det utilfredsstillende, at regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet ikke i tilstrækkelig grad har sikret tidlig opsporing og behandling af patienter, hvor der er mistanke om eller er konstateret kræft. Særligt bør overvågningen af den tidlige indsats i almen praksis og overholdelsen af de maksimale ventetider styrkes.

Statsrevisorerne finder det utilfredsstillende, at der er et betydeligt antal patienter, som - i strid med lovgivningen - ikke får tilbudt udredning og behandling af kræft i overensstemmelse med de maksimale ventetider.

Statsrevisorerne bemærker:

- At hverken regionerne eller Sundheds- og Ældreministeriet har viden om, hvorvidt kræftplaner og *Jo før - jo bedre* har virket efter hensigten om at forbedre tidlig opsporing i almen praksis. Undersøgelsen viser, at der er store regionale forskelle på, hvor mange patienter der henvises til diagnostiske pakkeforløb på sygehusene. Fx har Region Midtjylland henvist knap 5 gange så mange patienter til diagnostisk pakke som Region Sjælland.

Statsrevisorerne

19. december 2018

Henrik Thorup*
Klaus Frandsen
Henrik Sass Larsen
Villum Christensen
Frank Aaen
Britt Bager

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

- At der er forskelle i regionernes opsporing, udredning, behandling og opfølgning af kræftpatienter. Patienter behandles således forskelligt, afhængigt af hvilken region de bor i. Fx har Region Syddanmark i perioden 2013-2017 haft den højeste andel af forløb inden for standardforløbstiderne, mens Region Sjælland har haft den laveste i 2013, 2016 og 2017 og Region Nordjylland i 2014 og 2015.
- At regionerne siden 2014 har haft et mål om, at 90 % af kræftpakkerne skulle gennemføres inden for standardforløbstiderne, men det er ikke besluttet, hvornår målet skal nås. Modernærkekræft har som den eneste kræftpakke haft en gennemførelsesprocent på over 90 %, mens kræftpakkerne for blærekræft og prostatakræft har haft den laveste.
- At Sundheds- og Ældreministeriets overvågning af overholdelsen af de maksimale ventetider er baseret på oplysninger fra regionerne, som er mangelfulde. Undersøgelsen indikerer, at der er en del flere patienter end dem, som regionerne har indberettet til Sundhedsstyrelsen, der har ventet længere end de maksimale ventetider.

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion og konklusion	1
1.1. Formål og konklusion.....	1
1.2. Baggrund	4
1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning.....	6
2. Tidlig opsporing i almen praksis	9
2.1. Tilgængelighed og fælles dokumentationspraksis.....	10
2.2. Politiske initiativer i forhold til almen praksis.....	12
2.3. Brugen af diagnostisk pakke	14
3. Maksimale ventetider.....	17
3.1. Regionernes overvågning af de maksimale ventetider	18
3.2. Indberetninger til Sundhedsstyrelsen	22
3.3. Udvalgte patientforløb	25
4. Forløbstider	29
4.1. Rammer for den nationale monitorering.....	30
4.2. Opfølgning på forløbstider.....	37
4.3. Årsager og initiativer	41
4.4. Individuelle opfølgingsplaner	44
Bilag 1. Metodisk tilgang.....	46
Bilag 2. Nationale kræftplaner	51
Bilag 3. Andelen af kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne for 3 udvalgte kræftformer i perioden 2013-2017	52
Bilag 4. Årsagsbeskrivelser og initiativer i regionernes redegørelser.....	56
Bilag 5. Ordliste.....	58

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

Rigsrevisionen har revideret regnskaberne efter § 2, stk. 1, nr. 1, jf. § 3 i rigsrevisorloven.

Rigsrevisionen har gennemgået regnskaberne efter § 4, stk. 1, nr. 1, jf. § 6 i rigsrevisorloven.

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Sundheds- og Ældreministeriet.

I undersøgelsesperioden har der været følgende ministre:

Astrid Krag: oktober 2011 - februar 2014
Nick Hækkerup: februar 2014 - juni 2015
Sophie Løhde: juni 2015 - november 2016
Ellen Trane Nørby: november 2016 -

Beretningen har i udkast været forelagt Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne, hvis bemærkninger er afspejlet i beretningen.

1. Introduktion og konklusion

1.1. Formål og konklusion

1. Denne beretning handler om regionernes og Sundheds- og Ældreministeriets indsats over for kræftpatienter i perioden 2013-2017. Rigsrevisionen har selv taget initiativ til undersøgelsen i november 2017.

2. Behandlingen af kræft har udviklet sig positivt de seneste 15-20 år, hvilket bl.a. har betydet, at overlevelsen blandt kræftpatienter er steget markant. Kræft er dog fortsat den hyppigste dødsårsag i Danmark. Ca. 30 % af alle dødsfald skyldes kræft. Det svarer til, at ca. 16.000 personer dør af kræft om året. Hvis kræftsygdommen opda- ges tidligt og behandles hurtigt, forbedres patientens mulighed for at overleve kræft- sygdommen. Derfor er det væsentligt, at kræftpatienter tilbydes udredning og be- handling så tidligt som muligt.

Sundheds- og Ældreministeriet følger kræftområdet via de lovfastsatte maksimale ventetider og via fagligt anbefalede standardforløbstider i kræftpakkerne. De maksi- male ventetider er en patientrettighed, som med enkelte undtagelser er ens for alle kræftpatienter og uafhængige af standardforløbstiderne. Standardforløbstiderne, som er sygdomsspecifikke, er fastsat ud fra en faglig vurdering af, hvordan en stan- dardpatient inden for de enkelte kræftpakker kan få det hurtigst mulige forløb uden unødigt ventetid.

3. De maksimale ventetider til udredning og behandling blev indført i 2000 i forbin- delse med den første nationale kræftplan. Kræftplan I blev efterfulgt af 3 yderligere nationale kræftplaner i 2005, 2010 og 2016.

Kræftpakkeforløbene blev indført i 2008, og forløbstiderne er blevet monitoreret na- tionalt siden 4. kvartal 2012. Med kræftplanerne er der blevet igangsat en række initi- ativer og tilført ekstra midler til kræftområdet ud over de midler, der tilføres regioner- ne på de årlige finanslove. Desuden blev der med det politiske udspil *Jo før – jo bedre* i 2014 tilført 1,1 mia. kr. i perioden 2015-2018.

Initiativerne i kræftplanerne og *Jo før – jo bedre* har også haft fokus på de dele af kræftforløbene, som ikke er omfattet af de maksimale ventetider eller standardfor- løbstiderne. Det drejer sig om perioden før, patienten bliver henvist til udredning på et sygehus (tidlig opsporing), og perioden efter, patienten er blevet behandlet (op- følgning).

Udredning

Udredning er et undersøgel- sesforløb, der har til formål at stille en diagnose, beskrive sygdommens omfang og på den baggrund tilbyde en spe- cifik behandling.

Maksimale ventetider

De maksimale ventetider er lovbundne og med enkelte undtagelser ens for alle kræft- patienter. De består af en ræk- ke maksimale ventetider for forskellige dele af et udred- nings- og behandlingsforløb. Dertil kommer, at patienten skal have en række tilbud, hvis de maksimale ventetider ikke kan overholdes.

Kræftpakkeforløb

Et kræftpakkeforløb er en plan, der angiver de enkelte trin for udredning og eventuel behandling. Formålet er at ensrette forløbene og undgå unødigt ventetid. Forløbene er forskellige, alt efter hvilken kræftsygdom der er mistanke om. Der er i alt 32 sygdoms- specifikke kræftpakker.

4. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne sikrer, og om Sundheds- og Ældreministeriet understøtter en rettidig indsats over for patienter, hvor der er mistanke om eller er konstateret kræft. Vi besvarer følgende spørgsmål i beretningen:

- Understøtter regionerne, og følger Sundheds- og Ældreministeriet op på tidlig opsporing af kræftpatienter i almen praksis?
- Sikrer regionerne, og understøtter Sundheds- og Ældreministeriet, at bekendtgørelsen om maksimale ventetider bliver overholdt?
- Sikrer regionerne, og understøtter Sundheds- og Ældreministeriet, at flest mulige patienter får udredning og påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne i kræftpakkerne, og at alle kræftpatienter får udarbejdet en opfølgningsplan, når det er relevant?



Konklusion

Rigsrevisionen vurderer, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad sikrer, og at Sundheds- og Ældreministeriet ikke i tilstrækkelig grad understøtter, at patienter med mistanke om eller konstateret kræft får en rettidig indsats. Overlevelsen blandt kræftpatienter i Danmark er steget og har de seneste år nærmet sig overlevelsen i Norge og Sverige. Regionerne og ministeriet har dog ikke tilstrækkeligt fokus på tidlig opsporing af kræftpatienter i almen praksis. Der er endvidere patienter, som ikke får tilbudt udredning og behandling i overensstemmelse med de lovfastede maksimale ventetider. Regionerne og ministeriet har et stort fokus på standardforløbstiderne i kræftpakkerne, men de personlige opfølgningsplaner er ikke fuldt implementeret endnu. Der er regionale forskelle i forhold til tidlig opsporing, udredning, behandling og opfølgning af kræftpatienter, hvilket betyder, at patienter ikke stilles ens på tværs af regionerne. Konsekvensen af regionernes og ministeriets samlede indsats er, at der er risiko for, at kræftsygdomme ikke opdages og behandles så tidligt som muligt, og at kræftsygdomme dermed bliver mere fremskredne og sværere at behandle.

Diagnostiske undersøgelser

Hvis en patient har uspecifikke symptomer, fx træthed, vægttab, smerter eller blodmangel, og lægen har mistanke om alvorlig sygdom, kan patienten sendes til yderligere diagnostiske undersøgelser på sygehuset, fx i form af røntgenundersøgelser, CT-scanninger eller ultralydsundersøgelser.

Rigsrevisionen vurderer, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad understøtter, og at Sundheds- og Ældreministeriet ikke i tilstrækkelig grad følger op på tidlig opsporing i almen praksis. Undersøgelsen viser, at Folketinget gennem kræftplaner og *Jo før - jo bedre* har finansieret flere initiativer for at forbedre tidlig opsporing af kræftpatienter i almen praksis, fx efteruddannelse og adgang for almen praksis til at henvise til diagnostiske undersøgelser. Regionerne har igangsat indsatser, der understøtter initiativerne, men der er regionale forskelle i omfanget af indsatserne i relation til fx efteruddannelse og opfølgning på tilgængelighed i almen praksis. Ministeriet har ikke fulgt tilstrækkeligt op på, om regionerne har iværksat de aktiviteter, som skal understøtte initiativerne. Konsekvensen er, at regionerne og ministeriet ikke har tilstrækkelig viden om, hvorvidt almen praksis bevæger sig i den rigtige retning i forhold til at sikre tidlig opsporing af kræftpatienter.

Rigsrevisionen vurderer, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad sikrer, og at Sundheds- og Ældreministeriet ikke i tilstrækkelig grad understøtter, at reglerne om maksimale ventetider bliver overholdt. Undersøgelsen viser, at regionerne har indberettet ca. 3.000 patienter til Sundhedsstyrelsen i perioden 2013-2017, som enten ikke har fået udredning eller behandling i overensstemmelse med reglerne om maksimale ventetider. Størstedelen af indberetningerne skyldtes systematiske fejl, fx fejltolkninger af reglerne i forbindelse med screeningsprogrammet for brystkræft. Rigsrevisionens gennemgang af 356 udvalgte patientforløb fra 2017 indikerer, at der er betydeligt flere patienter, end regionerne indberettede, der venter længere, end reglerne om maksimale ventetider foreskriver. Konsekvensen er, at der sandsynligvis er betydeligt flere patienter end de indberettede, som ikke fik opfyldt deres patientrettighed i 2017. Ministeriets overvågning af de maksimale ventetider baserer sig således på oplysninger, som ikke er fyldestgørende. Ministeriet vil gå i dialog med regionerne om regionernes procedurer på området, hvilket Rigsrevisionen finder positivt og nødvendigt.

Rigsrevisionen vurderer, at regionerne i overvejende grad sikrer, og at Sundheds- og Ældreministeriet i overvejende grad understøtter, at flest mulige patienter får udredning og påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne. Undersøgelsen viser, at andelen af patienter, der får udredning og påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne, i en årrække har været stigende. Andelen er dog faldet fra 2016 til 2017 til et niveau, hvor godt 20 % af patientforløbene er længere end standardforløbstiderne. En del af disse forløb er længere end standardforløbstiderne som følge af lægefaglige hensyn eller patientønsker. De regionale forskelle indikerer dog, at der kan være et forbedringspotential for de regioner, hvor andelen af forløb inden for standardforløbstiderne for de enkelte kræftformer er relativt lav. Undersøgelsen viser, at ministeriet og regionerne med udgangspunkt i en omfattende og detaljeret monitorering kontinuerligt har fokus på at optimere kræftpatienternes forløb ved at sikre, at udfordringer identificeres, årsager afdækkes, og korrigerende initiativer iværksættes. Undersøgelsen viser dog, at det vil være muligt for ministeriet at gøre opfølgningen på forløbstiderne mere nuanceret. Det er ikke muligt for Rigsrevisionen at vurdere, om regionerne sikrer, og om Sundheds- og Ældreministeriet understøtter, at alle kræftpatienter får udarbejdet en opfølgningsplan, når det er relevant, fordi den nationale monitorering endnu ikke er iværksat.

Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne har udviklet en omfattende og detaljeret registrerings- og monitoreringsmodel for at følge forløbstiderne. Der er ikke et tilsvarende fokus på tidlig opsporing af kræft i almen praksis og den lovfastsatte patientrettighed om maksimale ventetider. Rigsrevisionen anbefaler, at ministeriet i dialog med regionerne overvejer, hvordan fokus på tidlig opsporing og de maksimale ventetider yderligere kan styrkes, så der skabes en bedre balance mellem de forskellige dele af patientforløbet, uden at sygehusene pålægges yderligere administration.

1.2. Baggrund

5. Denne beretning handler om regionernes og Sundheds- og Ældreministeriets indsats over for kræftpatienter i perioden 2013-2017. Rigsrevisionen har tidligere undersøgt kræftområdet. Vi afgav i november 2007 en beretning om Cancerregisteret. I december 2007 afgav vi en beretning om maksimale ventetider på kræftbehandling, og i januar 2012 afgav vi en beretning om mål, resultater og opfølgning på kræftbehandlingen.

Organspecifikke kræftpakkeforløb

Organspecifikke kræftpakkeforløb retter sig mod organspecifikke kræftformer, fx brystkræft og bugspytkirtelkræft. Hovedparten af kræftpakkeforløbene er organspecifikke.

Ud over de organspecifikke kræftpakkeforløb findes der et kræftpakkeforløb, der retter sig mod patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, som kan være kræft, men hvor der ikke er begrundet mistanke om en specifik kræftform. Der er desuden et kræftpakkeforløb, der er rettet mod patienter med metastaser, hvor den primære kræftsvulsts lokalisation ikke er klinisk oplagt, dvs. at det ikke er muligt at fastslå den organspecifikke kræftform.

Task Force for Kræft

Taskforcen består af repræsentanter fra regionerne, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og Sundheds- og Ældreministeriet.

Kræftudvalget

Kræftudvalget er et rådgivende forum med deltagelse af de vigtigste parter og aktører inden for kræftområdet. Udvalgets formål er at drøfte og følge aktuelle og væsentlige emner inden for området og på den baggrund rådgive Sundhedsstyrelsen.

6. Ca. 41.000 danskere fik hvert år i perioden 2013-2016 konstateret kræft. I 2017 begyndte ca. 128.000 patienter udredning i et organspecifikt kræftpakkeforløb, fordi de havde kræft, eller der var begrundet mistanke om kræft. For hovedparten af disse patienter blev mistanken om kræft afvist. Ca. 23.000 patienter gennemførte i 2017 et kræftpakkeforløb. Det er langt fra alle kræftpatienter, der bliver omfattet af en kræftpakke eller kan følge et kræftpakkeforløb fra start til slut, fx på grund af helbredsmejsige eller sociale forhold. Der findes ingen tal for, hvor mange patienter der er omfattet af reglerne om maksimale ventetider, som er en rettighed, der omfatter patienter, hvor der er mistanke om kræft.

Kræftområdet har udviklet sig positivt gennem de sidste 15-20 år, bl.a. som følge af indførelsen af kræftpakker og investeringer i området. Kræftoverlevelsen efter 5 år er steget fra 48 % i perioden 2000-2002 til 63 % i perioden 2014-2016. Men selv om dødeligheden af kræft er faldende, er kræft stadig den mest udbredte dødsårsag i Danmark.

Det er afgørende, at en kræftpatient udredes og behandles rettidigt, for at patienten får det bedst mulige forløb og de bedst mulige chancer for at overleve sin kræftsygdom. Derfor er der gennem årene bl.a. blevet iværksat 4 kræftplaner for at sikre dette. Kræftplanerne er opsummeret i bilag 2.

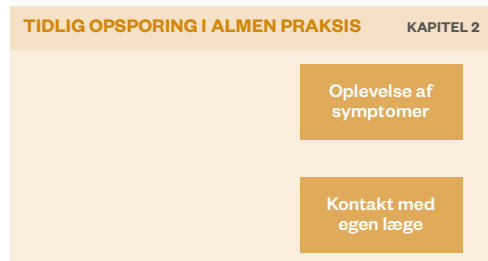
7. Sundheds- og Ældreministeriet fastsætter rammerne for rettidighed på kræftområdet, idet ministeriet har det overordnede ansvar for at implementere kræftplaner og politiske udspil, bekendtgørelsen om maksimale ventetider og standardforløbstiderne. Det er regionerne og sygehusene, der i det daglige skal efterleve bekendtgørelsen om maksimale ventetider og sikre, at flest mulige kræftpatienter opspores så tidligt som muligt og efter en faglig vurdering får påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne.

Sundheds- og Ældreministeriet følger hovedsageligt området gennem en overvågning af regionernes indsats i forhold til de maksimale ventetider og monitorering af forløbstider samt gennem Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet (herefter Task Force for Kræft) og Sundhedsstyrelsens Udvalg for Kræft (herefter Kræftudvalget). Ministeriet har oplyst, at kræftområdet drøftes i regi af Task Force for Kræft, som har til opgave at følge udviklingen på kræftområdet generelt, herunder at tage initiativer til at imødegå identificerede udfordringer i sundhedsvæsenet primært af organisatorisk og kapacitetsmæssig karakter.

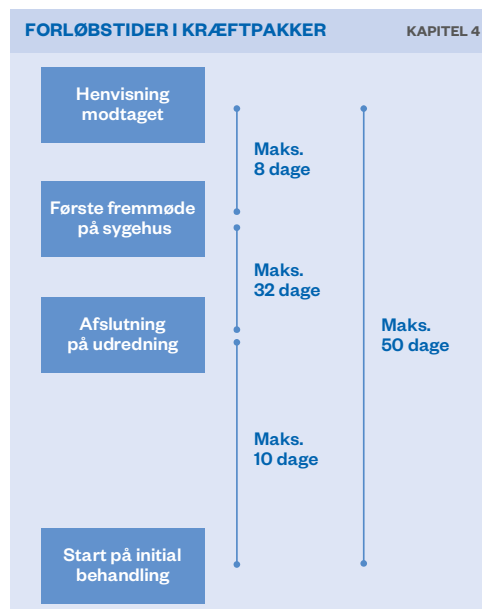
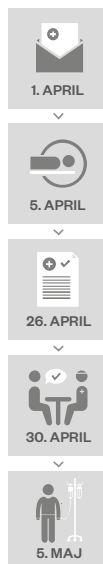
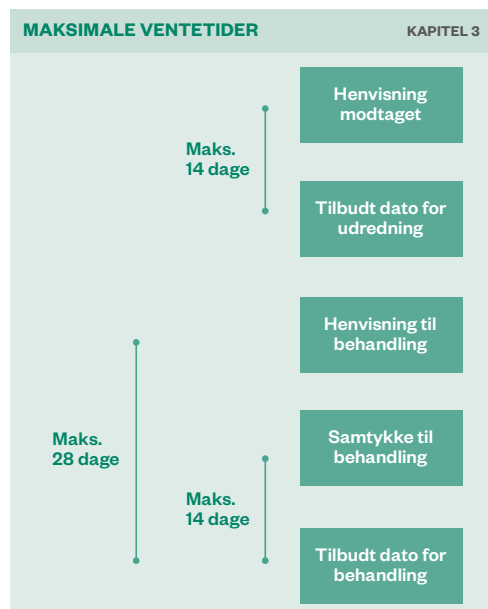
8. Et patientforløb for en kræftpatient kan opdeles i en række tidsintervaller, der går fra patientens første symptom, over udredning og behandling af kræftsygdommen til efterbehandling og opfølgingsplan. Figur 1 viser tidsintervallerne i et eksempel på et forløb for en kræftpatient.

Figur 1
Tidsintervaller i et eksempel på et forløb for en kræftpatient

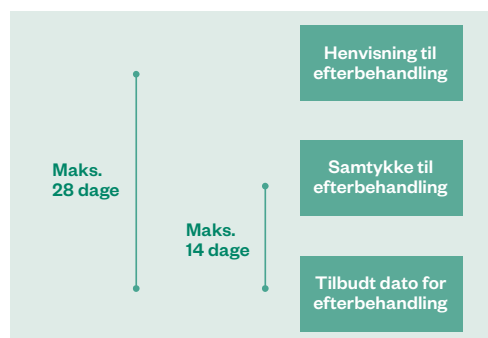
Tidlig opsporing (egen læge)



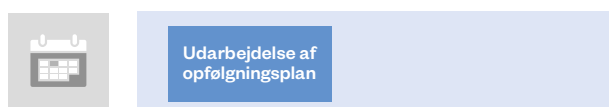
Udredning og behandling (sygehus)



Efterbehandling (sygehus)



Opfølgning (egen læge/sygehus)



Note: Standardforløbstiderne varierer i de enkelte kræftpakker.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af Sundhedsstyrelsens pakkeforløbsbeskrivelser for kræft og bekendtgørelsen om maksimale ventetider.

Screeningsprogram

I et screeningsprogram undersøger man befolkningen – eller grupper af befolkningen – for en bestemt sygdom.

I Danmark er der nationale screeningsprogrammer for brystkræft, livmoderhalskræft og tarmkræft.

Undtagelser for de maksimale ventetider

Patienter med kræftsygdomme, som kræver knoglemarvs-transplantation, patienter med hudkræft, som ikke er modermærkekræft, og patienter, der modtager forskningsmæssig eller eksperimentel behandling, er ikke omfattet af bekendtgørelsen om maksimale ventetider.

Det fremgår af figur 1, at det første tidsinterval omhandler tidlig opsporing af kræftpatienten. Denne fase begynder typisk med, at patienten oplever symptomer og opsøger egen læge. Lægen skal herefter iværksætte de rette undersøgelser og eventuelt henvise patienten til videre udredning på sygehuset. Patientforløbet kan også starte med, at patienten indgår i et screeningsprogram, som det fx er tilfældet for brystkræft. Sundheds- og Ældreministeriets og regionernes indsats i forhold til at understøtte *tidlig opsporing* af kræftpatienter i almen praksis behandles i kapitel 2.

Når den alment praktiserende læge har henvist patienten til sygehuset med begrundet mistanke om kræft, og patienten opfylder kriterierne for at indgå i en kræftpakke, begynder kræftpakkeforløbet. Der er i enkelte kræftpakker indbygget en filterfunktion, hvor patienten skal tilses af en specialist på sygehuset, som vurderer, om der er begrundet mistanke om kræft, hvorefter kræftpakkeforløbet begynder, hvis det er tilfældet. Det gør sig fx gældende i forhold til prostatakræft. De maksimale ventetider gælder med enkelte undtagelser for alle patienter, som henvises til sygehuset med mistanke om kræft. Det er sygehuset, der har ansvaret for at håndtere henvisningen fra egen læge og tilbyde en tid til udredning. Udredningen afsluttes med en be- eller afkræftelse af mistanken om kræft, og en eventuel behandling kan påbegyndes. Denne del af patientforløbet behandler vi i kapitel 3 om *maksimale ventetider* og i kapitel 4 om *forløbstider*. Efter behandlingen følger et opfølgingsforløb. *Opfølgingsforløbene* behandles ligeledes i kapitel 4.

9. Der findes 2 tidsforløb med forskellige målepunkter for kræftforløb. For det første er kræftpatienter omfattet af de lovbundne maksimale ventetider. For det andet er der fastsat fagligt anbefalede standardforløbstider i kræftpakkerne. Ifølge de maksimale ventetider må kræftpatienter maksimalt vente 14 dage, fra henvisning fra egen læge er modtaget på sygehuset til den dato, hvor patienten får tilbudt start på udredning, samt 14 dage, fra patienten har afgivet samtykke til specifik behandling, til patienten får tilbudt en dato for behandlingsstart. Derudover må der maksimalt gå 28 dage fra henvisning til behandling til tilbudt tid til behandling. De maksimale ventetider kan afviges, hvis patienten selv vælger at vente længere eller ved fagligt begrundet ventetid, fx hvis patientens helbred nødvendiggør en afvigelse.

Hvis patienten behandles inden for standardforløbstiderne i kræftpakkerne, er de maksimale ventetider i de fleste tilfælde automatisk overholdt.

1.3. Revisionskriterier, metode og afgrænsning

Revisionskriterier

10. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne har sikret, og om Sundheds- og Ældreministeriet har understøttet en rettidig indsats for patienter, hvor der er mistanke om eller er konstateret kræft.

Med rettidig indsats mener vi, at kræftpatienter opspores så tidligt som muligt i almen praksis, og at de får tilbudt udredning og behandling inden for de maksimale ventetider og i videst muligt omfang i overensstemmelse med standardforløbstiderne. Derudover bør der efter endt behandling udarbejdes en personlig opfølgingsplan for de patienter, hvor det er relevant.

Det er regionerne, der har driftsansvaret for kræftområdet, hvorfor vi i undersøgelsen har fokus på, om de sikrer hurtig udredning, behandling og opfølgning af kræft. Regionerne har også driftsansvaret for de 3 nationale screeningsprogrammer, der skal medvirke til at sikre tidlig opsporing af brystkræft, livmoderhalskræft og tarmkræft. De alment praktiserende læger har driftsansvaret for tidlig opsporing af kræftpatienter i almen praksis. Det er dog regionernes ansvar at understøtte de alment praktiserende læger, ligesom regionerne har ansvaret for overenskomsten med de alment praktiserende læger. Derfor har vi undersøgt, om regionerne understøtter tidlig opsporing i almen praksis. Sundheds- og Ældreministeriet har ansvaret for de overordnede rammer på kræftområdet, fx bekendtgørelsen om maksimale ventetider og fastsættelsen af standardforløbstiderne. Undersøgelsen tager på den baggrund udgangspunkt i, om ministeriet følger op på tidlig opsporing i almen praksis og understøtter udredning, behandling og opfølgning af kræft.

I *kapitel 2* undersøger vi regionernes og Sundheds- og Ældreministeriets initiativer for at understøtte tidlig opsporing af kræftpatienter i almen praksis. Denne del af undersøgelsen tager udgangspunkt i de anbefalinger mv. vedrørende tidlig opsporing, der blev opstillet i Kræftplan II og III samt i regeringens initiativ *Jo før – jo bedre*. Det drejer sig om, hvorvidt almen praksis har fået øget adgang til efteruddannelse og rådgivning vedrørende kræft, om der er sikret fælles dokumentationspraksis i almen praksis, og om almen praksis har let adgang til at henvise direkte til diagnostiske undersøgelser på sygehusene. Da den første kontakt mellem patient og sundhedsvæsen primært finder sted hos egen læge, har vi desuden taget udgangspunkt i de krav om let tilgængelighed, der fremgår af overenskomsten mellem regionerne og de alment praktiserende læger. Kravene omhandler, at patienterne skal have let adgang til almen praksis via telefon og hurtig konsultation. Dermed underbygger kravene i overenskomsten patienternes mulighed for hurtigt at blive undersøgt og henvist til yderligere udredning og behandling på sygehusene.

I *kapitel 3* undersøger vi, om regionerne sikrer, og om Sundheds- og Ældreministeriet understøtter, at bekendtgørelsen om maksimale ventetider bliver overholdt. Denne del af undersøgelsen tager udgangspunkt i bekendtgørelsens krav til tidsfrister i behandlingen og de dertilhørende proceskrav. Da de maksimale ventetider er en lovfastsat patientrettighed, er det vigtigt, at regionerne overholder reglerne om maksimale ventetider for alle patienter.

I *kapitel 4* undersøger vi, om regionerne sikrer, og om Sundheds- og Ældreministeriet understøtter, at flest mulige patienter får udredning og påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne. Denne del af undersøgelsen tager udgangspunkt i standardforløbstiderne, der fremgår af de sygdomsspecifikke kræftpakker. Vi undersøger derudover, om regionerne sikrer, og om ministeriet understøtter, at der udarbejdes personlige opfølgingsplaner for alle kræftpatienter, når det er relevant, i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens opfølgingsprogrammer.

Metode

12. Undersøgelsen bygger på en gennemgang af materiale fra Sundheds- og Ældreministeriet og alle 5 regioner. Vi har holdt møder med Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen, regionerne og 7 sygehuse.

Vi har indhentet data fra Sundhedsstyrelsen om regionernes indberetninger af manglende overholdelse af reglerne om maksimale ventetider. Desuden har vi udtaget en repræsentativ stikprøve af patientforløb i kræftpakkerne i 2017, hvor perioden fra afslutning på udredning til start på initial behandling er længere end 14 dage. Det har vi gjort for at undersøge, om patienten ved en eventuel forsinkelse, der går ud over de maksimale ventetider, er blevet informeret om sine rettigheder, og om forsinkelsen er initieret af patienten selv eller skyldes patientens helbredstilstand. Stikprøveudtagelsen er nærmere beskrevet i bilag 1.

Vi har indhentet data om forløbstiderne i kræftpakkerne for perioden 2013-2017 fra Sundhedsdatastyrelsen. Data er opdelt i kræftformer på nationalt niveau, regionalt niveau og sygehusniveau.

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

Afgrænsning

14. Undersøgelsen omhandler primært perioden 2013-2017. I kapitlet om tidlig opsporing i almen praksis tager vi desuden udgangspunkt i Kræftplan II og III fra henholdsvis 2005 og 2010.

15. I kapitel 2 om tidlig opsporing har vi undersøgt Sundheds- og Ældreministeriets og regionernes initiativer i forhold til at understøtte tidlig opsporing i almen praksis. Almen praksis har ikke direkte indgået i undersøgelsen, da der ikke foreligger valide data på området, der kan vise graden af tidlig opsporing i almen praksis. Tidlig opsporing af kræftpatienter omfatter en række andre initiativer, fx de nationale screeningsprogrammer og oplysningskampagner. Disse elementer indgår ikke i undersøgelsen.

16. I kapitel 4 om forløbstider behandler vi bl.a. regionernes tiltag for at afdække årsagerne til lange forløbstider og regionernes initiativer for at forbedre forløbstiderne. For at belyse dette har vi taget udgangspunkt i 3 kræftformer – brystkræft, prostatakraft og bugspytkirtelkræft. De 3 udvalgte kræftformer omfattede tilsammen 22 % af alle de kræftpakkeforløb fra 2017, der var færdigregistrerede og afsluttet i Landspatientregisteret pr. 10. maj 2018. De øvrige 29 kræftpakker indgår ikke i denne del af undersøgelsen. Brystkræft og prostatakraft er valgt, fordi disse kræftformer rammer mange patienter. Prostatakraft er desuden en kræftform, hvor regionerne har svært ved at overholde standardforløbstiderne. Bugspytkirtelkræft er valgt, fordi det er en meget tidskritisk kræftsygdom.

17. I bilag 1 er undersøgelsens metodiske tilgang beskrevet. Bilag 2 indeholder en oversigt over de nationale kræftplaner. Andelen af kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne for 3 udvalgte kræftformer fordelt på regioner er vist i bilag 3. Bilag 4 indeholder eksempler på årsagsbeskrivelser og initiativer i regionernes redegørelser vedrørende forløbstiderne. Bilag 5 indeholder en ordliste, der forklarer udvalgte ord og begreber.

2. Tidlig opsporing i almen praksis



Delkonklusion

Rigsrevisionen vurderer, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad understøtter, og at Sundheds- og Ældreministeriet ikke i tilstrækkelig grad følger op på tidlig opsporing i almen praksis. Folketinget har gennem kræftplaner og *Jo før - jo bedre* finansieret en række initiativer, der skal forbedre tidlig opsporing i almen praksis. Ministeriet har ikke fulgt tilstrækkeligt op på, om regionerne har iværksat de aktiviteter, som skal understøtte initiativerne. Alle regionerne har igangsat indsatser, der understøtter initiativerne, men der er regionale forskelle i omfanget af indsatserne i relation til fx efteruddannelse og opfølgning på tilgængelighed i almen praksis. Regionerne har desuden ikke opsamlet viden om, hvilke forbedringer der er opnået, bl.a. fordi der mangler data på området. Konsekvensen er, at der er risiko for, at kræftsygdomme ikke opdages så tidligt som muligt, og at kræftsygdomme dermed bliver mere fremskredne og sværere at behandle.

Undersøgelsen viser, at regionerne i mindre omfang har fulgt op på de krav, der stilles i de alment praktiserende lægers overenskomst om let tilgængelighed i almen praksis. 3 af regionerne har gennemført undersøgelser af telefonisk tilgængelighed i almen praksis. Ingen af regionerne har gennemført undersøgelser af, hvor hurtigt patienterne kan blive undersøgt i almen praksis. Undersøgelsen viser videre, at der ikke findes en fælles dokumentationspraksis i almen praksis. Det gør det vanskeligt for regionerne at opnå viden om patientforløb på tværs af sektorer, så muligheder for forbedring kan udpeges.

Undersøgelsen viser, at der er regionale forskelle i omfanget af efteruddannelseskurser, som regionerne har holdt for almen praksis. Fx har Region Syddanmark løbende holdt kurser, mens Region Sjælland ikke har holdt kurser i perioden 2014-2017. Deltagelsen fra almen praksis er begrænset og svinger fra region til region. Det er frivilligt for almen praksis at deltage i kurserne, hvilket gør det vanskeligt for regionerne at sikre en høj deltagelse.

Undersøgelsen viser, at almen praksis i alle regionerne kan få rådgivning om kræft på sygehusene, herunder de diagnostiske centre. Almen praksis har desuden fået direkte adgang til diagnostiske undersøgelser på sygehusene. Brugen af diagnostiske undersøgelser er steget markant fra 2014 til 2017, efter at regionerne med *Jo før - jo bedre* fik tilført midler til at øge kapaciteten til diagnostiske undersøgelser. Det er dog uvist, hvor meget af stigningen der vedrører kræftpatienter, og hvor meget af stigningen der stammer fra almen praksis. Derfor er det ikke muligt at opnå viden om, hvad midlerne fra *Jo før - jo bedre* har ført til af meraktivitet.

Diagnostisk pakke

Patienter med uspecifikke symptomer kan henvises til diagnostisk pakke, hvis lægen efter indledende diagnostiske undersøgelser stadig har mistanke om, at patienten er alvorligt syg.

Undersøgelsen viser, at der er store forskelle i regionernes brug af den diagnostiske pakke. Der bliver således henvist knap 5 gange så mange patienter pr. 100.000 indbyggere til diagnostisk pakke i Region Midtjylland som i Region Sjælland.

Undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriet følger sparsomt op på både regionernes indsatser og de ønskede virkninger inden for tidlig opsporing i almen praksis.

18. Chancen for at overleve en kræftsygdom øges, hvis sygdommen opdages tidligt. Dette kapitel handler om, hvorvidt regionerne understøtter, og Sundheds- og Ældreministeriet følger op på tidlig opsporing i almen praksis.

Der er i de senere år igangsat en række initiativer på området for tidlig opsporing, herunder også nationale initiativer, fx i form af screeningsprogrammer, som regionerne har driftsansvaret for. Vi har dog i denne undersøgelse fokus på initiativer, som regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet har iværksat i relation til almen praksis. Ministeriet har opstillet lovkrav i forhold til maksimale ventetider og fastlagt standardforløbstider for patienter i forhold til udredning og behandling af kræft på sygehuse. Ministeriet har ikke på samme måde opstillet krav til den del af tidlig opsporing, som foregår hos de alment praktiserende læger forud for et eventuelt forløb på sygehuset. Folketinget har dog i kræftplanerne og i de politiske udspil opstillet nogle anbefalinger og målsætninger vedrørende tidlig opsporing i almen praksis. Det er disse anbefalinger og målsætninger sammen med udvalgte krav i de alment praktiserende lægers overenskomst, der har været udgangspunktet for vores undersøgelse i dette kapitel.

Udvalgte krav til almen praksis i overenskomsten fra 2014 om tilgængelighed

Lægen eller dennes personale skal kunne træffes telefonisk i dagtiden, eller der skal gives henvisning til eller omstilling til et telefonnummer, hvor lægen eller en stedfortræder, som lægen har indgået aftale med, kan træffes.

Lægen skal tilrettelægge sin konsultation og tidsbestilling, så patienter sædvanligvis kan få konsultation senest den 5. hverdag efter tidsbestilling. Ved akut opstået behov for lægehjælp i dagtiden skal patienten have adgang til lægehjælp telefonisk eller på anden måde inden kl. 16.00 samme dag.

2.1. Tilgængelighed og fælles dokumentationspraksis

19. Vi har undersøgt, om regionerne har fulgt op på de krav, der stilles i de alment praktiserende lægers overenskomst om let tilgængelighed, og om der er etableret en fælles dokumentationspraksis i almen praksis.

Let tilgængelighed i almen praksis

20. Da den første kontakt mellem patient og sundhedsvæsen primært finder sted hos egen læge, har vi undersøgt, om regionerne har fulgt op på de krav, som stilles i overenskomsten fra 2014 om let tilgængelighed for patienter til almen praksis i form af telefonisk tilgængelighed og første ledige tid til konsultation i almen praksis.

21. Undersøgelsen viser, at Region Midtjylland, Region Hovedstaden og Region Syd-Danmark hver har gennemført én eller flere undersøgelser af telefonisk tilgængelighed i almen praksis i egen region. Region Nordjylland og Region Sjælland har ikke gennemført undersøgelser af telefonisk tilgængelighed i almen praksis. Undersøgelsen viser desuden, at ingen af regionerne har foretaget undersøgelser af, hvor lang ventetid der er til første ledige tid til konsultation i almen praksis.

Regionerne har oplyst, at de kan følge tilgængeligheden i almen praksis via patientklager over lange ventetider. Derudover er tilgængelighed én af de parametre, som akkrediteringen af almen praksis, der afsluttes ultimo 2018, stiller krav til, ligesom bl.a. oplysninger om lægernes tilgængelighed kan følges på sundhed.dk.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at regionerne bør følge tilgængeligheden i almen praksis på eget initiativ, bl.a. fordi akkrediteringen af almen praksis primært er baseret på interviews med almen praksis og gennemgang af procedurebeskrivelser og ikke egentlige tests af den faktiske tilgængelighed.

Fælles dokumentationspraksis i almen praksis

22. Patientforløbene i praksissektoren dokumenteres ikke på samme måde som i sygehussektoren i kliniske kvalitetsdatabaser eller patientadministrative systemer. Det fremgår af Kræftplan II fra 2005, at der var et behov for at aftale en fælles dokumentationspraksis af fx nøgletidspunkter i form af tidspunktet for første symptom, tidspunktet for første konsultation hos egen læge og tidspunktet for henvisning til sygehus. Gennem denne dokumentation kan der opnås viden om patientforløbene, så der kan udpeges forbedringsmuligheder.

23. Vi har undersøgt, om regionerne har sikret fælles dokumentationspraksis i almen praksis.

Undersøgelsen viser, at regionerne ikke har implementeret anbefalingen i Kræftplan II om at udvikle indikatorer og fælles dokumentation for almen praksis. Dermed er det ikke muligt for regionerne at opnå viden om patientforløbene på tværs af sektorer, så muligheder for forbedring kan udpeges.

24. Danske Regioner har på vegne af regionerne oplyst, at det ikke er muligt at trække data for første symptom, konsultation mv. i almen praksis i forhold til kræftdiagnose, og at det ikke er meningsfuldt at se på første symptom, da der er en række indgangskriterier til de enkelte kræftpakkeforløb. Dermed er det stadig vanskeligt at opnå viden om patientforløb fra almen praksis og udpege eventuelle forbedringsmuligheder på tværs af sektorer.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet i samarbejde bør arbejde på at indfri anbefalingen i Kræftplan II om behovet for at aftale en fælles dokumentationspraksis i almen praksis, så der fremadrettet kan opnås viden om patientforløbene og forbedringsmulighederne i forhold til tidlig opsporing i almen praksis.

Resultater

Undersøgelsen viser, at regionerne i mindre omfang har fulgt op på de krav, som stilles i de alment praktiserende lægers overenskomst fra 2014 om let tilgængelighed i almen praksis. 3 af regionerne har gennemført undersøgelser af telefonisk tilgængelighed i almen praksis. Ingen af regionerne har gennemført undersøgelser om første ledige tid i almen praksis.

Undersøgelsen viser desuden, at der ikke er etableret en fælles dokumentationspraksis i almen praksis.

Akkreditering af almen praksis

Formålet med akkrediteringen, der blev igangsat i 2016, er:

- at fremme kvaliteten i patientbesøg
- at fremme udviklingen af den kliniske organisatoriske og patientoplevede kvalitet
- at synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet.

2.2. Politiske initiativer i forhold til almen praksis

25. Vi har undersøgt, om regionerne har udmøntet, og om Sundheds- og Ældreministeriet har fulgt op på de midler, der blev givet gennem regeringens sundhedsstrategi *Jo før – jo bedre* fra 2014. Midlerne skulle give almen praksis bedre redskaber til at opdage kræft gennem efteruddannelse og rådgivning samt give alment praktiserende læger direkte adgang til henvisning til diagnostiske undersøgelser på sygehuset.

Adgang til efteruddannelse og rådgivning

26. Det fremgår af Kræftplan II fra 2005, at løbende efteruddannelse af lægerne i almen praksis vil understøtte implementeringen af de kliniske retningslinjer i den daglige praksis. Ved udmøntningen af *Jo før – jo bedre* blev der på finansloven for 2015 afsat midler til efteruddannelse af alment praktiserende læger med henblik på at blive bedre til at opfange alarmsymptomer hurtigere. Vi har undersøgt, om regionerne har sikret, at almen praksis har fået øget adgang til efteruddannelse og rådgivning i kræftsymptomer, bl.a. via regionernes udmøntning af *Jo før – jo bedre*.

27. Undersøgelsen viser, at alle regionerne har holdt kurser, som almen praksis har kunnet tilmelde sig. Det er frivilligt for almen praksis at deltage i kurserne. Der er stor variation i omfanget af efteruddannelsen. Region Sjælland har i undersøgelsesperioden kun holdt efteruddannelsesmøder om tidlig opsporing i 2013. Derudover har regionen med start i august 2018 iværksat kompetenceudviklingskurser for praksispersonale. Region Syddanmark udbyder løbende kurser i kræftdiagnostik og kurser i visitation og opsporing af patienter med symptomer, der kan være tegn på kræft. Region Syddanmark har derudover givet almen praksis tilbud om frivillig auditering, hvor udvalgte patientforløb i almen praksis gennemgås.

Deltagelsen i efteruddannelse varierer fra region til region, hvor Region Sjælland har haft den laveste deltagelse med ca. 20 % af almen praksis, mens ca. halvdelen har deltaget i Region Hovedstaden, Region Nordjylland og Region Midtjylland. Det er regionernes opfattelse, at en deltagelsesprocent på 50 % er acceptabel, når det tages i betragtning, at efteruddannelse for almen praksis ikke er obligatorisk, og at regionernes efteruddannelsesstilbud skal konkurrere med andre udbydere af efteruddannelse til almen praksis.

I alle regionerne har almen praksis mulighed for at få rådgivning fra hospitalerne. Region Hovedstaden har oprettet en rådgiverfunktion bestående af 10 telefonnumre til rådgivning inden for 10 forskellige kræftformer samt 4 telefonnumre til diagnostiske enheder, som almen praksis kan kontakte. I de øvrige regioner kan almen praksis tage kontakt til den relevante afdeling eller de diagnostiske centre på sygehusene, hvis de har behov for rådgivning.

Kliniske retningslinjer

Kliniske retningslinjer er evidensbaserede anbefalinger, som bruges af fagpersonale, der skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

Adgang til diagnostiske undersøgelser

28. Vi har undersøgt, hvordan Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne har fulgt op på de midler, der blev givet til almen praksis' adgang til at henvise direkte og bestille tid til diagnostiske undersøgelser på sygehuset. Det har vi gjort ved at undersøge, om regionerne har viden om, hvorvidt almen praksis bruger de undersøgelsesformer, der er givet midler til, og om der dermed har været en stigning i brugen af disse.

29. Folketinget afsatte i forbindelse med den politiske aftale *Jo før – jo bedre* 690 mio. kr. i perioden 2015-2018 til at øge kapaciteten til udredning af kræft på sygehusene. Midlerne udmøntes via de regionale bloktilskud. Det fremgår af udmøntningsplanen for *Jo før – jo bedre*, at de tilførte midler ved fuld indfasning vil svare til en stigning i kapaciteten til udredning af kræft på ca. 15-20 % i forhold til niveauet i 2014. Det var forudsat, at kapaciteten til udredning skulle øges med op til 10 % fra 2. halvår 2015 til 2016 og yderligere med 10 % i 2017.

30. Danske Regioner har oplyst, at det er vanskeligt at fastsætte en baseline, som meraktiviteten kan beregnes ud fra, og at isolere effekten af de midler, der blev afsat i forbindelse med *Jo før – jo bedre*. Det er derfor aftalt mellem Danske Regioner og Sundheds- og Ældreministeriet, at udvalgte parametre vil danne grundlag for opfølgningen, fx antallet af CT-scanninger og ultralydsundersøgelser.

Danske Regioner har videre oplyst, at de diagnostiske undersøgelser, der er valgt som baseline, ikke udelukkende bruges til udredning ved mistanke om kræft. Det kan derfor ikke forudsættes, at hele aktivitetsstigningen skyldes patienter, der skal udredes for mistanke om kræft, da der ikke er foretaget særskilte opgørelser for denne gruppe af patienter.

31. Undersøgelsen viser, at der har været en stigning i CT-scanninger fra 2014 til 2017 på ca. 17 %. De valgte parametre for opfølgningen på *Jo før – jo bedre* viser en aktivitetsstigning, men denne kan ikke isoleres til kræftpatienter eller til aktivitet fra almen praksis.

32. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at ministeriet har fulgt implementeringen af *Jo før – jo bedre* i Task Force for Kræft. Rigsrevisionens gennemgang af referaterne viser dog, at ministeriet udelukkende har fået information om brugen af diagnostiske undersøgelser. Ministeriet har ikke indhentet information om status på de efteruddannelses- og rådgivningstiltag i forhold til almen praksis, der blev igangsat med *Jo før – jo bedre*.

33. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at det er regionerne, der har myndighedsansvaret for almen praksis. Rigsrevisionen er enig med ministeriet i, at det er regionerne, der har myndighedsansvaret i forhold til almen praksis. Det er dog samtidig Rigsrevisionens opfattelse, at det er ministeriets ansvar at følge de initiativer, der finansieres af Folketinget, fx *Jo før – jo bedre*, og dermed om de politiske hensigter i aftalen indfries. Rigsrevisionen er opmærksom på, at midlerne ikke kan følges krone for krone, da udmøntningen er sket via bloktilskud, men ministeriet har mulighed for i tilknytning til de politiske aftaler at følge regionernes aktiviteter og dermed følge op på, om intentionerne om bl.a. at opdage kræft tidligere bliver indfriet.

Resultater

Undersøgelsen viser, at alle regionerne i forskellig grad har udmøntet midler fra *Jo før – jo bedre* til at øge adgangen til efteruddannelse og rådgivning i kræftsymptomer for almen praksis. Alle regionerne har holdt kurser, som almen praksis har kunnet tilmelde sig. Omfanget af uddannelsestilbuddene er dog meget varierende blandt regionerne. Region Sjælland har fx ikke arrangeret efteruddannelse i perioden 2014-2017. Deltagelsen fra almen praksis er begrænset og varierer fra region til region, hvor Region Sjælland har haft den laveste deltagelse med ca. 20 %, mens ca. halvdelen har deltaget i Region Hovedstaden, Region Nordjylland og Region Midtjylland. Regionerne er udfordret af, at det er frivilligt for almen praksis, om de vil deltage i kurserne. I alle regionerne har almen praksis desuden mulighed for at få rådgivning i kræftsymptomer.

Undersøgelsen viser desuden, at regionerne har fået tildelt midler og har givet almen praksis direkte adgang til diagnostiske undersøgelser på sygehusene. Antallet af CT-scanninger er steget med ca. 17 % fra 2014 til 2017. De måleparametre, som Danske Regioner og Sundheds- og Ældreministeriet bruger som opfølgning, kan dog ikke isoleret set sige noget om, hvor meget af meraktiviteten der vedrører kræftpatienter, eller hvor meget der er genereret fra almen praksis.

Endelig viser undersøgelsen, at Sundheds- og Ældreministeriet har fulgt op på implementeringen af *Jo før – jo bedre* fra 2014 i Task Force for Kræft. Ministeriet har ikke fulgt tilstrækkeligt op på regionernes aktiviteter, og dermed om intentionerne med *Jo før – jo bedre* bliver indfriet.

2.3. Brugen af diagnostisk pakke

34. Vi har undersøgt regionernes brug af diagnostisk pakke, der var en del af Kræftplan III og blev implementeret i 2012. Formålet var at sikre hurtigere udredning og behandling af de kræftpatienter, som henvender sig til almen praksis med uspecifikke symptomer, og som på henvendelsestidspunktet ikke kan henvises til et specifikt kræftpakkeforløb.

35. Tabel 1 viser udviklingen i antal diagnostiske pakkeforløb pr. 100.000 indbyggere i regionerne og på landsplan i perioden 2013-2017.

Tabel 1**Antal gennemførte diagnostiske pakkeforløb pr. 100.000 indbyggere i perioden 2013-2017**

	2013	2014	2015	2016	2017	Ændring
Region Hovedstaden	112	147	171	192	187	67 %
Region Sjælland	34	32	43	51	56	65 %
Region Syddanmark	53	76	99	125	138	160 %
Region Midtjylland	175	230	274	263	267	53 %
Region Nordjylland	151	188	212	234	241	60 %
Landsplan	106	138	165	178	181	71 %

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Sundhedsdatastyrelsen.

Data for 2013-2016: Sundhedsdatastyrelsens "Diagnostisk pakkeforløb for alvorlig sygdom" fra 1. december 2017.

Data for 2017: Landspatientregisteret pr. 10. maj 2018 og CPR-registret 2017.

Ændring i antal forløb er Rigsrevisionens beregning.

Det fremgår af tabel 1, at der i 2017 på tværs af alle regioner var ca. 71 % flere diagnostiske pakkeforløb pr. 100.000 indbyggere end i 2013. Det fremgår også, at der er store regionale forskelle i antallet af forløb. I 2017 blev der iværksat 267 forløb og 241 forløb pr. 100.000 indbyggere i henholdsvis Region Midtjylland og Region Nordjylland. Samme år var der i Region Hovedstaden 187 forløb pr. 100.000 indbyggere, mens der i Region Syddanmark var 138 forløb pr. 100.000 indbyggere. Region Sjælland havde færrest forløb med 56 forløb pr. 100.000 indbyggere. Rigsrevisionen kan konstatere, at der blev henvist knap 5 gange så mange patienter pr. 100.000 indbyggere til diagnostisk pakke i Region Midtjylland som i Region Sjælland.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at regionernes henvisningspraksis til diagnostisk pakke indikerer, at der er forskelle i udredningen af patienter, afhængigt af hvor i landet de bor. Disse forskelle kan have betydning for, hvor hurtigt en patient udredes.

36. Sundhedsstyrelsen henstillede i november 2017 på baggrund af ovenstående, at Region Sjælland nærmere analyserede de organisatoriske forhold og patientstrømmene for den diagnostiske pakke og nogle af de store kræftsygdomme for at se, om det eventuelt kunne give en forklaring på de observerede forskelle, og om det havde patientmæssig betydning.

Region Sjælland har i sin redegørelse til Sundhedsstyrelsen oplyst, at der kan være flere årsager til det lave antal. Det kan muligvis skyldes, at regionens borgere er længe om at søge læge eller i højere grad kommer med specifikke symptomer. Desuden henvises patienterne muligvis for sent, fordi almen praksis ikke har nok opmærksomhed på uspecifikke symptomer og hurtig henvisning til diagnostisk pakke.

Region Sjælland har desuden oplyst i redegørelsen, at regionen løbende har været opmærksom på det lave antal i forhold til antallet i de andre regioner. Regionen har gennemført flere analyser med henblik på at forklare forskellen til de andre regioner, men disse giver ikke en entydig forklaring. Regionen har oplyst, at der i sidste kvartal af 2018 vil blive igangsat et ph.d.-projekt, der nærmere skal undersøge årsagerne til det lave antal henvisninger til diagnostisk pakke.

Resultater

Undersøgelsen viser, at alle regionerne i perioden 2013-2017 har øget brugen af diagnostisk pakke. Der er store forskelle i regionernes brug af diagnostisk pakke, og dermed er patienternes udredning forskellig, afhængigt af hvor i landet de bor. Der blev således henvist knap 5 gange så mange patienter til diagnostisk pakke i Region Midtjylland som i Region Sjælland. Sundhedsstyrelsen har bedt Region Sjælland redegøre for årsagen til, at regionen ligger så lavt sammenlignet med de øvrige regioner, men regionen mangler fortsat at foretage de nødvendige analyser for at kunne belyse årsagen tilstrækkeligt.

3. Maksimal ventetid



Delkonklusion

Rigsrevisionen vurderer, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad sikrer, at reglerne om maksimal ventetid bliver overholdt, idet nogle patienter venter længere på enten udredning eller behandling, end reglerne foreskriver. Det er desuden Rigsrevisionens vurdering, at Sundheds- og Ældreministeriet ikke i tilstrækkelig grad understøtter, at reglerne om maksimal ventetid bliver overholdt, fordi ministeriets overvågning af de maksimal ventetid baserer sig på oplysninger, som ikke er fyldestgørende. Det betyder, at ministeriet ikke får dækkende oplysninger om overholdelsen af reglerne. Ministeriet vil gå i dialog med regionerne om deres procedurer på området, hvilket Rigsrevisionen finder positivt og nødvendigt.

Undersøgelsen viser, at regionerne har systemer, der skal sikre proaktiv overvågning af overholdelsen af reglerne om maksimal ventetid. Region Midtjylland har i hele undersøgelsesperioden, og Region Sjælland har i størstedelen af perioden haft systemer til overvågning af de maksimal ventetid, der automatisk varsler om patientforløb, hvor reglerne om maksimal ventetid er tæt på ikke at blive overholdt. Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Nordjylland bruger lokalt forankrede overvågningssystemer, som kræver manuel gennemgang af patientforløb. Undersøgelsen viser desuden, at regionerne i et begrænset omfang auditerer afsluttede patientforløb for at identificere forløb, hvor de maksimal ventetid ikke er overholdt. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at audit generelt kan være et nyttigt redskab til at identificere eventuelle fejl i arbejdsgange og manglende overholdelse af de maksimal ventetid.

Undersøgelsen viser, at regionerne i perioden 2014-2017 indberettede ca. 3.000 patientforløb til Sundhedsstyrelsen, hvor reglerne om maksimal ventetid ikke var overholdt. Størstedelen af indberetningerne skyldtes systemfejl, fx kapacitetsudfordringer i forbindelse med indførelsen af den nationale screening for tarmkræft, og fejltolkninger af reglerne i forbindelse med screeningsprogrammet for brystkræft. Når reglerne om maksimal ventetid ikke er overholdt, følger alle regionerne systematisk op, afdækker årsager og iværksætter initiativer til forbedringer.

Undersøgelsen viser, at der var 63 patientforløb ud af undersøgelsens stikprøve på 356 forløb fra 2017, der ikke overholdt reglerne om maksimal ventetid. Det indikerer, at der i 2017 var godt 700 flere patientforløb end de 137 indberettede forløb på landsplan, hvor reglerne om maksimal ventetid ikke var overholdt, når efterindberetningerne som følge af Rigsrevisionens undersøgelse er fratrukket. Undersøgelsen indikerer dermed, at der er betydeligt flere patienter, som ikke får opfyldt deres patientretighed.

Audit

Audit er en metode til kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet, hvor kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser vurderes på grundlag af en bagudrettet gennemgang af konkrete patientforløb.

Audit gennemføres som en stikprøvekontrol og er en proces, hvor data analyseres og vurderes, kvaliteten belyses, og der fremsættes forslag til eventuelle forbedringstiltag.

37. De maksimale ventetider er en lovfastsat patientrettighed, som indeholder frister for, hvor lang tid en kræftpatient højst må vente på udredning, behandling og efterbehandling. Dette kapitel handler om, hvorvidt regionerne sikrer, og Sundheds- og Ældreministeriet understøtter, at bekendtgørelsen om maksimale ventetider bliver overholdt.

3.1. Regionernes overvågning af de maksimale ventetider

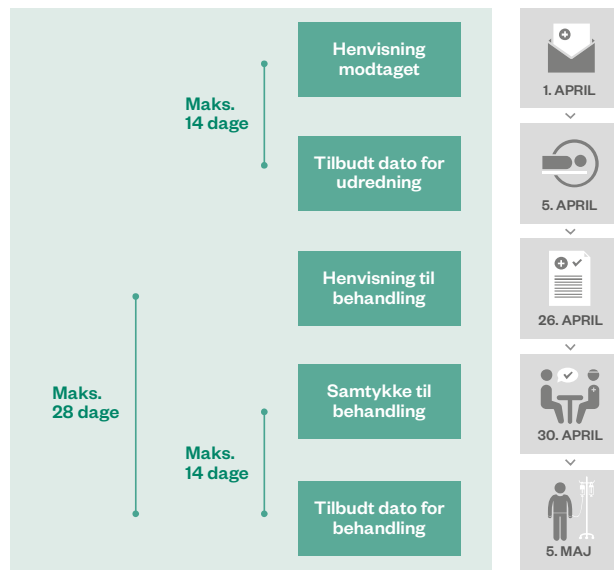
38. Vi har undersøgt, om regionerne har systemer, der sikrer fyldestgørende overvågning af, om reglerne om maksimale ventetider bliver overholdt. Vi har derudover undersøgt, om regionerne følger op på, om reglerne bliver overholdt, og afdækker årsagerne til eventuel manglende overholdelse. Endelig har vi undersøgt, om regionerne iværksætter initiativer, hvis der er kontinuerlige problemer, og følger virkningen af initiativerne.

39. De maksimale ventetider er en patientrettighed, som med enkelte undtagelser gælder for alle kræftpatienter og er en forbedret ventetidsbeskyttelse i forhold til andre patientgrupper. Regionerne er ikke forpligtede til at registrere centrale datoer for de maksimale ventetider, og der er ikke et nationalt it-baseret monitoreringssystem af fristerne i de maksimale ventetider. Regionerne skal dog hver måned indberette forløb, som ikke overholder reglerne om maksimale ventetider.

40. Figur 2 viser ventetidsfristerne fra bekendtgørelsen om maksimale ventetider.

Figur 2
Ventetidsfrister fra bekendtgørelsen om maksimale ventetider

Udredning og behandling (sygehus)



Efterbehandling (sygehus)



Note: De angivne datoer er et eksempel på et fiktivt forløb for en kræftpatient.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af bekendtgørelsen om maksimale ventetider.

Det fremgår af figur 2, at patienten højst må vente:

- 14 dage på start på udredning
- 28 dage, fra sygehuset modtager henvisning vedrørende patientens behandling til start på behandling, og 14 dage fra samtykke til specifik behandling til start på behandling
- 28 dage, fra sygehuset modtager henvisning vedrørende patientens behandling til start på efterbehandling, og 14 dage fra samtykke til efterbehandling til start på efterbehandling.

De maksimale ventetider indeholder ikke krav om, hvor længe udredningen, behandlingen og efterbehandlingen må vare.

41. Det er regionernes ansvar at sikre, at reglerne om maksimale ventetider bliver overholdt. Kan patientens bopælsregion ikke tilbyde udredning, behandling eller efterbehandling på sine egne sygehuse inden for de maksimale ventetider, har regionen pligt til at tilbyde patienten henvisning til et andet sygehus her i landet eller i udlandet, som kan tilbyde behandlingen inden for den fastsatte maksimale ventetid.

42. Regionerne skal ifølge bekendtgørelsen om maksimale ventetider dokumentere overholdelsen af reglerne i patientjournalen. Reglerne kan godt være overholdt, selv om fristerne på 14 eller 28 dage tidsmæssigt ikke er overholdt. Det gør sig gældende, hvis enten hensynet til patientens helbredstilstand tilsiger det, eller hvis patienten ikke ønsker udredning eller behandling på en tilbudt tid, som ligger inden for de maksimale ventetider. Hvis de maksimale ventetider ikke kan overholdes af enten helbredsmæssige årsager eller som følge af patientens eget ønske, har regionerne pligt til at dokumentere dette i patientjournalen.

Retningslinjer og ledelsesfokus

43. Undersøgelsen viser, at alle regionerne har udarbejdet regionale retningslinjer, der beskriver regionens forståelse af reglerne om maksimale ventetider, herunder regionens fortolkning af, hvornår de maksimale ventetider er overholdt. Retningslinjerne beskriver herudover sygehusafdelingernes procedurer for journalføring og for indberetning af patientforløb til sygehusets administration, regionens administration og Sundhedsstyrelsen, når reglerne om maksimale ventetider ikke overholdes.

Undersøgelsen viser, at regionsledelserne har fokus på at sikre overholdelse af reglerne om maksimale ventetider, idet ledelserne løbende bliver orienteret om og forholder sig til patientforløb, hvor der er udfordringer med at overholde reglerne. Regionerne har desuden et omfattende setup af sundhedspersonale, patientvejledere, forløbskoordinatorer og administrativt personale, som i det daglige arbejder med at sikre overholdelsen af de maksimale ventetider.

Varsling af de maksimale ventetider

44. Undersøgelsen viser, at alle regionerne har systemer, der proaktivt overvåger, om reglerne om maksimale ventetider bliver overholdt. Det varierer dog, om det er varslingsystemer, der automatisk varsler om potentielle patientforløb, hvor reglerne er tæt på ikke at blive overholdt, eller om det er systemer, der kræver manuel gennemgang af forløbene for at kontrollere overholdelsen.

Region Midtjylland har i hele undersøgelsesperioden, og Region Sjælland har i størstedelen af perioden anvendt automatiske varslingsystemer. Systemerne indeholder bruttolister over patienternes estimerede antal ventedage frem til den fundne booking, og systemerne kan derfor anvendes til at identificere patientforløb, hvor der er risiko for, at de maksimale ventetider ikke overholdes. Regionerne kan med denne overvågning af patientforløb nå at rette op på forløbene, så reglerne om maksimale ventetider overholdes. Sygehusafdelingerne trækker flere gange ugentligt lister over patientforløb, som manuelt og enkeltvis gennemgås for at kunne vurdere, om det er muligt at imødegå risikoen for, at reglerne om maksimale ventetider ikke overholdes.

I Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Nordjylland er overvågningen baseret på manuelle og lokale systemer på den enkelte sygehusafdeling.

Region Syddanmark, Region Nordjylland og Region Hovedstaden har oplyst, at de er i gang med at udvikle automatiske varslingsystemer til overvågning af de maksimale ventetider. Region Hovedstaden har oplyst, at regionen har mulighed for at overvåge overholdelsen af de maksimale ventetider i Sundhedsplatformen, men da der stadig opstår fejlregistreringer, er sygehusene forpligtede til at sikre en lokal opfølgning og overvågning af ventetiderne, indtil denne funktion kan tilgås i Sundhedsplatformen.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at regionerne med indførelsen af den tredje version af Landspatientregisteret, som forventes implementeret i foråret 2019, på frivillig basis kan registrere centrale datoer for de maksimale ventetider. Dette kan understøtte regionernes mulighed for at foretage elektronisk registrering og give mulighed for tidligt varsel af patientforløb, hvor reglerne om maksimale ventetider potentielt ikke overholdes.

Audit af patientforløb

45. Undersøgelsen viser, at regionerne kun i meget begrænset omfang anvender audit af afsluttede patientforløb som supplement til den proaktive overvågning.

Region Hovedstaden har oplyst, at Rigshospitalet gennemgik patientjournaler for maj 2017 som følge af, at hospitalet i denne måned havde mange patientforløb, hvor reglerne ikke blev overholdt. På baggrund af gennemgangen fandt Rigshospitalet yderligere 13 forløb for maj, som blev indberettet til Sundhedsstyrelsen. Region Syddanmark har tidligere 2 gange årligt gennemgået udvalgte forløb, men har afsluttet denne praksis. Hverken Region Nordjylland, Region Midtjylland eller Region Sjælland auditerer patientforløb med henblik på at afdække overholdelsen af de maksimale ventetider. Region Nordjylland har dog oplyst, at regionen fremadrettet planlægger at foretage audit af udvalgte patientforløb.

Det er på baggrund af erfaringerne fra Region Hovedstadens gennemgang af patientjournaler Rigsrevisionens opfattelse, at audit generelt kan være et nyttigt redskab til at identificere eventuelle fejl i arbejdsgange og manglende overholdelse af de maksimale ventetider.

Opfølgning

46. Vores gennemgang af regionernes retningslinjer viser, at alle regionerne har en fast procedure for at identificere årsager og iværksætte handleplaner, når regionerne bliver bekendt med, at reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt.

På tværs af regionerne er det proceduren, at sygehusledelsen bliver orienteret om patientforløb, når der er risiko for, at reglerne om maksimale ventetider ikke overholdes. Sygehusledelsen drøfter forløbene med det relevante personale i afdelingen for at afklare, om reglerne er overholdt, og for at kortlægge, hvilke arbejdsgange der kan have forårsaget et potentielt regelbrud. Alle regionerne har desuden procedurer for at orientere regionsledelsen om overholdelsen af reglerne om maksimale ventetider.

47. Region Midtjylland orienterer løbende regionsrådet om patientforløb, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt. De øvrige 4 regioner har ikke en fast praksis for dette, men orienterer regionen ved større og systematiske udfordringer med at overholde reglerne.

Landspatientregisteret

Landspatientregisteret indeholder oplysninger om danskernes kontakter med sundhedsvæsenet og er sundhedsvæsenets mest centrale register. Oplysningerne kan fx være, hvornår og hvor patienten er blevet indlagt eller en beskrivelse af patientens diagnoser og undersøgelser.

48. Når årsagen til manglende overholdelse af reglerne om maksimale ventetider er identificeret og drøftet mellem regionens ledelse og den relevante afdeling, er det på tværs af regionerne fast procedure at iværksætte handleplaner. Handleplanerne vil typiske indeholde konkrete initiativer, som skal sikre mod lignende tilfælde. Regionerne orienterer Sundhedsstyrelsen om de iværksatte tiltag.

Resultater

Undersøgelsen viser, at alle regionerne har systemer, der skal sikre proaktiv overvågning af overholdelsen af reglerne om maksimale ventetider. Der er dog forskel på, hvor automatiserede systemerne er. Region Midtjylland har i hele undersøgelsesperioden, og Region Sjælland har i størstedelen af perioden anvendt automatiske varslings-systemer, mens de øvrige regioner har lokalt forankrede systemer.

Undersøgelsen viser desuden, at alle regionerne i et begrænset omfang auditerer afsluttede patientforløb.

Endelig viser undersøgelsen, at alle regionerne følger systematisk op og afdækker årsager, hvis reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt. På baggrund heraf udarbejder regionerne handleplaner og iværksætter initiativer.

3.2. Indberetninger til Sundhedsstyrelsen

49. Vi har undersøgt, hvor mange patientforløb der ikke har overholdt reglerne om maksimale ventetider, som regionerne selv har indberettet til Sundhedsstyrelsen i perioden 2014-2017. Vi har derudover undersøgt, hvilke kræftformer der har været de dominerende i indberetningerne, og hvilke årsager regionerne har angivet som forklaring.

50. Regionerne er forpligtede til hver måned at indberette til Sundhedsstyrelsen, om de har patientforløb, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt. Regionerne skal i indberetningerne angive kræftformen og årsagen samt beskrive fremadrettede initiativer, som skal forhindre lignende tilfælde.

51. Tabel 2 viser antallet af patientforløb, hvor regionerne ikke har overholdt reglerne om maksimale ventetider i perioden 2014-2017.

Tabel 2

Antal patientforløb, der ikke overholder reglerne om maksimale ventetider i perioden 2014-2017

	2014	2015	2016	2017	Ekstra indberetninger ¹⁾	I alt
Region Hovedstaden	853	33	30	90	0	1.006
Region Sjælland	172	4	5	25	0	206
Region Syddanmark	17	14	5	7	811	854
Region Midtjylland	133	1	4	62	0	200
Region Nordjylland	121	1	86	16	519	743
Landsplan	1.296	53	130	200	1.330	3.009

¹⁾ Region Syddanmark og Region Nordjylland har begge patientforløb, som ikke kan henføres til et specifikt år.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Sundhedsstyrelsen (opgjort i november 2018).

Det fremgår af tabel 2, at 3.009 patienter i perioden 2014-2017 ikke har fået udredning eller behandling i overensstemmelse med reglerne om maksimale ventetider. Region Hovedstaden havde i perioden flest patientforløb (1.006), hvor reglerne ikke blev overholdt. Herefter følger Region Syddanmark og Region Nordjylland med henholdsvis 854 og 743 forløb. I Region Midtjylland blev reglerne ikke overholdt i 200 forløb og i Region Sjælland i 206 forløb. Antallet af kræftpatienter varierer fra region til region. Det er ikke muligt at beregne, hvor stor en andel de indberettede forløb udgør af det samlede antal forløb, da der ikke findes opgørelser af, hvor mange patienter der årligt er omfattet af reglerne om maksimale ventetider i hver region. Regionerne har indberettet 200 forløb for 2017, hvor reglerne ikke blev overholdt. Tallet er inkl. 63 forløb, der er blevet efterindberettet som følge af Rigsrevisionens undersøgelse. Fratrullet de 63 forløb ville regionerne have indberettet 137 forløb for 2017.

Regionerne har oplyst, at antallet af indberetninger bør ses i relation til den samlede aktivitet på kræftområdet. Regionerne påpeger, at det fremgår af Sundhedsdatastyrelsens årsopgørelse, at godt 500.000 patienter begyndte udredning i et kræftpakkeforløb i perioden 2014-2017.

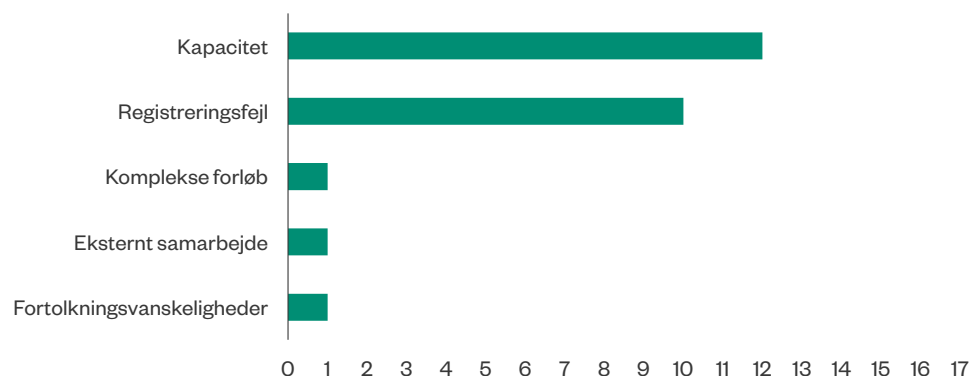
I undersøgelsesperioden var der i 2014 flest kræftpatienter, som ikke fik udredning og behandling i overensstemmelse med reglerne om maksimale ventetider. Den manglende overholdelse i 2014 skyldtes primært det landsdækkende screeningsprogram for tyktarmskræft og endetarmskræft, som blev iværksat pr. 1. marts 2014. I den forbindelse havde regionerne ikke tilstrækkelig kapacitet til at gennemføre alle de påkrævede screeninger.

Både de 811 patientforløb, som Region Syddanmark havde indberettet ekstra til Sundhedsstyrelsen, og de 519 forløb, som Region Nordjylland havde indberettet ekstra, skyldtes en systematisk fejlfortolkning af reglerne om maksimale ventetider i perioden 2014-2016 for kvinder, der blev indkaldt til yderligere udredning efter brystkræft-screening i regionen.

52. Vi har gennemgået regionernes månedlige indberetninger til Sundhedsstyrelsen i perioden 2014-2017, hvor der har været indberetninger af mere end 10 patientforløb for hver region, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt. Det drejer sig om i alt 17 indberetninger. 10 af de 17 indberetninger omhandler patienter med tarmkræft. Alle regionerne med undtagelse af Region Syddanmark har haft vanskeligheder med at sikre tilstrækkelig kapacitet til screeningsprogrammet for tarmkræft. 3 af de 17 indberetninger omhandler patienter med brystkræft, og 4 af indberetningerne er fordelt på en blandet gruppe af kræftdiagnoser.

53. Figur 3 viser de årsager, som regionerne i indberetningerne har angivet som forklaring på, at reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt. Vi har på baggrund af indberetningerne opdelt årsagerne i 5 kategorier: kapacitet (både fysisk og personalemæssig), registreringsfejl, komplekse forløb, eksternt samarbejde og fortolkningsvanskeligheder af bekendtgørelsen om maksimale ventetider.

Figur 3
Årsagsforklaringer i indberetningerne til Sundhedsstyrelsen i perioden 2014-2017



Note: Samme indberetning kan indeholde flere årsager.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regionernes indberetninger til Sundhedsstyrelsen.

Det fremgår af figur 3, at kapacitet bliver angivet som årsag til manglende overholdelse af de maksimale ventetider i 12 af de 17 indberetninger. Registreringsfejl bliver angivet som årsag i 10 af indberetningerne. Derudover bliver komplekse patientforløb som følge af, at patienten har andre sygdomme, eksternt samarbejde og fortolkningsvanskeligheder af bekendtgørelsen om maksimale ventetider hver angivet som årsag én gang.

Vi har ikke gennemgået indberetninger til Sundhedsstyrelsen, som har indeholdt mindre end 10 patientforløb. Regionerne har dog oplyst, at manglende overholdelse i enkeltstående forløb som oftest skyldes menneskelige fejl, fx forglemmelse eller fejlregistrering.

54. Vores gennemgang af regionernes indberetninger viser, at regionerne kun indberetter ganske få enkeltstående patientforløb, hvor reglerne ikke er overholdt. De fleste forløb, hvor reglerne ikke er overholdt, kan inddeles i klynger, der har samme årsag som forklaring på den manglende overholdelse. Det er fx i forbindelse med fejltolkninger af bekendtgørelsen, kapacitetsudfordringer ved indførelsen af det nationale screeningsprogram for tarmkræft eller systematiske menneskelige fejl. Den manglende overholdelse af reglerne opdages i nogle tilfælde først sent i forhold til, hvornår de fandt sted.

Resultater

Undersøgelsen viser, at regionerne i perioden 2014-2017 indberettede 3.009 tilfælde, hvor de maksimale ventetider ikke var overholdt. Region Hovedstaden havde flest indberetninger, og regionerne indberettede samlet flest patientforløb i 2014. Hovedparten af indberetningerne skyldtes systemfejl, fx kapacitetsudfordringer som følge af indførelsen af det nationale screeningsprogram for tarmkræft.

Undersøgelsen viser desuden, at mangel på kapacitet og registreringsfejl var de primære årsager i indberetningerne. Tarmkræft er den kræftform, som forekommer hyppigst i indberetningerne.

3.3. Udvalgte patientforløb

55. Vi har gennemgået udvalgte kræftpatienters forløb for at undersøge regionernes overholdelse af reglerne om maksimale ventetider i 2017 og dermed få en indikation af, om omfanget af regionernes indberetninger har været fyldestgørende.

Det er et lovkrav, at behandlingstilbud, patientinformation, samtykke mv. i relation til de maksimale ventetider skal dokumenteres i patientjournalen. Regionerne er som følge heraf forpligtede til at dokumentere forsinkelser, som er længere end de maksimale ventetider, herunder også tilfælde, hvor patienten accepterer en tid ud over den maksimale ventetid, eller hvis patientens helbredstilstand påkræver det.

56. Vi har udtrukket en stikprøve på 356 patientforløb, der er repræsentativ på landsplan, men ikke for de enkelte regioner. Stikprøven er fordelt med 128 forløb fra Region Hovedstaden, 77 fra Region Syddanmark, 66 fra Region Sjælland, 47 fra Region Nordjylland og 38 fra Region Midtjylland.

Fejlregistrering

Et eksempel på fejlregistrering er, at sygehuset ved en fejl registrerer en forkert dato for henvisning til behandling, der ligger senere end den rigtige dato for henvisningen. Sygehuset har derfor reelt færre dage til at give patienten tilbud om behandling, end hvad der fremgår af registreringen.

Forberedelse til behandling

"Forberedelse til behandling" udgør forløbstiden, fra der er truffet beslutning om den initiale behandling, til behandlingen starter. Hvor lang forløbstiden maksimalt bør være afhænger af kræftformen.

Der findes ikke nationale data for overholdelsen af reglerne om maksimale ventetider. Vi har derfor udtrukket stikprøven med udgangspunkt i målepunkter fra forløbstiderne i kræftpakkerne. Vi har udtrukket forløb, hvor "forberedelse til behandling" er længere end 14 dage, dvs. patientforløb, hvor der er gået mere end 14 dage, fra der er truffet beslutning om den initiale behandling, til behandlingen starter. Det drejer sig om i alt 4.819 forløb. Der var i 2017 i alt 23.105 gennemførte kræftpakkeforløb. Stikprøven er udtaget på denne måde, fordi længden på "forberedelse til behandling" indikerer, at den maksimale ventetid, der vedrører tid til behandling, potentielt ikke er overholdt.

57. Vi har undersøgt, i hvor mange af de 356 forløb patienten har ventet 14 dage eller mindre på henholdsvis udredning, behandling og eventuel efterbehandling. Vores gennemgang viser, at dette gør sig gældende i 128 af de 356 forløb. I disse forløb er de maksimale ventetider overholdt, da de holder sig inden for de maksimale ventetider på 14 og 28 dage.

Af de resterende 228 patientforløb, hvor "forberedelse til behandling" er længere end 14 dage, har vi frasorteret 36 forløb, som enten har været tværgående på tværs af regionerne, eller hvor forløbene har været fejloprettet. Det efterlader 192 forløb, hvor vi ud fra regionernes materiale har undersøgt, om reglerne om maksimale ventetider er overholdt. Kan regionerne ikke dokumentere, at manglende overholdelse af de maksimale ventetider er enten patientinitieret, skyldes, at patienten er blevet informeret om sine rettigheder og vælger en tid ud over de maksimale ventetider, eller skyldes patientens helbredstilstand, er reglerne om maksimale ventetider ikke overholdt.

58. Tabel 3 viser resultaterne af vores stikprøvegennemgang.

Tabel 3
Rigsrevisionens vurdering af udvalgte patientforløb

	Forløb i alt	Forløb over 14 dage	Overholdt	Ikke overholdt
Region Hovedstaden	128	72	44	28
Region Sjælland	66	34	14	20
Region Syddanmark	77	37	36	1
Region Midtjylland	38	15	13	2
Region Nordjylland	47	34	22	12
Landsplan	356	192	129	63

Kilde: Rigsrevisionens stikprøve.

Det fremgår af tabel 3, at der i stikprøven i alt er 356 patientforløb, og at patienten i 192 af disse har ventet 14 dage eller længere på enten udredning, behandling eller efterbehandling. Rigsrevisionen har ved gennemgangen af forløbene vurderet, at 129 af de 192 sager er dokumenteret tilstrækkeligt, dvs. at det er dokumenteret, at det enten er patientens eget valg eller helbred, der begrundes, at forløbet er længere end 14 dage, eller at det alternativt fremgår af journalen, at patienten ved forsinkelser af kapacitetsmæssige årsager er informeret om forsinkelsen og sine rettigheder. De 129 forløb vurderes som overholdt.

I 63 patientforløb har Rigsrevisionen vurderet, at dokumentationen ikke er tilstrækkelig, hvorfor Rigsrevisionen på dette grundlag vurderer, at reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt. Ingen af de 63 forløb var indberettet til Sundhedsstyrelsen.

Det fremgår desuden af tabellen, at der er betydelige regionale forskelle på antallet af patientforløb, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt. Region Hovedstaden, Region Sjælland, og Region Nordjylland er med henholdsvis 28, 20 og 12 forløb de regioner, hvor Rigsrevisionen har fundet flest forløb, hvor dokumentationen ikke lever op til kravene i bekendtgørelsen om maksimale ventetider. Det svarer til, at reglerne ikke er overholdt for henholdsvis 22 %, 30 % og 26 % af de udtrukne forløb i de 3 regioner. Reglerne om maksimale ventetider er ikke overholdt i 2 forløb i Region Midtjylland og i ét forløb i Region Syddanmark. Det svarer til henholdsvis 5 % og 1 % af de udtrukne forløb i de 2 regioner. På landsplan er det 17,7 % af forløbene i den samlede stikprøve, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt.

59. Hvis andelen af patientforløb, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt, i den samlede stikprøve korrigeres, så der tages højde for tilfældige regionale skævheder i stikprøven, indikerer det, at der er 842 forløb i 2017, som ikke overholdt reglerne om maksimale ventetider. Det indikerer, at der er 705 flere forløb end de 137 indberettede forløb på landsplan, som ikke overholdt reglerne om maksimale ventetider i 2017, når efterindberetningerne som følge af Rigsrevisionens undersøgelse er fratrukket. De bagvedliggende beregninger fremgår af bilag 1.

Tilfældige regionale skævheder

De tilfældige regionale skævheder i stikprøven skyldes, at vi har valgt at udtrække stikprøven simpelt tilfældigt med henblik på at gøre stikprøven repræsentativ på landsplan.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at stikprøven indikerer, at der kan være betydeligt flere tilfælde, hvor de maksimale ventetider ikke er overholdt, end dem, som regionerne har indberettet til Sundhedsstyrelsen i 2017.

60. Regionerne har oplyst, at de 63 patientforløb, hvor Rigsrevisionen har vurderet, at reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt, nu er efterindberettet til Sundhedsstyrelsen.

61. Regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at manglende dokumentation i patientjournalen ikke automatisk er ensbetydende med, at patienten ikke er informeret om sine rettigheder og har accepteret, at de maksimale ventetider ikke overholdes.

Rigsrevisionen kan konstatere, at regionerne i de 63 patientforløb, som vi har gennemgået, ikke har dokumenteret i patientjournalen, at forsinkelsen enten er patient-initieret, skyldes, at patienten er blevet informeret om sine rettigheder og vælger en tid ud over de maksimale ventetider, eller skyldes patientens helbredstilstand. Derfor er bekendtgørelsens dokumentationskrav ikke overholdt. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at dokumentationskravet sikrer, at sygehusene kun samler dokumentation om overholdelsen af de maksimale ventetider ét sted, så der ikke kan opstå tvivl om, hvorvidt patienten er informeret om sine rettigheder og har accepteret, at de maksimale ventetider ikke overholdes.

Sundheds- og Ældreministeriets overvågning af de maksimale ventetider

62. Sundheds- og Ældreministeriets overvågning af de maksimale ventetider er baseret på regionernes indberetninger til Sundhedsstyrelsen. Indberetningerne er baseret på tro- og loveerklæringer. Ministeriet har oplyst, at den nuværende overvågningsmodel placerer ledelsesansvaret hos regionerne. Det er regionens ansvar gennem løbende forbedringsindsatser at optimere modellen, så den effektivt opfanger alle patientforløb, hvor reglerne ikke er overholdt.

Rigsrevisionen er enig med Sundheds- og Ældreministeriet i, at regionerne har ledelsesansvaret for overholdelsen af de maksimale ventetider, men det er Rigsrevisionens opfattelse, at ministeriets overvågning baserer sig på oplysninger, som er behæftet med betydelig usikkerhed.

Regionerne har som følge af Rigsrevisionens stikprøve foretaget ekstra indberetninger af patientforløb, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt. Sundhedsstyrelsen har i den forbindelse oplyst, at styrelsen vil gå i dialog med regionerne om deres procedure på området. Rigsrevisionen finder en sådan dialog positiv og nødvendig.

Resultater

Undersøgelsen viser, at 63 af de 356 patientforløb, som Rigsrevisionen har gennemgået i en stikprøve, ikke overholdt reglerne om maksimale ventetider. Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Nordjylland er med henholdsvis 28 (22 %), 20 (30 %) og 12 (26 %) forløb de regioner med flest forløb, hvor dokumentationen ikke lever op til reglerne. Ingen af de 63 forløb var indberettet til Sundhedsstyrelsen.

Rigsrevisionens beregning af andelen af patientforløb, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt, indikerer, at der er 705 flere forløb end de 137 indberettede forløb på landsplan, som ikke overholdt reglerne om maksimale ventetider i 2017, når efterindberetningerne som følge af Rigsrevisionens undersøgelse er fratrukket. Der kan dermed være betydeligt flere tilfælde, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt, end dem, som regionerne har indberettet til Sundhedsstyrelsen.

Det er dermed Rigsrevisionens opfattelse, at Sundheds- og Ældreministeriets overvågning af de maksimale ventetider baserer sig på oplysninger, som er behæftet med betydelig usikkerhed.

4. Forløbstider



Delkonklusion

Rigsrevisionen vurderer, at regionerne i overvejende grad sikrer, og at Sundheds- og Ældreministeriet i overvejende grad understøtter, at flest mulige patienter får udredning og påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne, ved løbende at monitorere forløbstiderne, identificere udfordringer og iværksætte initiativer. Det er dog samtidig Rigsrevisionens vurdering, at ministeriet kan gøre opfølgningen på forløbstiderne mere nuanceret.

Undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriet generelt understøtter en retvisende monitorering ved hjælp af en detaljeret registreringsramme for forløbstiderne. Undersøgelsen viser dog også, at der har været eksempler på systematisk afvigende registreringspraksis i relation til brystkræftforløb i Region Midtjylland og i Region Syddanmark på bestemte sygehuse. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at registreringsafviselserne betyder, at monitoreringen bliver mindre retvisende.

Undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriet anmoder regionerne om at gennemgå kræftpakkeforløb, der er længere end standardforløbstiderne som følge af forhold, som regionerne har vanskeligt ved at påvirke, fx at patienten selv ønsker at vente. Det skyldes, at ministeriet ikke har anvendt indberetningerne om ventetid i relation til patientens ønsker eller anden komplicerende tilstand i opfølgningen på forløbstiderne, selv om det kunne have gjort ministeriets opfølgning mere nuanceret.

Undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriet ikke har fastsat et mål for, hvor stor en andel af patienterne der skal have påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne, fordi ministeriet ikke har fundet det fagligt hensigtsmæssigt. Regionerne har fastsat et driftsmål om, at 90 % af kræftpakkeforløbene skal gennemføres inden for standardforløbstiderne. Det er dog ikke fastsat, hvornår målet skal nås. Andelen af forløb, der blev gennemført inden for standardforløbstiderne, er steget fra 71 % i 2013 til 79 % i 2016. Herefter er andelen faldet til 77 % i 2017. Udviklingen dækker over væsentlige forskelle mellem regionerne og på tværs af de enkelte kræftpakker. De regionale forskelle er dog blevet mindre over tid.

Undersøgelsen viser, at regionerne afdækker årsagerne, når patienter har forløbstider, der ligger ud over standardforløbstiderne, og iværksætter initiativer for at forbedre forløbstiderne.

Patientens ønske

Ventetiden skal kategoriseres som patientens ønske, hvis patienten melder afbud eller udebliver fra undersøgelse eller behandling, og hvis patienten afslår tilbud om udredning eller behandling i anden enhed inden for gældende tidsfrist.

Undersøgelsen viser, at det ikke er muligt at vurdere, om regionerne sikrer, at alle patienter får udarbejdet en opfølgingsplan, når det er relevant, fordi der endnu ikke foreligger valide data. Implementeringen af de personlige behovsvurderinger og opfølgingsplaner, som regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet i 2011 besluttede at indføre, er endnu ikke færdig. Hovedparten af opfølgingsprogrammerne er implementeret i regionerne, men enkelte udestår i nogle regioner. På nuværende tidspunkt forventes de resterende opfølgingsprogrammer og monitoreringen først at være færdigimplementeret i 2019. Det er 8 år efter, at der blev truffet beslutning om at indføre personlige behovsvurderinger og opfølgingsplaner.

63. Kræftpakkerne indeholder standardforløbstider for, hvor lang tid der må gå, før en standardpatient får udredning og påbegyndt behandling. Dette kapitel handler om, hvorvidt regionerne sikrer, og Sundheds- og Ældreministeriet understøtter, at flest mulige kræftpatienter får udredning og påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne. Kapitlet handler desuden om, hvorvidt regionerne sikrer, og Sundheds- og Ældreministeriet understøtter, at alle kræftpatienter får udarbejdet en opfølgingsplan, når det er relevant.

4.1. Rammer for den nationale monitorering

64. Vi har undersøgt, om Sundheds- og Ældreministeriet sikrer rammer, der understøtter en retvisende monitorering af forløbstiderne.

Sundheds- og Ældreministeriet er ansvarlig for rammerne i den nationale monitorering, herunder at understøtte retvisende registreringer via de nationale beskrivelser af kræftpakkeforløbene og via de nationale registreringsvejledninger, som er udarbejdet af henholdsvis Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen.

Nationale data og opgørelser

65. Sundhedsdatastyrelsen følger forløbstiderne og opgør kvartalsvis og på årsbasis, hvor stor en andel af kræftpakkeforløbene der gennemføres inden for standardforløbstiderne, fordelt på regioner, kræftformer og behandlingstyper. Sundhedsdatastyrelsens opgørelser om forløbstiderne danner grundlag for Sundhedsstyrelsens opfølgning på regionernes arbejde med kræftpakkerne.

66. Konkrete forhold som fx anden komplicerende tilstand eller patientens egne ønsker kan medføre, at forløbstiderne for den enkelte patient kan afvige fra standardforløbstiderne. Sygehusene registrerer i deres egne systemer og indberetter til Landspatientregisteret, hvis patienten ønsker at vente, eller hvis patienten venter, fordi patienten skal behandles eller reguleres for anden komplicerende tilstand, inden behandlingen af kræft kan foretages. Disse registreringer af ventetid er dog ikke direkte koblet til registreringerne af forløbstiderne, men er gældende for alle patienter.

67. På baggrund af de kvartalsvise og årlige opgørelser beder Sundhedsstyrelsen udvalgte regioner om enten mundtligt eller skriftligt at redegøre for årsager og fremadrettede initiativer for udvalgte kræftpakker og behandlingstyper. Disse redegørelser drøftes sammen med den samlede monitoreringsopgørelse i Task Force for Kræft, hvor både Sundhedsstyrelsen og regionerne er repræsenteret.

Sundhedsstyrelsen besluttede ved indførelsen af den nuværende monitoreringsmodel at fokusere sin løbende overvågning og indhentning af redegørelser med udgangspunkt i den del af kræftpakkeforløbene, der i det enkelte kvartal eller på årsbasis ligger under den nedre 1. kvartil. I 3. kvartal 2013 udgjorde den nedre 1. kvartil de regioner, kræftformer og behandlingstyper, hvor under 60 % af forløbene blev gennemført inden for standardforløbstiderne, mens det i 2. kvartal 2018 var dem, der havde en gennemførelsesandel på under 66 %.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at Sundhedsstyrelsen dermed anvender en benchmarkingtilgang. Sundhedsstyrelsen har gennem årene fortsat fundet, at denne tilgang var den mest hensigtsmæssige i forhold til at sikre hovedsigtet med monitoreringen af kræftpakkerne, som er at sikre en løbende kvalitetsforbedring af kræftbehandlingen.

Sundhedsstyrelsen vurderer fra kvartal til kvartal, hvilke regioner, kræftformer og behandlingstyper der skal udvælges fra den nedre 1. kvartil til nærmere redegørelse. Styrelsen baserer bl.a. udvælgelsen på en vurdering af den mellemregionale variation, specialer med kontinuerlige udfordringer og igangværende processer i andet regi, fx i relation til maksimale ventetider eller allerede igangsatte initiativer. Dermed har Sundhedsstyrelsen ikke opstillet faste kriterier for, hvilke regioner, kræftformer og behandlingstyper styrelsen anmoder om redegørelser for.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at Sundhedsstyrelsens arbejdsform sikrer et løbende fokus på, at udfordringer løses regionalt, men at der også kan være udfordringer, som er udbredte eller vedvarende, selv om regionerne har fokus på dem og har iværksat indsatser. Dette kan foranledige, at Sundhedsstyrelsen søger at hjælpe regionerne gennem strukturelle ændringer. Dette kan fx være gennem ændringer i kræftpakkeforløbene på grund af udvikling i udredningen og behandlingen af den pågældende kræftsygdom. Styrelsen har også mulighed for at udføre overordnede strukturelle ændringer ved fx at justere specialeplanen.

68. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at Sundheds- og Ældreministeriet ved at samle forløbstidsdata, udarbejde monitoreringsopgørelser, indhente redegørelser og drøfte disse i Task Force for Kræft generelt understøtter en retvisende monitorering. Det er desuden efter Rigsrevisionens opfattelse hensigtsmæssigt, at ministeriet tager udgangspunkt i de områder, hvor udfordringerne ser ud til at være størst ud fra opgørelserne af forløbstiderne. Det er dog imidlertid ikke nødvendigvis de områder, hvor regionerne har bedst mulighed for at forbedre forløbstiderne, da en lav andel af kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne fx kan skyldes, at patienter i nogle kræftpakker eller behandlingstyper hyppigere vælger at vente.

Den nationale 1. kvartil

Den nationale 1. kvartil afgrænser den fjerdedel af kræftpakkeforløbene, der har den laveste andel af patientforløb, som er gennemført inden for standardforløbstiderne. Kvartilerne er beregnet på basis af alle gennemførte forløb, hvor der er anbefalet en standardforløbstid for behandlingsformen.

Specialeplan

Sundhedsstyrelsens specialeplan beskriver, hvilke sygehuse der må varetage de specifikke specialfunktioner. Sundhedsstyrelsen opstiller desuden en række principper, krav og anbefalinger for hver af de 36 lægelige specialer.

Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Sjælland frasorterer ventetider i relation til patientens ønsker og anden komplicerende tilstand i deres egne opgørelser, da det ifølge deres udsagn giver et mere reelt billede af forløbstiderne og dermed et bedre grundlag til at beslutte, hvilke tiltag regionen skal iværksætte for at forbedre forløbstiderne.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Sjælland ved at frasortere disse ventetider fokuserer deres opfølgning på de områder, hvor de har mulighed for at forbedre forløbstiderne. Det giver desuden regionerne indsigt i omfanget af ventetid inden for de forskellige kræftpakker og behandlingstyper, der skyldes patientens ønsker, eller at patienten skal behandles for anden komplicerende tilstand.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at Sundhedsdatastyrelsen og Sundhedsstyrelsen ikke har anvendt indberetningerne om ventetid i relation til patientens ønsker eller anden komplicerende tilstand i opfølgningen på forløbstiderne, fordi ministeriet aktivt har besluttet at udarbejde en så simpel monitoreringsmodel som muligt. Ifølge ministeriet er det hverken muligt eller hensigtsmæssigt at frasortere ventetid i relation til patientens ønsker og anden komplicerende tilstand i den nationale monitorering, da det ikke er muligt at inddrage alle relevante forhold, som har indflydelse på forløbstiderne.

Region Nordjylland har oplyst, at regionen ikke finder de nuværende registreringer af ventetider i relation til anden komplicerende tilstand sammenlignelige på tværs af regionerne, da definitionen ikke er entydig.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at regionerne i redegørelserne blot kan oplyse, at der ikke er udfordringer eller problemer i relation til monitoreringen, hvis dette er tilfældet. Sundhedsstyrelsen har desuden oplyst, at det i nogle tilfælde kan være vigtigt også at følge forløbstiderne for de patienter, hvor ventetiden skyldes patientens ønsker og anden betydende sygdom. Udviklingen i og omfanget af anden betydende sygdom inden for en kræftpakke kan bidrage til at belyse, om et kræftpakkeforløb skal revideres. Ligeledes kan mellemregionale forskelle i forløbstider, der er længere end standardforløbstiderne på baggrund af anden betydende sygdom, indikere forskelle i patientpopulationer eller utilstrækkelig kapacitet eller styring af forløb i en region.

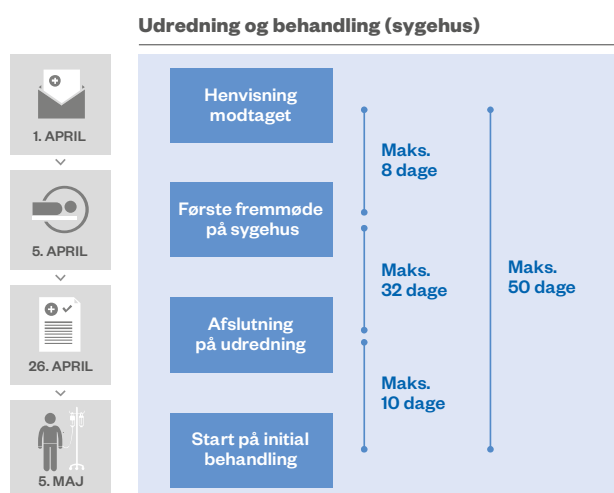
Det er Rigsrevisionens opfattelse, at en analyse af indberetningerne om ventetid i relation til patientens ønsker eller anden komplicerende tilstand potentielt kunne bidrage til et mere nuanceret billede af forløbstiderne, selv om en sådan analyse ville være forbundet med datamæssige udfordringer og forbehold.

Uoverensstemmelser i registreringspraksis

69. For at den nationale monitorering kan være retvisende, er det en forudsætning, at registreringerne af forløbstiderne ikke afviger systematisk fra pakkeforløbsbeskrivelserne for kræft og Sundhedsdatastyrelsens registreringsvejledninger. Derfor har vi undersøgt, om der er systematiske afvigelser i sygehusenes registreringer af målepunkterne i kræftpakkeforløbene.

70. Den samlede forløbstid i den nationale monitorering er opdelt i forskellige målepunkter, som regionerne skal registrere. Standardforløbstiderne mellem målepunkterne varierer fra kræftpakke til kræftpakke. Figur 4 viser de centrale målepunkter (fælles for alle kræftpakker) eksemplificeret ved de sygdomsspecifikke standardforløbstider i et fiktivt kræftpakkeforløb.

Figur 4
Centrale målepunkter i registrering af kræftpakkeforløb og eksempel på standardforløbstider



Note: Standardforløbstiderne varierer i de enkelte kræftpakker.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af Sundhedsstyrelsens pakkeforløbsbeskrivelser for kræft.

Det fremgår af figur 4, at der er 4 centrale målepunkter i kræftpakkeforløbene, som sygehusene skal registrere. Den samlede forløbstid opgøres ud fra, hvor lang tid der er gået mellem registreringen af begyndelsepunktet "Henvielse modtaget" og slutpunktet "Start på initial behandling". Derfor er det afgørende, at særligt disse målepunkter registreres korrekt, hvis data skal give et retvisende billede af, hvor hurtigt patienterne kommer i gang med den primære behandling.

71. Vores analyse af forløbstidsdata fra Landspatientregisteret for de 3 udvalgte kræftformer (brystkræft, bugspytkirtelkræft og prostatakræft) viser, at der har været systematiske forskelle i registreringerne af begyndelsepunktet "Henvielse modtaget" for brystkræftforløb, som efter vores opfattelse betyder, at nogle sygehuse har fulgt en afvigende registreringspraksis. Det drejer sig om:

- Alle sygehuse i Region Midtjylland undtagen Hospitalsenhed Midt (og fra 2017 Hospitalsenheden Vest) har systematisk registreret "Henvielse modtaget" og "Første fremmøde på sygehus" samtidig for brystkræftforløb i perioden 2014-2017.
- Sygehus Sønderjylland har systematisk registreret "Henvielse modtaget" og "Første fremmøde på sygehus" samtidig for brystkræftforløb i perioden 2014-2016.

Disse systematiske afvigelser i registreringspraksis betyder, at kræftpakkeforløbene kommer til at fremstå kortere, end de reelt er, og at andelen af forløb inden for standardforløbstiderne vil fremstå kunstigt høj. Det betyder, at data bliver mindre sammenlignelige, og at forløbstiderne i den nationale monitorering ikke bliver helt retvisende. Monitoreringen vil dermed ikke i alle tilfælde give et reelt billede af, hvor stor en andel af kræftpatienterne der har ventet længere på behandling, end Sundhedsstyrelsen anbefaler.

Region Midtjylland har oplyst, at det ikke er alle sygehuse i regionen, der kan registrere "Henvisning modtaget" korrekt i forhold til brystkræft. De fleste af regionens sygehuse registrerer "Henvisning modtaget" samtidig med "Første fremmøde på sygehus", fordi det ikke er teknisk muligt at registrere korrekt. Det skyldes, at de pågældende sygehuse mangler integration mellem 2 it-systemer.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at Sundhedsstyrelsen i 2012 blev gjort opmærksom på registreringsudfordringerne i forhold til brystkræft i Region Midtjylland, og at styrelsen har fulgt op på problematikken på et møde i Task Force for Kræft i april 2014, hvor styrelsen har presset på for, at der skulle gennemføres en it-systemintegration, som skal bidrage til korrekt indberetning. Styrelsen har desuden oplyst, at Task Force for Kræft efterfølgende har drøftet datakomplethed i monitoreringen i november 2014. Her blev der sat fokus på generelle udfordringer med registreringspraksis, herunder manglende registreringer.

Cancerregisteret

Cancerregisteret indeholder informationer om kræfttilfælde og andre anmeldelsespligtige sygdomme i Danmark. Cancerregisteret rummer bl.a. oplysninger om:

- diagnosetidspunktet for sygdommen
- den anatomiske lokalisation
- kræftform
- udbredelse af kræftsygdommen inden for de første 4 måneder efter diagnose-tidspunktet.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at det er regionernes ansvar at sikre ensartet registrering og ministeriets ansvar at sikre relevant vejledning om registrering. Dette sikrer ministeriet via registreringsvejledninger og vejledning af regionerne efter behov. Sundhedsdatastyrelsen leverer desuden bl.a. ugentlige opmærksomhedslister til regionerne med mulige udfordringer i regionernes egne registreringer og sammenholder data for forløbstider med data fra Cancerregisteret for at belyse datakompletheden. Ministeriet har desuden oplyst, at udfordringer vedrørende registrering bliver drøftet i forbindelse med Sundhedsstyrelsens løbende arbejde med at revidere pakkeforløbsbeskrivelser og vejledninger.

Rigsrevisionen er enig i, at det er regionernes ansvar, at registreringerne er retvisende. Det er dog samtidig Rigsrevisionens opfattelse, at Sundheds- og Ældreministeriet har et ansvar for at sikre rammer, der understøtter retvisende informationer om forløbstiderne i regionerne, herunder at følge op på systematiske afvigelser i registreringspraksis. Ministeriet har efter Rigsrevisionens opfattelse ikke haft tilstrækkeligt fokus på at følge op på Region Midtjyllands udfordringer med at registrere forløbstiderne for brystkræftpatienter korrekt, da ministeriet ikke har fulgt op siden 2014, på trods af at problemet ikke er blevet løst.

Region Syddanmark har oplyst, at registreringspraksis for brystkræftforløb har været drøftet i regionen i 2016, fordi der var forskel på, hvornår sygehusene registrerede målepunkterne. Derfor udarbejdede regionen en fælles registreringsvejledning for brystkræft. Regionen har desuden i 2016 udarbejdet en ny retningslinje for kræftpakkeforløb for kræft i øvre mave-tarm, som omfatter bugspytkirtelkræft. Baggrunden var bl.a., at der var uens registreringspraksis. Ifølge regionen er stort set alle registreringsafvigelser blevet fjernet eller identificeret med henblik på at blive løst.

Region Syddanmark har desuden oplyst, at komplekset af regler og registreringsprocedurer i relation til de maksimale ventetider og standardforløbstiderne kan være indviklet at navigere i for det kliniske personale, der ikke har dette som deres primære arbejdsområde. Det kan risikere at give anledning til misforståelser eller fejltolkninger. Desuden er der løbende en stor opgave i at uddanne og vedligeholde kendskabet til regelsættene, særligt for nyt personale.

Det er – på baggrund af møderne med sygehusafdelingerne – Rigsrevisionens opfattelse, at det er en udbredt opfattelse, at regler og registreringsprocedurer i relation til de maksimale ventetider og standardforløbstiderne er komplekse og indviklede at navigere i.

72. Ud over uoverensstemmelserne i relation til registrering af brystkræftforløb viser vores analyse af forløbstidsdata desuden, at regionerne ikke har helt samme registreringspraksis i forhold til, hvor og hvornår begyndelsestidspunktet for bugspytkirtelkræft registreres.

Vi har konstateret, at Region Midtjylland fra og med 2017 først begynder registreringen af kræftpakkeforløbet på den højtspecialiserede afdeling på Aarhus Universitetshospital. Dermed følger regionen en anden registreringspraksis end de øvrige regioner, hvor flere sygehuse begynder registreringen af forløbet, før patienten er sendt til den højtspecialiserede afdeling.

Region Midtjylland har oplyst, at regionens praksis er i overensstemmelse med regionens fortolkning af Sundhedsstyrelsens pakkeforløbsbeskrivelse for bugspytkirtelkræft.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at registreringen af begyndelsestidspunktet i kræftpakkeforløbet for bugspytkirtelkræft skal foretages, når der ved henvisning til forløbet eller i sygehusregi er fundet begrundet mistanke om eller er påvist kræft i bugspytkirtlen. Ministeriet har desuden oplyst, at kræftpakkeforløbet godt kan starte på en kirurgisk afdeling, som ikke er højtspecialiseret. Det kan fx være, hvis en kirurgisk afdeling har begrundet mistanke om kræft i bugspytkirtlen på grund af gulsot uden oplagt forklaring.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at der kan være behov for, at Sundheds- og Ældreministeriet og Region Midtjylland drøfter regionens fortolkning af pakkeforløbsbeskrivelsen og registreringspraksis i relation til bugspytkirtelkræft.

73. Vores analyse af forløbstidsdata for prostatakræft har ikke vist tegn på uoverensstemmelser i registreringspraksis.

74. Regionerne har oplyst, at monitoreringen af de i alt 32 kræftpakker som hovedregel er retvisende og sammenlignelig på tværs af regionerne.

De 3 udvalgte kræftformer omfattede tilsammen 22 % af alle kræftpakkeforløbene, der var færdigregistrerede og afsluttet i Landspatientregisteret pr. 10. maj 2018. Det er ikke muligt ud fra vores analyse af forløbstidsdata for de 3 udvalgte kræftformer at vurdere det samlede omfang af forskelle i registreringspraksis i alle kræftpakker, og dermed hvor stor indflydelse det har på forløbstiderne i monitoreringen. Det er dog Rigsrevisionens opfattelse, at der er risiko for, at der kan være andre systematiske afvigelser for andre kræftformer, som kan påvirke den samlede forløbstid. Det betyder, at det ikke nødvendigvis er de regioner eller kræftformer, der reelt har den laveste gennemførelsesandel, som Sundheds- og Ældreministeriet har fokus på i sin opfølgning.

Resultater

Undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriets rammer generelt understøtter en retvisende monitorering af forløbstiderne, men at ministeriet ikke har tilstrækkeligt fokus på at sikre ensartet registrering på tværs af regionerne.

Undersøgelsen viser desuden, at monitoreringen er baseret på en omfattende og detaljeret registrering af centrale datoer i kræftpakkerne. Denne registrering gør det muligt for både Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne løbende at følge udviklingen i overholdelsen af standardforløbstiderne. Ministeriet samler forløbsdata, udarbejder monitoreringsopgørelser, indhenter redegørelser og drøfter opgørelser og redegørelser i Task Force for Kræft.

Endelig viser undersøgelsen, at der har været en systematisk afvigende registreringspraksis i relation til brystkræft i Region Midtjylland og i Region Syddanmark på bestemte sygehuse. Regionerne har oplyst, at monitoreringen som hovedregel er retvisende og sammenlignelig på tværs af regionerne. Det er dog Rigsrevisionens opfattelse, at registreringsafvigelserne betyder, at monitoreringen bliver mindre retvisende. Undersøgelsen viser videre, at Sundheds- og Ældreministeriet anmoder regionerne om at gennemgå kræftpakkeforløb, som regionerne har vanskeligt ved at påvirke. Det skyldes, at ministeriet ikke har anvendt indberetningerne om ventetid i relation til patientens ønsker eller anden komplicerende tilstand i opfølgningen på forløbstiderne, selv om det kunne have gjort opfølgningen mere nuanceret.

4.2. Opfølgning på forløbstider

75. Vi har undersøgt, om Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne har fastsat mål for, hvor stor en andel af patienterne der skal have udredning og påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne.

Mål for forløbstider

76. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at det ikke er forventeligt, at standardforløbstiderne kan opfyldes for alle patienter i alle kræftpakkeforløb, fordi forhold som fx patientens ønsker eller anden komplicerende tilstand kan betyde, at forløbstiden for den enkelte patient vil afvige fra standardforløbstiden. Det er dog ifølge ministeriet hverken muligt eller hensigtsmæssigt at frasortere ventetid i relation til disse forhold i monitoreringen. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at ministeriet har gjort sig mange overvejelser om problemstillingen, men at overvejelserne har resulteret i, at ministeriet ikke har fundet det hensigtsmæssigt at fastsætte en national tærskelværdi for, hvor stor en andel af forløbene der bør være gennemført inden for standardforløbstiderne.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at intentionen bag monitoreringen er at sikre, at forløbstiderne så vidt muligt ligger inden for standardforløbstiderne, medmindre der er forhold som fx patientens ønsker eller anden komplicerende tilstand, som taler imod det. For at Sundheds- og Ældreministeriet kan sikre sig dette, er det efter Rigsrevisionens opfattelse hensigtsmæssigt, at ministeriet gør sig overvejelser om, hvor stor en andel af patienterne der skal have påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne.

77. Regionerne har taget stilling til, hvor stor en andel af patienterne der skal have påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne, ved at fastsætte et fælles regionalt driftsmål.

Danske Regioner har på vegne af regionerne oplyst, at Danske Regioners bestyrelse den 26. september 2014 vedtog en fælles målsætning om at bringe andelen af registrerede kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne op på 90 %. Ifølge Danske Regioner var formålet at styrke den ønskede lighed i behandlingen for alle og nærme sig samme ensartede niveau for patienter, der gennemgår et kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne. Danske Regioner har videre oplyst, at der ikke er tale om et formelt fastsat mål, der skal overholdes, eller en patientrettighed. Danske Regioner har desuden oplyst, at det ikke er besluttet, hvornår målet skal realiseres.

Opfølgning på udviklingen i forløbstider

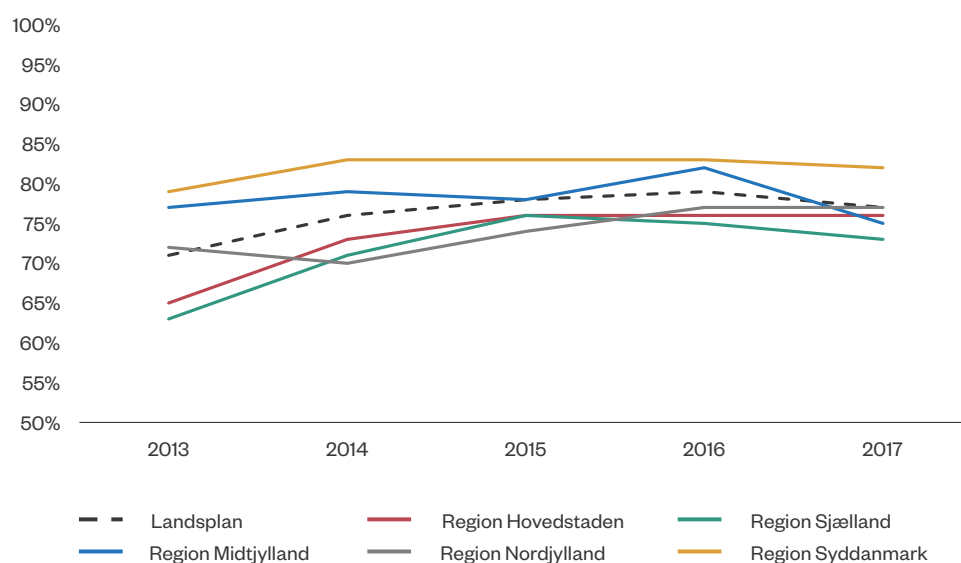
78. Alle regionerne følger bagudrettet op på, hvor stor en andel af kræftpakkeforløbene der gennemføres inden for standardforløbstiderne, og alle regionerne gennemgår de forløb, hvor standardforløbstiden er overskredet. Alle regionerne har fremlagt ledelsesinformation, der angiver status for, hvor stor en del af forløbene der er gennemført inden for standardforløbstiderne. Ledelsesinformationen indeholder desuden oplysninger om, hvordan forløbsandele inden for standardforløbstiderne er fordelt på forskellige kræftområder (enten for alle eller for særligt udvalgte kræftpakker).

Regionerne adskiller sig i forhold til hinanden ved, hvordan de arbejder med tidligt at identificere kræftpakkeforløb, hvor der er risiko for, at forløbstiden vil blive overskredet. Region Midtjylland har i hele undersøgelsesperioden, og Region Sjælland har i størstedelen af perioden anvendt et fælles varslingsystem (som også anvendes til de maksimale ventetider) til at give afdelingerne overblik over forløbstiderne. Som tidligere beskrevet (i relation til de maksimale ventetider) har de øvrige regioner ikke fælles regionale varslingsystemer, men hver afdeling eller hvert sygehus har typisk et regneark e.l., hvor forløbskoordinatorerne eller sekretærerne følger kræftpacienterne. De øvrige regioner er i gang med at udvikle tilsvarende fælles varslingsystemer.

Udvikling i forløbstider

79. Figur 5 viser udviklingen i, hvor stor en andel af alle kræftpakkeforløb der er blevet gennemført inden for standardforløbstiderne i perioden 2013-2017 fordelt på regioner.

Figur 5
Andelen af kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne i perioden 2013-2017



Note: Der indgår kun kræftpakkeforløb, som er færdigregistrerede for "Samlet tid til behandling", dvs. at der skal være en start- og en slutregistrering. Derfor er det kun forløb, hvor der på behandlingstidspunktet er diagnosticeret kræft eller for nogle kræftformer er begrundet mistanke om kræft.

Det er det sygehus, hvor kræftpakkeforløbet begynder, der bliver tilskrevet hele patientens forløb.

Datagrundlaget er det samme som i Sundheds- og Ældreministeriets monitorering, men tallene adskiller sig på grund af opgørelsesdatoen.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Landspatientregisteret, som Sundhedsdatastyrelsen har trukket den 10. maj 2018.

Det fremgår af figur 5, at der var en svagt stigende tendens på landsplan i andelen af kræftpakkeforløb, der blev gennemført inden for standardforløbstiderne (fra 71 % i 2013 til 79 % i 2016). Herefter faldt andelen til 77 % i 2017. Regionerne har endnu ikke nået den fælles målsætning om på et uspecificeret tidspunkt at bringe andelen af registrerede kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne op på 90 %.

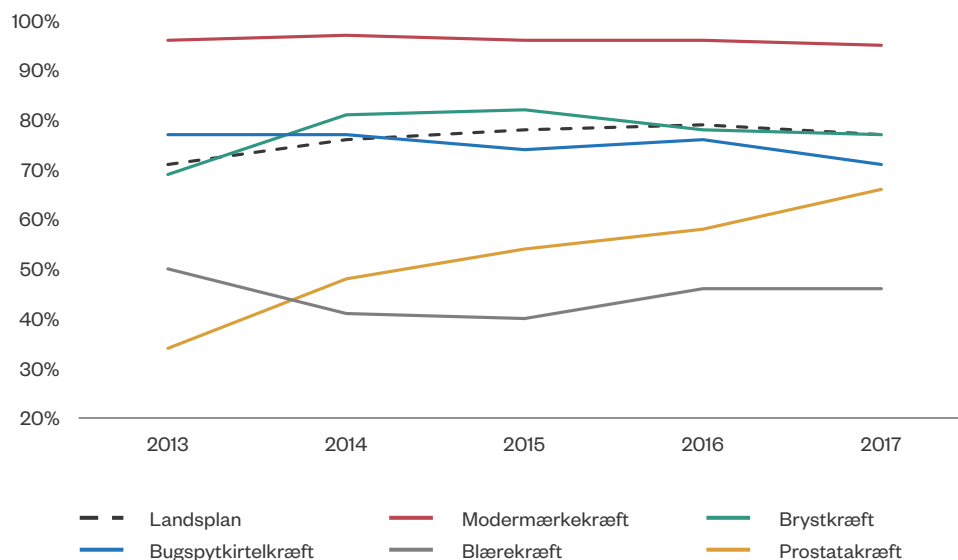
Der er betydelige variationer mellem regionerne – særligt i 2013 og 2014. Region Syddanmark har i hele perioden haft den højeste andel kræftpakkeforløb, der blev gennemført inden for standardforløbstiderne, på mellem 79 % og 83 %. I 2013 var der en forskel på 16 procentpoint fra den højeste andel på 79 % i Region Syddanmark til den laveste andel på 63 % i Region Sjælland. I 2017 var der en forskel på 9 procentpoint fra den højeste andel på 82 % i Region Syddanmark til den laveste andel på 73 % i Region Sjælland. Dermed er de regionale forskelle blevet mindre over tid.

Udvikling og variationer i forløbstider på tværs af regioner og kræftformer

80. Figur 6 viser udviklingen på tværs af regionerne i andelen af kræftpakkeforløb, der er gennemført inden for standardforløbstiderne, for de 2 kræftformer, der har henholdsvis den laveste (blærekræft) og den højeste (modermærkekræft) gennemførelsesandel, og for de 3 udvalgte kræftformer (brystkræft, bugspytkirtelkræft og prostatakræft).

Figur 6

Andelen af kræftpakkeforløb inden for anbefalet forløbstid fordelt på udvalgte kræftformer i perioden 2013-2017



Antallet af kræftpakkeforløb fra 2017, der var færdigregistrerede og afsluttet i Landspatientregisteret pr. 10. maj 2018, fordelte sig således for de viste kræftformer:

- modermærkekræft: 2.795
- brystkræft: 3.705
- prostatakræft: 925
- bugspytkirtelkræft: 470
- blærekræft: 550.

Note: Der indgår kun kræftpakkeforløb, som er færdigregistrerede for "Samlet tid til behandling", dvs. at der skal være en start- og en slutregistrering. Derfor er det kun forløb, hvor der på behandlingstidspunktet er diagnosticeret kræft eller for nogle kræftformer er begrundet mistanke om kræft.

Det er det sygehus, hvor kræftpakkeforløbet begynder, der bliver tilskrevet hele patientens forløb.

Datagrundlaget er det samme som i Sundheds- og Ældreministeriets monitorering, men tallene adskiller sig på grund af opgørelsesdatoen.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Landspatientregisteret, som Sundhedsdatastyrelsen har trukket den 10. maj 2018.

Det fremgår af figur 6, at der er stor variation i forhold til, hvor stor en andel af kræftpakkeforløbene der gennemføres inden for standardforløbstiderne. Den eneste af de i alt 32 kræftpakker, som i hele perioden ligger over 90 %, er modermærkekræft. I den laveste del af spektret ligger blærekræft og prostatakkræft.

Det fremgår desuden af figuren, at andelen af brystkræftforløb inden for standardforløbstiderne steg fra 69 % i 2013 til 82 % i 2015, hvorefter andelen faldt til 77 % i 2017. For bugspytkirtelkræft har andelen af kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne været relativt stabil fra 2013 til 2016 (ca. 74-77 %), hvorefter den faldt til 71 % i 2017. Andelen af prostatakkræftforløb inden for standardforløbstiderne har været støt stigende fra 34 % i 2013 til 66 % i 2017.

81. Udfordringerne i forhold til at gennemføre kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne varierer fra kræftform til kræftform. Region Midtjylland har fx oplyst, at det ifølge Sundhedsstyrelsens pakkeforløbsbeskrivelse for kræft i urinvejene kun er 75 % af alle blærekræftpatienter, der kan forventes at blive udredt og behandlet inden for standardforløbstiderne. Der er desuden stor variation i antallet af forløb inden for de forskellige kræftformer. Region Hovedstaden har oplyst, at små variationer i antallet af kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne kan medvirke til store udsving i gennemførelsesandelene for kræftpakker med relativt få forløb.

82. Undersøgelsen viser desuden, at der for de enkelte kræftpakker er væsentlige regionale variationer i forhold til andelen af kræftpakkeforløb, som er gennemført inden for standardforløbstiderne. Variationerne i de 3 udvalgte kræftformer (brystkræft, bugspytkirtelkræft og prostatakkræft) fremgår af bilag 3.

Resultater

Undersøgelsen viser, at Sundheds- og Ældreministeriet ikke har fundet det hensigtsmæssigt at fastsætte en national tærskelværdi for, hvor stor en andel af kræftpakkeforløbene der bør være gennemført inden for standardforløbstiderne. Regionerne har i 2014 opstillet mål om at bringe andelen af registrerede forløb inden for standardforløbstiderne op på 90 %, men det er ikke besluttet, hvornår målet skal realiseres.

Undersøgelsen viser desuden, at der på landsplan har været en stigning i andelen af kræftpakkeforløb, der blev gennemført inden for standardforløbstiderne (fra 71 % i 2013 til 79 % i 2016), hvorefter andelen faldt til 77 % i 2017. Region Syddanmark har i hele perioden 2013-2017 haft den højeste andel forløb inden for standardforløbstiderne. Region Sjælland har haft den laveste andel i 2013, 2016 og 2017 og Region Nordjylland i 2014 og 2015.

Endelig viser undersøgelsen, at der er stor variation i forhold til, hvor stor en andel af kræftpakkeforløbene der gennemføres inden for standardforløbstiderne fordelt på de enkelte kræftpakker. For nogle kræftformer er andelen høj, mens den for andre er meget lav. Kun én kræftpakke (modermærkekræft) har i hele perioden 2013-2017 haft en andel af forløb, der er gennemført inden for standardforløbstiden, på over 90 %. Der er desuden væsentlige regionale forskelle inden for de forskellige kræftpakker. De regionale forskelle er dog blevet mindre over tid.

4.3. Årsager og initiativer

83. Vi har undersøgt, om regionerne afdækker årsagerne, når patienterne har forløbstider, der ligger ud over standardforløbstiderne. Derudover har vi undersøgt, om regionerne iværksætter korrigerende initiativer.

Redegørelser til Sundhedsstyrelsen

84. Vores gennemgang af regionernes redegørelser til Sundhedsstyrelsen viser, at nogle kræftformer hyppigt går igen i redegørelserne, mens andre sjældent eller aldrig indgår. I perioden 2013-2017 er brystkræft omtalt i 8 redegørelser og prostatakræft i 34 redegørelser. Styrelsen har ikke anmodet om redegørelser for bugspytkirtelkræft.

Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at der er forholdsvis få kræftpakkeforløb for bugspytkirtelkræft, og at Sundhedsstyrelsen kun medtager forløbstider for de regioner, som i det pågældende kvartal har mere end 10 forløb. Ministeriet har desuden oplyst, at det ikke er unaturligt, at der forholdsmæssigt anmodes om flere redegørelser for de store kræftformer.

Afdækning af årsager

85. Vi har undersøgt, om regionerne afdækker årsagerne, når patienter har forløbstider, der ligger ud over standardforløbstiderne i kræftpakkerne.

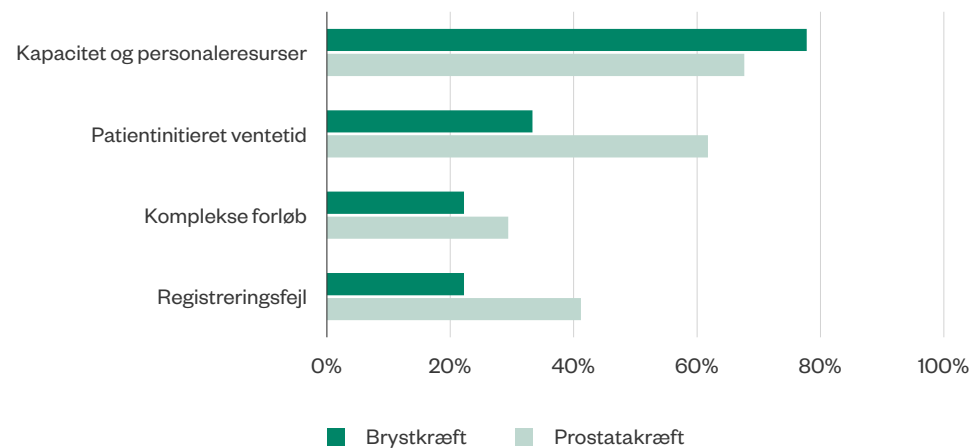
86. Undersøgelsen viser, at afdelingerne dagligt følger forløbstiderne for de kræftpatienter, som er i kræftpakkeforløb. Sygehusledelserne følger op på forløbstiderne ugentligt eller månedligt. Årsager til forløb, der er længere end standardforløbstiderne, og initiativer på afdelingsniveau drøftes på møder med sygehusledelsen, i tværfaglige grupper på og mellem sygehusene samt på møder mellem sygehusledelsen og regionen.

87. Vores gennemgang af regionernes redegørelser viser, at regionerne angiver mange forskellige årsagsforklaringer. De hyppigste årsagsforklaringer på tværs af regioner og kræftområder falder inden for følgende årsagskategorier:

- kapacitet og personaleresurser (herunder begrænsninger på operationsstuer, scannerne og andet udstyr, lægemangel, andre bemandingsproblemer mv.)
- patientinitieret ventetid (herunder at patienten ønsker betænkningstid, at afholde ferie, at vente på en bestemt læge e.l.)
- komplekse forløb (herunder lægefaglige vurderinger og anden komplicerende tilstand)
- registreringsfejl (herunder manglende eller fejlagtig registrering af registreringspunkterne, forkerte diagnose- eller behandlingskoder mv.).

Hypigheden af årsager inden for de forskellige årsagskategorier varierer på tværs af kræftformer.

88. Figur 7 viser, hvor hyppigt regionernes årsagsforklaringer i henholdsvis de 9 redegørelser om brystkræft og de 34 redegørelser om prostatakræft efter Rigsrevisionens vurdering falder inden for de 4 hyppigste årsagskategorier.

Figur 7**Hyppighed af årsagskategorier i regionernes redegørelser om brystkræft og prostatakræft**

Note: Procenterne angiver, hvor stor en andel af de 9 redegørelser om brystkræft og de 34 redegørelser om prostatakræft der efter Rigsrevisionens vurdering falder inden for de 4 kategorier. Mange af redegørelserne indeholder flere årsagsforklaringer, hvorfor de 4 forklaringer summerer til mere end 100 %.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regionernes redegørelser til Sundhedsstyrelsen.

Det fremgår af figur 7, at størstedelen af regionernes redegørelser om brystkræft indeholder årsagsforklaringer, der kan kategoriseres som kapacitet og personaleresurser, mens en mindre andel kan kategoriseres som patientinitieret ventetid, komplekse forløb og registreringsfejl. Regionernes årsagsforklaringer vedrørende prostatakræft falder hyppigst inden for kategorierne kapacitet og personaleresurser samt patientinitieret ventetid. Der er også en del årsagsforklaringer inden for henholdsvis registreringsfejl og komplekse forløb. Konkrete eksempler på beskrivelser af årsagsforklaringerne fremgår af bilag 4.

89. Det er Rigsrevisionens opfattelse, at redegørelserne generelt giver et overblik over de største udfordringer for de udvalgte regioner, perioder og kræftformer.

Robotoperation

Prostata kan enten fjernes ved en almindelig åben operation eller ved en robotoperation, hvor indgrebet foretages gennem flere små huller og ved hjælp af kikkert. Det er lægerne, der vurderer, hvilke patienter der skal tilbydes en robotoperation.

Vores gennemgang af redegørelser og handleplaner samt interviews med udvalgte sygehuse viser, at mangel på mammakirurger og mammadiologer er den mest dominerende årsagsforklaring i forhold til brystkræft på tværs af sygehuse og regioner. I forhold til prostatakræft er de mest dominerende årsagsforklaringer, at mange patienter vælger at vente længere tid på en robotoperation frem for en mere indgribende åben operation, og at regionerne mangler udstyr til robotoperationerne og speciallæger i urologi. For bugspytkirtelkræft er den gennemgående primære årsagsforklaring, at der er begrænset operationskapacitet, som på grund af populationens lille størrelse er meget følsom over for udsving i patienttilgang, personaleudskiftning mv. Dertil kommer, at det er vanskeligt at fordele patienterne optimalt mellem de 4 universitetshospitaler, som er højt specialiserede inden for bugspytkirtelkræft. Det skyldes bl.a., at sygehusene har vanskeligt ved at få patienterne til at tage imod tilbud om at blive sendt til et andet sygehus, fordi de typisk er meget syge.

90. Det fremgår af redegørelserne, at flere årsager går igen over tid. Det kan efter Rigsrevisionens opfattelse skyldes, at årsagerne til dels kan henføres til forhold, som er vanskelige at løse. I forhold til brystkræft gælder det især mangel på mammakirurger og mammariadiologer. Tilsvarende er manglen på urologiske speciallæger en national udfordring i forhold til prostatakræft.

Region Nordjylland har oplyst, at det er en generel udfordring, at der er speciallægemangel, særligt i forhold til radiologer og patologer.

Regionernes initiativer

91. Vi har undersøgt, om regionerne iværksætter initiativer med henblik på at forbedre standardforløbstiderne, hvis behovet opstår.

92. Vores gennemgang af regionernes redegørelser viser, at der er stor variation i regionernes beskrivelser af de fremadrettede initiativer. Vi har dog identificeret, at de initiativer, som regionerne hyppigst beskriver, relaterer sig til 3 overordnede temaer:

- kapacitet og personaleresurser (herunder diverse initiativer til mere effektiv fordeling af patienter mellem afdelinger/sygehuse, indkøb af apparatur, optimering af brug af lokaler, rekruttering mv.)
- forbedret registreringspraksis
- organisatoriske tiltag (herunder ændringer af arbejdsgange, diverse undersøgelser, øget ledelsesmæssigt fokus, diverse koordineringsinitiativer mv.).

Hyppigheden af initiativerne inden for de overordnede temaer varierer fra kræftform til kræftform. I forhold til brystkræft er kapacitet og personaleresurser det hyppigst anvendte tema. Organisatoriske tiltag er det hyppigste tema inden for initiativerne i relation til prostatakræft. Dernæst kommer kapacitet og personaleresurser. Regionerne nævner også initiativer inden for bl.a. registreringspraksis og personaleresurser i relation til prostatakræft. Initiativerne omhandler ikke patientinitieret ventetid og komplekse forløb. Konkrete eksempler på beskrivelser af initiativer fremgår af bilag 4.

Det er Rigsrevisionens opfattelse, at der i redegørelserne generelt er sammenhæng mellem de identificerede årsager og regionernes initiativer.

Regionerne og sygehusene har i redegørelser og handleplaner samt i interviews beskrevet en bred vifte af initiativer. Initiativerne har fokus på de forhold, som sygehusene og regionerne har størst mulighed for at påvirke. Initiativerne omfatter bl.a. tilførsel af midler til kapacitetsudvidelser og rekruttering af kirurger mv., udvidede åbningstider på operationsstuer, omlægning af arbejdsgange og effektivisering af processer. Regionerne har desuden oplyst, at der i relation til bugspytkirtelkræft er etableret et tværregionalt netværk, hvor der arbejdes med udfordringerne på tværs af regionerne. I relation til dette netværk er der fx etableret fælles multidisciplinære teamkonferencer og ensrettet informationsmateriale til patienterne.

Resultater

Undersøgelsen viser, at regionerne dels afdækker årsagerne, når patienter har forløbstider, der ligger ud over standardforløbstiderne, dels iværksætter korrigerende initiativer på regionsniveau, sygehusniveau og afdelingsniveau.

Multidisciplinær teamkonference

Formålet med en multidisciplinær teamkonference er, at beslutninger i kræftpakkeforløbet bliver truffet på det bedst mulige grundlag med deltagelse af de nødvendige fagprofessionelle. Dermed kan alle relevante aspekter blive inddraget i beslutninger om fx udredning og tilbud om initial behandling eller skift af behandlingsstrategi.

Der kan både være tale om et fysisk møde, en telefon- eller videokonference eller et møde med uddelegerede beslutningskompetencer, der følger faste retningslinjer, som er aftalt mellem de relevante specialer/afdelinger/fagprofessionelle.

4.4. Individuelle opfølgingsplaner

93. Vi har undersøgt, om regionerne sikrer, at alle patienter får foretaget en behovsvurdering og udarbejdet personlige opfølgingsplaner, når det er relevant. Derudover har vi undersøgt, om Sundheds- og Ældreministeriet følger de initiativer, som skal sikre personlige opfølgingsplaner for alle kræftpatienter.

94. I 2011 blev Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne enige om, at der skulle udarbejdes individuelle opfølgingsplaner for kræftpatienter. Baggrunden var, at kræftpatienter førhen blev omfattet af rutinemæssige kontroller, fx scanninger med faste intervaller efter endt behandling. Der er imidlertid ikke evidens for, at disse rutinemæssige kontroller forlænger overlevelsen. De nye opfølgingsplaner tager i stedet udgangspunkt i den enkelte patients behov og medfører, at patienten efter endt behandling skal have lagt en individuel opfølgingsplan, når det er relevant. Opfølgingsplanen kan godt indeholde en række fastlagte undersøgelser, fx blodprøver og scanninger, men kan også indeholde andre emner, fx mere støtte til egenomsorg. Der kan også være patienter, der vurderes ikke at have behov for fastlagte kontroller på sygehuset, men som fx vil få mulighed for hurtig adgang til sygehuset, hvis de får symptomer på tilbagefald.

På den baggrund udarbejdede Sundhedsstyrelsen 19 opfølgingsprogrammer, som er knyttet til forskellige kræftformer. De fleste opfølgingsprogrammer blev offentliggjort i 2015, mens enkelte først blev offentliggjort i 2016. Regionerne tilrettelagde en plan for en gradvis udrulning af opfølgingsprogrammerne, som skulle implementeres i 2015 og 2016.

95. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at implementeringen af opfølgingsprogrammerne følges i Task Force for Kræft. Implementeringen har været drøftet i Task Force for Kræft i juni 2016 og i juni 2017. Drøftelserne har taget udgangspunkt i en skriftlig statusredegørelse fra Danske Regioner. En statusredegørelse fra april 2018 om implementeringen af opfølgingsprogrammerne, som er udarbejdet af Danske Regioner til Task Force for Kræft, viser, at hovedparten af programmerne var implementeret, men at enkelte programmer kun var delvist implementeret i nogle regioner.

96. Vores interviews med udvalgte sygehusafdelinger viser, at det generelt er meget forskelligt fra afdeling til afdeling, hvor stor en ændring af praksis implementeringen af opfølgingsprogrammerne har medført. For nogle afdelinger er ændringerne begrænset i forhold til tidligere, da afdelingerne også før den formelle indførelse af opfølgingsprogrammer har udarbejdet opfølgingsplaner for den enkelte patient. Her har der primært været tale om at gennemgå eksisterende materiale og arbejdsgange for at sikre, at det er i overensstemmelse med kravene i opfølgingsprogrammerne. For andre afdelinger har implementeringen af opfølgingsprogrammerne medført en større ændring. Kirurgisk Gastroenterologisk Klinik på Rigshospitalet har fx oprettet et sygeplejeambulatorium med åben telefon, som er ansvarlig for opfølgingsprogrammerne. Klinikken er i gang med at afdække, hvad de skal tilbyde af opfølgning i forhold til de kræftformer, hvor de skal udarbejde opfølgingsplaner.

97. Sundheds- og Ældreministeriet har oplyst, at ministeriet i 2019 vil igangsætte en national monitorering, hvor regionerne kan registrere, når der er udarbejdet en personlig opfølgingsplan. På nuværende tidspunkt er det dog usikkert, hvornår monitoreringen træder i kraft, da der ifølge ministeriet er behov for yderligere præcisering af forholdene omkring registrering af opfølgingsplanerne.

98. Undersøgelsen viser, at der ikke findes brugbare opgørelser over, hvor mange behovsvurderinger regionerne har foretaget, fordi regionerne afventer en registreringsvejledning fra Sundheds- og Ældreministeriet.

Resultater

Undersøgelsen viser, at det ikke er muligt at vurdere, om regionerne sikrer, at alle patienter får foretaget en behovsvurdering, og udarbejder personlige opfølgingsplaner til alle relevante kræftpatienter.

Undersøgelsen viser desuden, at regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet i 2011 blev enige om, at der skulle udarbejdes individuelle opfølgingsplaner for kræftpatienter. Hovedparten af opfølgingsprogrammerne er implementeret i regionerne, men enkelte programmer udestår i nogle regioner. Den tilhørende monitorering er endnu ikke implementeret, og regionerne afventer en registreringsvejledning fra Sundhedsstyrelsen. Det er 8 år efter, at der blev truffet beslutning om at indføre personlige behovsvurderinger og opfølgingsplaner.

Endelig viser undersøgelsen, at Sundheds- og Ældreministeriet har fulgt regionernes implementering af opfølgingsprogrammerne i Task Force for Kræft.

Rigsrevisionen, den 12. december 2018

Lone Strøm

/Claus Vejlb Thomsen

Bilag 1. Metodisk tilgang

Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne sikrer, og om Sundheds- og Ældreministeriet understøtter en rettidig indsats for patienter, hvor der er mistanke om eller er konstateret kræft. Derfor har vi undersøgt følgende:

- Understøtter regionerne, og følger Sundheds- og Ældreministeriet op på tidlig opsporing af kræftpatienter i almen praksis?
- Sikrer regionerne, og understøtter Sundheds- og Ældreministeriet, at bekendtgørelsen om maksimale ventetider bliver overholdt?
- Sikrer regionerne, og understøtter Sundheds- og Ældreministeriet, at flest mulige patienter får udredning og påbegyndt behandling inden for standardforløbstiderne i kræftpakkerne, og at alle kræftpatienter får udarbejdet en opfølgingsplan, når det er relevant?

I undersøgelsen indgår Sundheds- og Ældreministeriet, herunder Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen, og de 5 regioner, herunder 7 sygehuse i Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Hovedstaden.

Undersøgelsen omhandler primært perioden 2013-2017. Dog har vi i forbindelse med vores behandling af tidlig opsporing også medtaget kræftplaner, der ligger forud for 2013.

Væsentlige dokumenter

Vi har gennemgået en række dokumenter, herunder:

- lovgivning om maksimale ventetider, herunder bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme
- beskrivelser og vejledninger vedrørende kræftpakker og standardforløbstider
- redegørelser og notater udarbejdet af Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen
- datasæt over forløbstider udarbejdet af Sundhedsdatastyrelsen
- Kræftplan II-IV og regionernes udmøntningsplaner af midlerne fra kræftplanerne
- regeringens "Jo før – jo bedre: Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle"
- regionernes redegørelser for og notater om almen praksis, maksimale ventetider og forløbstider
- korrespondance mellem Sundheds- og Ældreministeriet og regionerne
- referater fra Task Force for Kræft og Kræftudvalget i perioden 2013-2018
- overenskomst om almen praksis fra 2014.

Møder

Vi har holdt møder med:

- Sundheds- og Ældreministeriet, herunder Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen
- alle 5 regioner, herunder 2 sygehuse i Region Sjælland, i Region Syddanmark og i Region Midtjylland og ét sygehus i Region Hovedstaden.

Formålet med møderne med Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen har været at forstå lovgivningen og arbejdet med overvågningen af de maksimale ventetider, forløbstiderne og den tidlige opsporing i almen praksis.

Formålet med møderne med regionerne har været at få en forståelse af regionernes forvaltningsramme, og hvordan den omsættes i praksis på sygehusafdelingerne. Vi har på møderne talt med repræsentanter fra regionernes administration og ledelse samt sundhedsfagligt personale, der udreder og behandler brystkræft, bugspytkirtelkræft og prostatakræft. Vi har udvalgt sygehusene på baggrund af forløbstidsdata fra Sundhedsdatastyrelsen, jf. tabel 1 nedenfor.

Tabel 1
Sygehusafdelinger, som Rigsrevisionen har holdt møder med om rettidighed i kræftindsatsen

	Sygehus	Afdeling
Region Hovedstaden	Rigshospitalet	Urologisk Klinik Kirurgisk Gastroenterologisk Klinik
Region Sjælland	Sjællands Universitetshospital	Plastik- og Brystkirurgisk Afdeling Kirurgisk Afdeling Urologisk Afdeling Administrativ Stab
	Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse	Radiologisk Afdeling Mave-tarm og karkirurgisk Afdeling Administrativ Stab
Region Syddanmark	Odense Universitetshospital	Direktionen Kirurgisk Afdeling Plastikkirurgisk Afdeling Urinvejskirurgisk Afdeling Onkologisk Afdeling
	Sygehus Lillebælt	Organ- og Plastikkirurgisk Afdeling Urinvejskirurgi Onkologisk Afdeling Røntgenafdelingen
Region Midtjylland	Aarhus Universitetshospital	Røntgen og skanning Kræftafdelingen Urinvejskirurgi Plastik- og brystkirurgi Sundheds-It Økonomi & planlægning Hospitalsledelsen
	Hospitalsenhed Midt	Røntgen og skanning Mave-, Tarm- og Brystkirurgi Urinvejskirurgi Kvalitet Sundheds-It Hospitalsledelsen

Stikprøvegennemgang af de maksimale ventetider

Formålet med stikprøven har været at belyse overholdelsen af reglerne om maksimale ventetider for kræftpatienter. Det har vi gjort ved at undersøge, om det er dokumenteret i patientjournalen, at patienten er blevet informeret om sine rettigheder ved en eventuel forsinkelse, der går ud over de maksimale ventetider. Vi har desuden undersøgt, om det er dokumenteret, om forsinkelsen er initieret af patienten selv eller skyldes patientens helbredstilstand.

Vi har indsamlet en stikprøve på 356 patientforløb. Det er ikke muligt på baggrund af Landspatientregisteret at indhente oplysninger om, hvorvidt de maksimale ventetider overholdes. Derfor har vi brugt data for overholdelse af standardforløbstiderne i kræftpakkerne til at udtage stikprøven. Vi har for hver region modtaget en liste over alle forløb fra 2017, hvor "forberedelse til behandling" er længere end 14 dage, dvs. forløb, hvor der er gået mere end 14 dage, fra patienten har afsluttet sin udredning, til behandlingen er påbegyndt. Det var i alt 4.819 forløb på landsplan, som fordelte sig på 1.768 forløb i region Hovedstaden, 1.005 i Region Syddanmark, 832 i Region Sjælland, 591 i Region Midtjylland og 623 i Region Nordjylland.

Stikprøven er udtaget på denne måde, fordi længden på "forberedelse til behandling" indikerer, at den maksimale ventetid, der vedrører tid til behandling, potentielt ikke er overholdt. At "forberedelse til behandling" er længere end 14 dage, er dog ikke nødvendigvis udtryk for, at de maksimale ventetider for behandling ikke er overholdt. Det skyldes, at der er forskellige målepunkter i henholdsvis kræftpakkerne og bekendtgørelsen om maksimale ventetider.

Antallet af patientforløb, vi har gennemgået pr. region, afhænger af regionens samlede andel af kræftpakkeforløb på landsplan i 2017, hvor "forberedelse til behandling" var længere end 14 dage.

Vi har udtrukket en stikprøve fra den samlede population simpelt tilfældigt. Derfor er stikprøven repræsentativ på landsplan, men ikke for de enkelte regioner. Den statistiske usikkerhed er større, hvis patientforløb opgøres på regionalt niveau. Den simpelt tilfældige udvælgelse har resulteret i mindre skævheder i andelen af forløb i de enkelte regioner, idet fordelingen i stikprøven ikke svarer fuldstændigt til fordelingen i populationen (de 4.819 forløb på landsplan).

Med den anvendte udvælgelses- og beregningsmetode kan vi slutte, at andelen af patientforløb i stikprøven, som ikke overholder reglerne om maksimale ventetider, med 95 % sikkerhed ikke afviger med mere end 5 % fra andelen i den samlede population af patientforløb. Tabel 2 nedenfor viser stikprøvens fordeling mellem regionerne.

Tabel 2
Fordeling af patientforløb i Rigsrevisionens stikprøve

Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Landsplan
128 forløb	77 forløb	66 forløb	38 forløb	47 forløb	356 forløb

Kriterier for vurdering af patientforløbene

Vi har fået tilsendt dokumentation for patientforløbene i stikprøven fra regionerne. Regionerne har for hvert udtrukket forløb skullet anføre datoen for følgende milepæle, der alle fremgår af bekendtgørelsen om maksimale ventetider:

- henvisning modtaget fra praktiserende læge
- sygehusets meddelelse om, hvorvidt behandling kan tilbydes inden for de maksimale ventetider
- tilbud om at påbegynde udredning
- henvisning til behandling
- patientsamtykke til behandling
- tilbud om at påbegynde behandling
- patientsamtykke til eventuel efterbehandling
- tilbud om at påbegynde eventuel efterbehandling.

Vi har dermed indhentet dokumentation for alle de centrale datoer for maksimale ventetider for henholdsvis udredning, behandling og efterbehandling. Stikprøven dækker således alle ventetidsfrister i bekendtgørelsen om maksimale ventetider.

Vi har for hvert patientforløb bedt regionerne vurdere, om reglerne om maksimale ventetider er overholdt eller ej. Hvis reglerne er overholdt, har regionen skullet angive årsagen til dette. Årsagerne kunne angives som "Selvinitieret af patienten", "Hensyn til patientens helbredstilstand" eller "Andet". Derudover er regionen blevet bedt om at vedlægge dokumentation for årsagerne til, at forløb ikke overholder reglerne.

Vi har på den baggrund gennemgået stikprøven med henblik på at undersøge, om der i de enkelte forløb:

- er tider til udredning, behandling og/eller efterbehandling, der overskrider 14 dage, og hvor bekendtgørelsen om maksimale ventetider *potentielt* ikke er overholdt
- om det øgede tidsforbrug i de tilfælde er dokumenteret som enten:
 - patientinitieret
 - under hensynstagen til patientens helbredstilstand
 - at patienten ved tilbud/fastsættelsen af en dato for henholdsvis udredning, behandling og efterbehandling, der ligger ud over de 14 dage, er informeret om og har accepteret, at de maksimale ventetider er overskredet.

Foreligger der ikke dokumentation for dette, regnes bekendtgørelsen om maksimale ventetider for ikke at være overholdt.

Omregning af stikprøvens resultater til den samlede population

For at estimere det samlede antal patientforløb på landsplan i 2017, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt, har vi taget udgangspunkt i andelen af forløb med manglende overholdelse i hver region. Vi har vægtet andelen af forløb i stikprøven, hvor reglerne ikke er overholdt, med de regionale andele af forløb i stikprøven. Dermed har vi taget højde for de små variationer, der er mellem den regionale sammensætning i henholdsvis stikprøven og populationen. Resultaterne af den vægtede estimering fremgår af tabel 3 nedenfor.

Tabel 3

Vægtet opregning af stikprøvens resultater til den samlede population

	Antal forløb i populationen	Andelen af forløb i stikprøven, hvor reglerne ikke er overholdt	Vægtet antal forløb i populationen, hvor reglerne ikke er overholdt
Region Hovedstaden	1.768	21,88 %	387
Region Sjælland	832	30,30 %	252
Region Syddanmark	1.005	1,30 %	13
Region Midtjylland	591	5,26 %	31
Region Nordjylland	623	25,53 %	159
Landsplan	4.819	-	842

Vores beregning indikerer, at der er 842 patientforløb på landsplan i 2017, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt. Hvis vi havde foretaget en simpel beregning uden vægtning, ville det til sammenligning indikere, at der ville være 852 forløb på landsplan i 2017, hvor reglerne ikke er overholdt (17,7 % af 4.819). Vægtningen har således begrænset betydning for vores resultat.

Vi har valgt at anvende den vægtede opregning, fordi resultatet af stikprøvegennemgangen indikerer, at der er regionale forskelle i andelen af patientforløb, hvor reglerne om maksimale ventetider ikke er overholdt.

Standarderne for offentlig revision

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

Bilag 2. Nationale kræftplaner

Kræftplan I (2000) havde fokus på at løfte alle dele af sundhedsvæsenets indsats over for kræftsygdomme. Kræftplanen fokuserede på strålebehandling, øget kapacitet til scanning og uddannelse af personale.

Kræftplan II (2005) havde fokus på at forebygge rygning og på bedre organisering af patientforløbet. I forlængelse af kræftplanen blev kræftpakkerne indført i 2007. Regionerne fik i perioden 2007-2010 tilført ca. 6,8 mia. kr. til kræftområdet.

Kræftplan III (2010) havde fokus på tidlig opsporing, hurtig udredning, forebyggelse, rehabilitering og palliation af kræftpatienter. Kræftplanen medførte et løft til kræftområdet på 810 mio. kr. over en 4-årig periode (2011-2014).

Kræftplan IV (2016) havde fokus på at styrke forebyggelsesindsatsen, at forbedre udredning og behandling, så flere overlever kræft, at alle patienter skulle opleve, at deres forløb var veltilrettelagt, og at de blev inddraget undervejs. Kræftplanen havde således bl.a. fokus på sammenhæng for patienten i hele forløbet. Derudover var der fokus på rehabilitering og opfølgning for dem, der havde fået kræft. Der blev med kræftplanen tilført ca. 1,5 mia. kr. i perioden 2017-2020, bl.a. til et løft i kapaciteten.

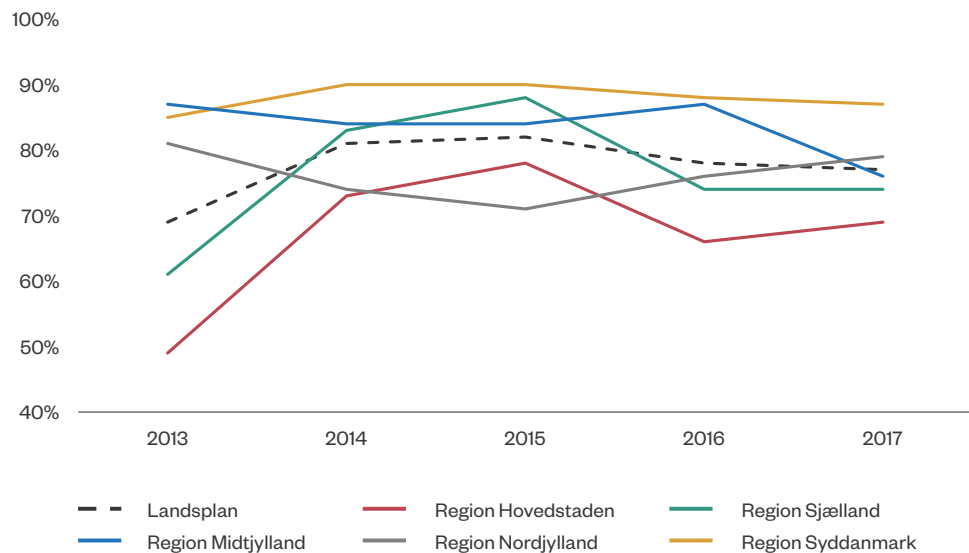
Palliation

Palliation betyder lindring og anvendes i dag om den professionelle indsats med henblik på at forebygge lidelse og lindre mennesker med en livstruende sygdom. Gennem palliation kan man fremme livskvaliteten hos den syge, de pårørende og senere de efterladte.

Bilag 3. Andelen af kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne for 3 udvalgte kræftformer i perioden 2013-2017

Figur 1-3 nedenfor viser de regionale variationer på de 3 udvalgte kræftformer (brystkræft, bugspytkirtelkræft og prostatakræft).

Figur 1
Andelen af kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne for brystkræft i perioden 2013-2017



Note: Der indgår kun kræftpakkeforløb, som er færdigregistrerede for "Samlet tid til behandling", dvs. at der skal være en start- og en slutregistrering. Derfor er det kun forløb, hvor der på behandlingstidspunktet er diagnosticeret kræft eller for nogle kræftformer er begrundet mistanke om kræft.

Det er det sygehus, hvor kræftpakkeforløbet begynder, der bliver tilskrevet hele patientens forløb.

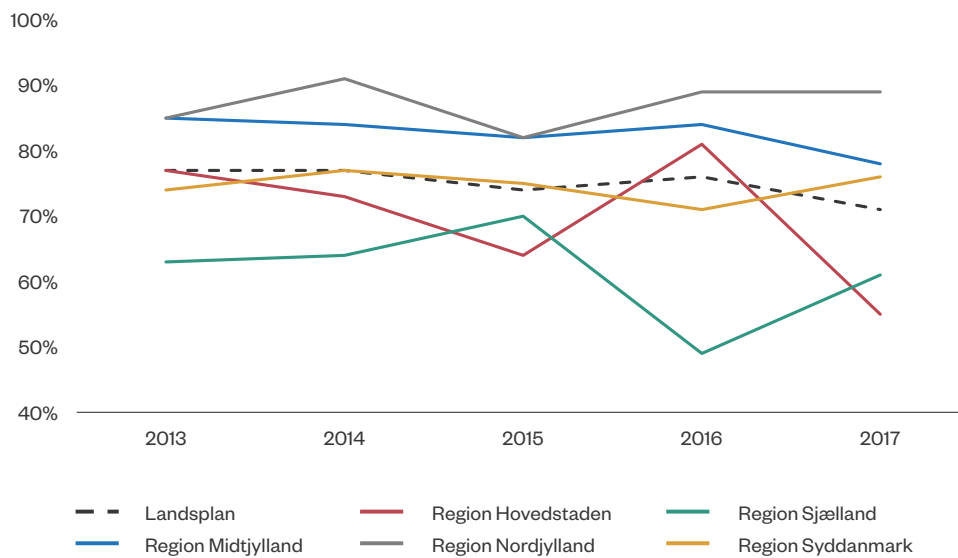
Datagrundlaget er det samme som i Sundheds- og Ældreministeriets monitorering, men tallene adskiller sig på grund af opgørelsesdatoen.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Landspatientregisteret, som Sundhedsdatastyrelsen har trukket den 10. maj 2018.

Det fremgår af figur 1, at andelen af brystkræftforløbene, der blev gennemført inden for standardforløbstiderne, på landsplan steg fra 2013 til 2015. Fra 2015 til 2017 faldt andelen af brystkræftpatienter, der blev opereret inden for standardforløbstiderne fra 82 % til 77 %. Særligt Region Syddanmark skiller sig ud ved gennem hele perioden at have gennemført en betydeligt større andel brystkræftforløb inden for standardforløbstiderne. Der har dog også i Region Syddanmark været en svagt faldende tendens siden 2015.

Det fremgår også af figuren, at der har været forskellige tendenser og udsving på regionsniveau. I 2013 var der en forskel på 38 procentpoint fra den højeste gennemførelsesandel på 87 % i Region Midtjylland til den laveste gennemførelsesandel på 49 % i Region Hovedstaden. I 2017 var der en forskel på 18 procentpoint fra den højeste gennemførelsesandel på 87 % i Region Syddanmark til den laveste gennemførelsesandel på 69 % i Region Hovedstaden. Dermed er de regionale forskelle blevet betydeligt mindre over tid.

Figur 2
Andelen af kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne for bugspytkirtelkræft i perioden 2013-2017



Note: Der indgår kun kræftpakkeforløb, som er færdigregistrerede for "Samlet tid til behandling", dvs. at der skal være en start- og en slutregistrering. Derfor er det kun forløb, hvor der på behandlingstidspunktet er diagnosticeret kræft eller for nogle kræftformer er begrundet mistanke om kræft.

Det er det sygehus, hvor kræftpakkeforløbet begynder, der bliver tilskrevet hele patientens forløb.

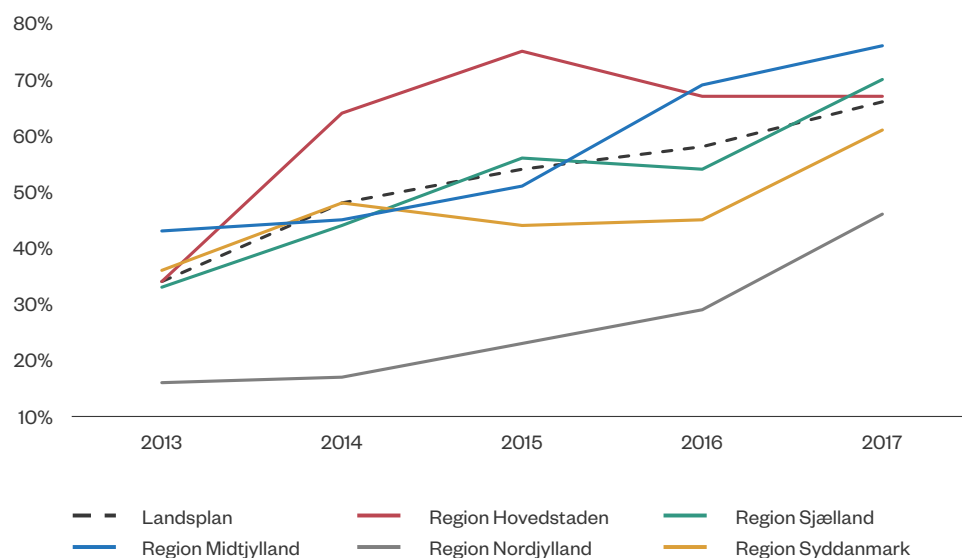
Datagrundlaget er det samme som i Sundheds- og Ældreministeriets monitorering, men tallene adskiller sig på grund af opgørelsesdatoen.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Landspatientregisteret, som Sundhedsdatastyrelsen har trukket den 10. maj 2018.

Det fremgår af figur 2, at den samlede andel af forløb for patienter med bugspytkirtelkræft, der afsluttes inden for standardforløbstiderne, er relativt stabil på landsplan fra 2013 til 2016. Dog faldt andelen fra 76 % i 2016 til 71 % i 2017.

Region Nordjylland lå i hele perioden med den højeste andel af kræftpakkeforløb, som var gennemført inden for standardforløbstiderne, og i 2017 var denne andel 89 %. Region Hovedstaden og Region Sjælland havde forholdsvis store udsving i gennemførelsesandele specielt i perioden 2015-2017. I 2013 var der en forskel på 21 procentpoint fra den højeste gennemførelsesandel på 85 % i Region Nordjylland til den laveste gennemførelsesandel på 64 % i Region Sjælland. I 2017 var der en forskel på 34 procentpoint fra den højeste gennemførelsesandel på 89 % i Region Nordjylland til den laveste gennemførelsesandel på 55 % i Region Hovedstaden. Dermed er de regionale forskelle blevet større gennem perioden.

Figur 3
Andelen af kræftpakkeforløb inden for standardforløbstiderne for prostatakræft i perioden 2013-2017



Note: Der indgår kun kræftpakkeforløb, som er færdigregistrerede for "Samlet tid til behandling", dvs. at der skal være en start- og en slutregistrering. Derfor er det kun forløb, hvor der på behandlingstidspunktet er diagnosticeret kræft eller for nogle kræftformer er begrundet mistanke om kræft.

Det er det sygehus, hvor kræftpakkeforløbet begynder, der bliver tilskrevet hele patientens forløb.

Datagrundlaget er det samme som i Sundheds- og Ældreministeriets monitorering, men tallene adskiller sig på grund af opgørelsesdatoen.

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af data fra Landspatientregisteret, som Sundhedsdatastyrelsen har trukket den 10. maj 2018.

Det fremgår af figur 3, at andelen af forløb for patienter med prostatakræft, der gennemføres inden for standardforløbstiderne, er steget på landsplan fra 34 % i 2013 til 66 % i 2017. Region Hovedstaden lå i perioden 2014-2015 med den højeste andel af forløb, som var gennemført inden for standardforløbstiderne, indtil andelen faldt fra 75 % i 2015 til 69 % i 2016. I 2013 og i perioden 2016-2017 lå Region Midtjylland med den højeste andel. Region Nordjylland lå i hele perioden lavest.

I 2013 var der en forskel på 28 procentpoint fra den højeste gennemførelsesandel på 45 % i Region Midtjylland til den laveste gennemførelsesandel på 17 % i Region Nordjylland. I 2017 var der en forskel på 30 procentpoint fra den højeste gennemførelsesandel på 76 % i Region Midtjylland til den laveste gennemførelsesandel på 46 % i Region Nordjylland. Dermed har de regionale forskelle ikke ændret sig betydeligt fra 2013 til 2017. I 2015 var der dog en forskel på 52 procentpoint mellem den højeste og den laveste gennemførelsesandel i henholdsvis Region Hovedstaden og Region Nordjylland.

Set i forhold til andre kræftformer har målopfyldelsen for prostatakræftforløb været relativt lav.

Bilag 4. Årsagsbeskrivelser og initiativer i regionernes redegørelser

I boks 1 og boks 2 fremgår konkrete eksempler på årsagsbeskrivelser og fremadrettede initiativer i regionernes redegørelser til Sundhedsstyrelsen, der indsendes som opfølgning på monitoreringen af standardforløbstiderne.

Boks 1

Eksempler på årsagsbeskrivelser i regionernes redegørelser

Kapacitet og personaleresurser

- Der er aktuelt et generelt behov for større operationsmæssig kapacitet inden for urologi, men især til robotassisterende indgreb.
(*Prostatakræft, Region Hovedstaden, 3. kvartal 2016*)
- Udfordringer med at rekruttere patologer og mangel på mammariadiologer.
(*Brystkræft, Region Midtjylland, 2. kvartal 2017*)

Patientinitieret ventetid

- Mange patienter vælger at vente på at kunne få tilbudt en robotoperation – selv om patienten kan tilbydes åben operation inden for tidsfristen.
(*Prostatakræft, Region Nordjylland, 2. kvartal 2013*)
- For nogle af patientforløbene og deraf manglende målopfyldelse skyldes det primært, at patienterne ønskede en bestemt operatør eller udbad sig betænkningstid inden det kirurgiske indgreb.
(*Prostatakræft, Region Hovedstaden 3. kvartal 2016*)

Komplekse forløb

- Udsættelse som følge af lægefaglig vurdering.
(*Prostatakræft, Region Sjælland, 2. kvartal 2013*)
- Komorbiditet og særligt komplicerede forløb.
(*Brystkræft, Region Nordjylland, 2. kvartal 2013*)

Registreringsfejl

- Komplexiteten i kræftpakkeforløbene på det urologiske område afspejler sig også i registreringen, idet der således fortsat er en opgave med at få indarbejdet korrekt og komplet registrering.
(*Region Syddanmark, årsrapport 2013*)
- Gennemgang af de relevante patientsager fra Rigshospitalet i 2. kvartal 2014 viste, at årsagen til, at forløbstiden for nogle kræftpakker ikke er efterlevet, var fejlkodninger.
(*Prostatakræft, Region Hovedstaden, 2. kvartal 2014*)

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regionernes redegørelser til Sundhedsstyrelsen i perioden 2013-2017.

Boks 2**Eksempler på beskrivelser af initiativer i regionernes redegørelser****Kapacitet og personaleresurser**

- Øget åbningstid på operationslejer.
(Brystkræft, Region Sjælland, 2. kvartal 2013)
- Der er tilført midler til rekruttering af urologiske speciallæger, men rekruttering har vist sig at være en udfordring, der kan forsinke tidspunktet for, hvornår der opnås målopfyldelse.
(Prostatakræft, Region Midtjylland, 4. kvartal 2015)
- I starten af 2017 er der opsat en ny robot på Odense Universitetshospital til nedbringelse af ventetiden til operationer inden for bl.a. prostatakræft. Der er indkøbt nyt udstyr til MR-vejledt biopsi, som betyder, at kirurgerne selv vil kunne foretage undersøgelsen, uden at der skal være en radiolog til stede.
(Prostatakræft, Region Syddanmark, 4. kvartal 2016)
- Rekruttering af kirurger fra beslægtede kirurgiske specialer til uddannelse i mamma-kirurgi.
(Brystkræft, Region Nordjylland, 2. kvartal 2017)

Forbedret registreringspraksis

- Intensiv indsats for at sikre korrekt registrering.
(Prostatakræft, Region Sjælland, 2. kvartal 2013)
- Der er i Hospitalenheden Vest gennemført audit vedrørende pakkeforløbene for 1. kvartal med henblik på at forbedre registreringspraksis.
(Prostatakræft, Region Midtjylland, 1. kvartal 2015)

Organisatoriske tiltag

- Omlægning af booking til første besøg og bedre flow ved at foretage undersøgelser og biopsier samme dag.
(Brystkræft, Region Hovedstaden, 2. kvartal 2013)
- Oprettelse af en booking- og registreringsenhed på urologisk afdeling på Aalborg Universitetshospital, hvor forløbskoordinatorer indgår.
(Prostatakræft, Region Nordjylland, 2. kvartal 2017)

Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af regionernes redegørelser til Sundhedsstyrelsen i perioden 2013-2017.

Bilag 5. Ordliste

Akkreditering af almen praksis	Det er fastsat i de alment praktiserende lægers overenskomst, at de skal akkrediteres efter særlige akkrediteringsstandarder udviklet til almen lægepraksis. Akkrediteringen gælder for en 3-årig periode, og alle almene praksis skal være akkrediteret første gang inden udgangen af 2018.
Audit	En metode til kvalitetsvurdering. I sundhedsvæsenet anvendes metoden til at vurdere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser på grundlag af en bagudrettet gennemgang af konkrete patientforløb. Audit gennemføres som en stikprøvekontrol og er en proces, hvor data analyseres og vurderes, kvaliteten belyses, og der fremsættes forslag til eventuelle forbedringstiltag.
Cancerregisteret	Register med informationer om kræfttilfælde og andre anmeldelsespligtige sygdomme i Danmark, som bl.a. rummer oplysninger om diagnosetidspunktet for sygdommen, den anatomiske lokalisation, kræftform og udbredelse af sygdommen inden for de første 4 måneder efter diagnosetidspunktet.
Den nationale 1. kvartil	Afgrænser den fjerdedel af kræftpakkeforløbene, der har den laveste andel af patientforløb, som er gennemført inden for standardforløbstiderne. Kvartilerne er beregnet på basis af alle gennemførte patientforløb, hvor der er anbefalet en standardforløbstid for behandlingsformen.
Diagnostisk pakke	Kræftpakke målrettet patienter med uspecifikke symptomer. Patienterne kan henvises til diagnostisk pakke, hvis lægen efter indledende diagnostiske undersøgelser stadig har mistanke om, at patienten er alvorligt syg.
Diagnostiske undersøgelser	Undersøgelser på sygehuset, fx i form af røntgenundersøgelser, CT-scanninger eller ultralydsundersøgelser, som gennemføres, hvis en patient har uspecifikke symptomer, fx træthed, vægttab, smerter eller blodmangel, og lægen har mistanke om alvorlig sygdom.
Initial behandling	Den først forekommende behandling, som patienten får i kræftforløbet. Det kan enten være kirurgisk behandling, medicinsk behandling eller strålebehandling.
Kliniske retningslinjer	Evidensbaserede, faglige anbefalinger, der kan bruges som beslutningsstøtte af sundhedspersonale. Formålet er at sikre ensartede behandlingstilbud af høj faglig kvalitet på tværs af landet.
Kræftpakkeforløb	En plan for undersøgelser og eventuel behandling, der skal forkorte unødigt ventetid. De enkelte trin i udredningen og den eventuelle behandling er tilrettelagt på forhånd, både hvad angår tid og indhold. Kræftpakkeforløbene er forskellige, alt efter hvilken kræftsygdom der er mistanke om. Retningslinjerne og tidsfristerne i kræftpakkeforløbene gælder i hele landet.
Landspatientregisteret	Register, som indeholder oplysninger om danskernes kontakter med sundhedsvæsenet, og som er sundhedsvæsenets mest centrale register. Oplysningerne kan fx være, hvornår og hvor patienten er blevet indlagt og en beskrivelse af patientens diagnoser og undersøgelser.
Metastaser	Opstår, når kræftceller fra en kræftknode bliver ført rundt til andre steder i kroppen med blodet eller lymfen. Kræftcellerne kan derved sprede sig ved at danne nye kræftkuder (metastaser) andre steder i kroppen.
Organspecifikt kræftpakkeforløb	Kræftpakkeforløb, der retter sig mod organspecifikke kræftformer, fx brystkræft og bugspytkirtelkræft. Hovedparten af kræftpakkeforløbene er organspecifikke.

Palliation	Betyder lindring og anvendes i dag om den professionelle indsats med henblik på at forebygge lidelse og lindre mennesker med en livstruende sygdom. Gennem palliation kan man fremme livskvaliteten hos den syge, de pårørende og senere de efterladte.
Screeningsprogram	I et screeningsprogram undersøger man befolkningen – eller grupper af befolkningen – for en bestemt sygdom. I Danmark er der screeningsprogrammer for brystkræft, livmoderhalskræft og tarmkræft.
Specialeplan	En plan udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, der beskriver, hvilke sygehuse der må varetage de specifikke specialfunktioner. Sundhedsstyrelsen opstiller desuden en række principper, krav og anbefalinger for hver af de 36 lægelige specialer.
Udredning	Et undersøgelsesforløb, der har til formål at stille en diagnose, beskrive sygdommens omfang og på den baggrund tilbyde en specifik behandling.
