

Sundhedsministeren

Statsrevisorernes Sekretariat
Folketinget,
Christiansborg
1240 København K
ministersvar@ft.dk

Dato: 6. maj 2019
Enhed: SPOLD
Sagsbeh.: DEPAJU
Sagsnr.: 1900269
Dok. nr.: 796593

Sundhedsministerens redegørelse til Statsrevisorerne vedrørende Beretning 7/2018 om rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter

Statsrevisorerne har i brev af 7. januar 2019 fremsendt beretning nr. 7/2018 om rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter og samtidig anmodet om en redegørelse for de foranstaltninger og overvejelser, som beretningen giver anledning til.

Indledningsvis vil jeg gerne kvittere for, at der med beretningen sættes fokus på et meget væsentligt område, og der er meget brugbar information i beretningens afdækning af regionernes implementering af tidlig opsporing, gennemførelse af standardforløbstiderne i kræftpakkerne samt overholdelse af reglerne om maksimale ventetider.

Jeg er således enig med statsrevisorerne i, at kræftområdet er et meget vigtigt område, hvor der løbende og kontinuerligt fra central hold fra Sundheds- og Ældreministeriets side skal følges op på den aktivitet, der foregår i regionerne. De personer, der rammes af kræft, skal vi hjælpe bedst muligt.

Der er tale om et komplekst samlet regelsæt, der kan være indviklet at navigere i for det kliniske personale, som ikke har dette som deres primære arbejdsområde. Derfor ligger der også en stor opgave for regionerne, som har ansvaret for sygehusdriften og dermed den konkrete behandling af patienterne, i løbende at sikre, at reglerne følges, og der følges op på de midler, som løbende gives til området, samt de faglige retningslinjer.

Jeg vil samtidig kvittere for, at statsrevisorerne anerkender, at det overordnet set går godt på kræftområdet, herunder at overlevelsen blandt kræftpatienter er steget de senere år.

Dette skyldes blandt andet, at området har været et højt prioriteret indsatsområde både politisk og administrativt med en løbende styrket indsats, blandt andet med indførelse af kræftpakker med accelereret udredning og behandling samt en løbende prioritering af midler til investering i bl.a. ny teknologi på sygehusene, der kan understøtte mere målrettet diagnostik og behandling af kræft. Senest har regeringen i 2016 lanceret Kræftplan IV, som indebærer et samlet løft af kræftområdet I 2,2 mia. kr over fire år og indeholder 3 nationale målsætninger og 16 konkrete initiativer. Der er tale om tiltag, som skal øge sammenhængen og patientinddragelsen, forbedre forebyggelse, behandling og opfølgning efter sygdommen. Endelig skal Kræftplan IV bidrage til at fremtidssikre kræftindsatsen, blandt andet gennem øget kapacitet på sygehusene.

Kræft er imidlertid fortsat den hyppigste dødsårsag i Danmark. Ca. 30 procent af alle dødsfald skyldes kræft, hvilket svarer til, at cirka 16.000 personer dør af kræft om året.

Jeg vil understrege, at regeringen ser med stor alvor på de udfordringer, som Rigsrevisionens beretning påpeger i forhold til regionernes forskellige implementering af tiltag målrettet tidlig opsporing, uensartede implementering af kræftpakkerne og mangelfulde overholdelse af de maksimale ventetider. Jeg finder det uacceptabelt, at vi på et så centralt område som kræftområdet ser regionale forskelle i det omfang, som beretningen viser, og at lovbestemte patientrettigheder ikke overholdes.

Netop derfor er der i Danmark fra både patienterne, interesseorganisationer og fra politisk hold et grundlæggende ønske om, at dette sygdomsområde prioriteres højt.

Jeg har derfor med tilfredshed noteret mig, at statsrevisorerne konstaterer, at regionerne og Sundheds- og Ældreministeriet løbende overvåger og arbejder for, at flest mulige patienter bliver udredt og behandlet inden for standardforløbstiderne i kræftpakkerne. 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.

Der er derfor behov for både at samle op og styrke indsatsen yderligere.

Regeringen vil med sundhedsreformen understøtte, at patienten sættes først og kender sine rettigheder, at patienternes rettigheder respekteres i hele landet samt på en række områder styrke patienternes rettigheder. Konkret vil regeringen bl.a. samle patientrettigheder om udredning, behandling og genoptræning i en særlig lov, så der er et samlet overblik over patienternes rettigheder. Regeringen vil styrke rådgivningen af patienterne med flere patientvejledere lokalt på sygehusene og med ét fælles patientvejledernummer, hvor alle nemt og hurtigt kan få fat i deres lokale patientvejleder og få den nødvendige vejledning. Derudover styrkes den nationale koordinering og styring på sundhedsområdet bl.a. via en ny myndighed Sundhedsvæsen Danmark, som bl.a. får til opgave at sikre, at patientrettigheder implementeres korrekt i hele landet, og at patientrettighederne overholdes i hele landet.

Nogle kræftbehandlinger er højt specialiserede, og ekspertisen er samlet få steder i landet for at sikre det rette kompetenceniveau. Men hvis der er udfordringer på en afdeling i ene del af landet, er det afgørende, at der er et samarbejde på tværs, så ventetiden for patienterne ikke bliver unødigt forlænget.

Regeringen vil derfor med sundhedsreformen sikre, at den nationale koordinering af de højt specialiserede funktioner styrkes, så patienter med behov for højt specialiseret behandling ses som fælles patienter i det danske sundhedsvæsen, som

sygehusene på tværs af landet har en forpligtelse til at sikre hurtig udredning og behandling. Det skal sikre hurtig behandling og bedre udnyttelse af kapaciteten, særligt på de områder, hvor en livstruende sygdom skal behandles hurtigt.

Jeg vil endelig anerkende Rigsrevisionens arbejde, som har betydet, at regionerne er blevet opmærksom på en række problemområder. Regionerne har således siden Rigsrevisionens igangsættelse af forundersøgelsen i november 2017 allerede igangsat en række initiativer.

Udtalelser fra regionsrådene

. / . Da beretningen også angår regionernes virksomhed, har jeg bedt om et bidrag fra regionerne, som vedlægges.

Regionale forskelle i forhold til tidlig opsporing

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.

Hvis kræftsygdommen opdages tidligt og behandles hurtigt, forbedres patienternes mulighed for at overleve. Derfor er det meget væsentligt, at kræftpatienter tilbydes udredning og behandling så tidligt som muligt. Der ligger derfor et stort ansvar hos de praktiserende læger.

Tidlig opsporing er afgørende for en fortsat udvikling af kræftbehandlingen. Med aftalen om sundhedsreformen vil regeringen og Dansk Folkeparti investere massivt i almen praksis, blandt andet med nye moderne sundhedshuse og flere praktiserende læger.

Jeg er enig med statsrevisorerne i, at det er problematisk, at det ikke på nuværende tidspunkt er muligt konkret at følge op på midlerne til tidlig opsporing fra sundhedsstrategien "Jo før - jo bedre".

Der er desværre på nuværende tidspunkt en række datamæssige begrænsninger i forhold til at belyse patienters kontakt til praktiserende læge forud for en kræftdiagnose. Undersøgelser¹ viser, at borgere i gennemsnit besøger deres alment praktiserende læge halvdelen gang mere end baggrundsbefolkningen to år inden de får stillet diagnosen kræft, men det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at indhente data om, hvorfor patienten har været ved lægen, og hvad besøget har omhandlet.

Sundhedsdatastyrelsen vurderer, at det ikke er muligt med anvendelse af nuværende registreringsmodel at etablere en monitoreringsmodel for kræftudredningen uden for de organspecifikke pakkeforløb. Dette vil dels kræve, at der indføres helt nye dedikerede koder, og registreringsbyrden vurderes ikke at modsvare de usikkerheder, der forventes at være forbundet med validiteten af data.

¹ Sundhedsdatastyrelsens temaanalyse fra 2015 om Indblik i sundhedsvæsenets resultater.

Af aftalen om sundhedsreformen fremgår det, at der skal gennemføres en foranalyse om bedre data for det nære sundhedsvæsen i almen praksis og kommunerne, som kan danne grundlag for mere kvalitetsudvikling i det nære sundhedsvæsen og borgernes samlede forløb i de 21 sundhedsfælleskaber.

Sundheds- og Ældreministeriet er allerede i gang med - i samarbejde med KL og PLO - to foranalyser af forudsætningerne for national indberetning af data fra praksissektoren og fra kommunerne med henblik på gennem relevante koblinger til data i Landspatientregisteret at opnå større viden om det samlede patientforløb.

Regeringen har endvidere den 14. marts 2019 fået vedtaget lovforslaget om Bedre digitalt samarbejde, der giver en klar lovhjemmel til national indsamling af data fra praksissektoren. Det sker netop for at understøtte, at viden om indsatser og kvalitet i praksissektoren indsamles og anvendes til at forbedre kvaliteten og til at skabe øget sammenhæng i de samlede patientforløb.

Foranalyserne afrapporteres i foråret 2019 og danner grundlag for beslutningen om forberedelse af en national indberetning, herunder udarbejdelse af indberetningsvejledninger og forberedelse af teknisk understøttelse af indberetning fra primærsektoren.

Kræftpatienter kan forud for, at diagnosen stilles, have mange forskellige – også uspecifikke symptomer - som kan være vanskelige for den praktiserende læge at få overblik over.

Som led i implementeringen af Kræftplan IV er Sundhedsstyrelsen undervejs med et serviceeftersyn af kræftpakkerne.

I forhold til de organspecifikke kræftpakker, så opdaterer Sundhedsstyrelsen materialet målrettet de praktiserende læger, så det fremadrettet bliver mere klart og entydigt, hvordan symptomer, der kan skyldes kræft, skal håndteres.

Sundhedsstyrelsen er desuden i gang med en proces om at analysere effekten af den nuværende diagnostiske pakke og efterfølgende revidere det diagnostiske pakkeforløb med henblik på at øge effekten af den. Endvidere vil Sundhedsstyrelsen også fokusere på snitfladen til den øvrige tidlige opsporing i almen praksis og eventuelle behov for ændringer.

Som en del af forarbejdet til revisionen af det diagnostiske pakkeforløb har Sundhedsdatastyrelsen udarbejdet dataanalyser, der beskriver henvisningsmønstre og anvendelse af den diagnostiske pakke i de fem regioner. Disse har været drøftet i Task Force for Patientforløb på Hjerte- og Kræftområdet i hhv. juni 2016 og oktober 2017. Som led i det aktuelle forarbejde og den kommende revision vil denne analyse blive opdateret.

Sundhedsstyrelsen har ligeledes i 2019 bestilt en analyse af den kliniske evidens for resultaterne af udredning og overlevelse efter indførelse af det diagnostiske pakkeforløb. Formålet med analysen er at samle op på erfaringerne og inddrage eksisterende videnskabelig evidens fra de sidste seks år. Sundhedsstyrelsen vil dertil i den samlede vurdering af det allerede igangsatte arbejde inddrage væsentlige fund fra interviewundersøgelse fra VIVE fra januar 2019 om kræftudredning uden for kræftpakkerne, som blandt andet belyser regionale forskelle i organisering af patientudredningsforløbene.

Jeg har bemærket, at det af bidraget fra Region Sjælland fremgår, at regionen er opmærksom på, at regionen har det laveste antal diagnostiske pakkeforløb. Regionen har tidligere lavet indsatser og analyser, og der synes ikke at være et entydigt svar på, hvorfor det er tilfældet. Regionen har derfor igangsat et ph.d. projekt. Jeg lægger vægt på, at den viden der her opnås, bliver udbredt til hele landet.

Jeg har i øvrigt bemærket, at det fremgår af bidraget fra Region Hovedstaden, at regionen er i gang med en afdækning af, hvordan regionen bedre kan støtte almen praksis' adgang til diagnostiske undersøgelser (CT-scanninger). Også her er det vigtigt, at den viden, man opnår, udbredes til de andre regioner.

Jeg mener nemlig, at der skal være tale om en kontinuerlig indsats fra regionernes side, da kræftområdet hele tiden er i faglig udvikling. Regionerne bør også løbende opfordre de praktiserende læger til at deltage i de relevante efteruddannelsesaktiviteter.

Regionale forskelle i gennemførelse af kræftpakkerne

Statsrevisorerne bemærker, 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.

Jeg finder det meget utilfredsstillende og grundlæggende uforståeligt, at der er så store regionale forskelle i forhold til gennemførelse af de organspecifikke kræftpakker, da alle patienter uanset bopæl skal have et sammenhængende patientforløb, uden unødigt ventetid og med høj faglig kvalitet i behandlingen og dermed forbedret mulighed for overlevelse. Samtidig vil jeg anerkende, at de regionale forskelle er blevet mindre over tid.

Sundhedsstyrelsen har i dag fokus på de regionale forskelle på forløbstiderne. Ved forløb, hvor der er markante og vedvarende regionale forskelle, beder Sundhedsstyrelsen regionerne om at redegøre for årsager til variation i forløbstiderne.

Sundhedsstyrelsen kan på baggrund af dialogen med Rigsrevisionen bekræfte, at styrelsen vil have et øget fokus herpå fremover, og som følge heraf har styrelsen skærpet de vurderingskriterier, som ligger til grund for vurderingen af, hvilke pakkeforløb, som styrelsen på baggrund af de løbende monitoreringsopgørelser ønsker at følge nærmere. Regional variation i forløbsmonitoreringen er i den forbindelse fremhævet som et centralt kriterie, der som oftest i sammenhæng med de øvrige kriterier vil udløse, at Sundhedsstyrelsen udbeder regionerne om at redegøre for årsager til interregional variation i forløbstiderne.

Regionernes redegørelser og udfordringerne med regional variation vil blive drøftet systematisk til møderne i Task Force for Patientforløb for Kræft- og Hjerteområdet. Drøftelserne på møderne understøtter opmærksomheden herpå i regionerne, og de sikrer fælles videndeling i forhold til årsager, løsningsmuligheder og handleplaner ved eventuelle udfordringer.

Sundhedsstyrelsen vil fremadrettet følge mere systematisk op på regionernes redegørelser og sikre, at der i rette tid fra nationalt niveau igangsættes handling ved områder med markante og vedvarende regionale variationer.

Det kan også nævnes, at Sundhedsstyrelsen har iværksat forskellige initiativer for at imødegå regional variation i kræftbehandlingen og sikre patienterne ens behandling af høj kvalitet.

Senest har styrelsen som et nyt initiativ i samarbejde med en faglig arbejdsgruppe udarbejdet en beskrivelse af nationale multidisciplinære teamkonferencer (MDT konferencer) ved behandling af kræft i bugspytkirtlen. Initiativet skal sikre, at patienter med bugspytkirtelkræft vurderes ensartet på tværs af de specialiserede centre og dermed sikres samme behandlingstilbud. På den nationale MDT vil kirurger, onkologer, radiologer og andet relevant sundhedsfagligt personale fra de behandlende centre drøfte patienter med henblik på at sikre patienterne det rette behandlingstilbud. Konferencerne har yderligere til formål at sikre sparring og vidensdeling, hvilket også på sigt forventes at øge kvaliteten på tværs af regionerne.

Sundhedsstyrelsen vil følge op på anvendelsen af disse konferencer.

Det fremgår også af de regionale bidrag, at der har været drøftelse i regionernes sundhedsdirektørkreds, hvordan kan der skabes større transparens og ensartethed.

Jeg har også bemærket, at det fremgår af bidraget fra Region Midtjylland, at regionerne er i gang med at etablere nationale forpligtende behandlingsfællesskaber for følgende tidskritiske kræftdiagnoser, hvor der ses regionale forskelle: Kræft i bugspytkirtelen, lungekræft, hoved- og halskræft og blærekræft. Dette er meget positivt, idet det kan være med til at sikre en hurtig og mere ensartet og koordineret indsats på tværs af landet. Det er også i tråd med aftalen om en sundhedsreform, hvor regeringen og Dansk Folkeparti er enige om, at den nationale koordinering af de højt specialiserede funktioner skal styrkes, så patienter med behov for højt specialiseret behandling ses som fælles patienter i det danske sundhedsvæsen, som sygehusene på tværs af landet har en forpligtelse til at sikre hurtig udredning og behandling af. Det skal sikre hurtig behandling og bedre udnyttelse af kapaciteten, særligt på de områder, hvor en livstruende sygdom skal behandles hurtigt.

Det skal bemærkes, at monitorering af forløbstider for pakkeforløb for kræft for nuværende ikke omhandler opfølgingsperioden. For de pakkeforløb for kræft, som aktuelt er under revision, vil registreringen af opfølgingsplanen blive aftalt i forbindelse med den aktuelle revisionsproces. Implementeringsfristen vil således følge den løbende revisionsproces dog senest med frist ultimo 2020.

Jeg vil også fremhæve, at det er en centralt ambition i regeringens sundhedsreform, at der skal være ens vilkår for behandlingen i hele landet. Regeringen og Dansk Folkeparti er i aftalen om en sundhedsreform enige om at sikre en markant højere grad af koordination og understøtte den nationale retning for sundhedsvæsenet. Med det sigte oprettes en ny myndighed, Sundhedsvæsen Danmark, som skal sikre fremdrift for de fem sundhedsforvaltninger og udbrede de gode løsninger i hele landet. Sundhedsvæsen Danmark vil blandt andet få til opgave at følge op på patientrettighederne, så alle patienter har sikkerhed for, at rettighederne overholdes ens og korrekt i hele landet. Sundhedsvæsen Danmark skal endvidere understøtte det forpligtende nationale samarbejde om højt specialiseret behandling.

Manglende opfyldelse af 90 pct-målet i gennemførelse af kræftpakkerne

Statsrevisorerne bemærker, at regionerne siden 2014 har haft et mål om, at 90 pct. af kræftpakkerne skulle gennemføres inden for standardforløbstiderne, men det er ikke besluttet, hvornår målet skal nås. Modermærkekræft har som den eneste kræftpakke haft en gennemførelsesprocent på over 90 pct., mens kræftpakkerne for blærekræft og prostatakræft har haft den laveste.

Standardforløbstiderne i kræftpakkerne er udarbejdet for at give en tidsmæssig rettesnor for det ukomplicerede kræftforløb. Det kan derfor ikke forventes, at alle patienter vil have et forløb inden for standardforløbstiden. Standardforløbstiderne handler om at sikre patienterne det bedst mulige forløb. Det skal derudover bemærkes, at der er tale om regionalt politisk fastsat mål, og ikke en national målsætning.

Jeg vil samtidig understrege, at den gennemførelsesprocent i kræftpakkerne, vi har set i de senere år (80-82 %), bør kunne forbedres, herunder er det regeringens ambition at reducere de forskelle, som i dag ses på tværs af landet.

Kræftens Bekæmpelse har i februar 2019 udgivet en hvidbog om "Social Ulighed i Kræft i Danmark", hvor det fremgår, at den seneste forskning viser, at den sociale ulighed i overlevelsen efter kræft er blevet større med tiden og forventes fortsat at stige. Det fremgår endvidere, at hvis vi kunne løfte overlevelsen hos de dårligst stillede kræftpatienter op på samme niveau som for de bedst stillede, kunne en femtedel af de kræftrelaterede dødsfald efter fem år være undgået.

Denne nye viden viser, at der både er behov for mere ensartet kvalitet og større nationalt samarbejde både i forhold til at udligne den geografiske ulighed og den sociale ulighed.

Regeringen og Dansk Folkeparti er i aftalen om en sundhedsreform enige om, at der skal sikres større ensartethed i indsatsen på tværs af landet. En ny organisering af sundhedsområdet skal omsættes til klare forbedringer for patienterne – og gennem et nationalt forankret sundhedsvæsen med decentral styring og klar fælles politisk retning understøtte, at patienterne møder samme høje kvalitet i sundhedstilbuddene uanset, hvor man bor.

Manglende overholdelse af bekendtgørelsen om maksimale ventetider

Statsrevisorerne bemærker, 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.

Der er fra centralt hold meget fokus på, at reglerne om maksimale ventetider overholdes. Jeg finder det uacceptabelt, at overvågningen af de maksimale ventetider ikke er retvisende. Der er tale om en lovfæstet patientrettighed, og bekendtgørelsen har været gældende siden 2000, hvorfor reglerne burde stå meget klart for regionerne.

Derudover så har og får regionerne løbende omfattende hjælp og vejledning af Sundhedsdatastyrelsen, som har udarbejdet registreringsvejledninger, og som

vejleder regionerne efter behov på flere måder. Blandt andet ved en gang ugentlig at udsende en dataleverance til regionerne med alle indberettede koder for de specifikke forløb samt en opmærksomhedsliste på mulige udfordringer ved foretagne indberetninger med personhenførbare data for regionernes egne forløb.

Jeg er opmærksom på, at regionerne som opfølgning på Rigsrevisionens undersøgelse centralt har besluttet at implementere automatiske elektroniske varslingsystemer (early warning-systemer), der via elektroniske journalsystemer automatisk varsler tidsfrister på igangværende patientforløb og markerer, hvilke patienter der er omfattet af bekendtgørelsen om maksimale ventetider. De elektroniske varslingsystemer er et vigtigt redskab til fremadrettet systematisk og proaktivt at sikre patienterne den hurtige behandling, de har ret til.

Jeg har også bemærket, at regionerne desuden planlægger at udføre interne audits af gennemførte patientforløb på udvalgte områder med henblik på at undersøge, om der trods bestræbelser og automatiske varslinger er overtrædelser, der ikke er blevet indberettet rettidigt samt undersøge årsagerne hertil. Sådanne bagudrettede tiltag er også et vigtigt redskab, da det kan bidrage til at identificere og erkende uhensigtsmæssigheder i systemet og give viden og læring på områder med udfordringer.

Endelig har regionerne iværksat forskellige undervisningsinitiativer mv., blandt andet i form af e-læringskurser, som skal sikre et skærpet fokus på korrekt dokumentation, kendskab og overholdelse af de maksimale ventetider blandt personalet, da en del af overtrædelserne skyldes manglende kendskab til reglerne, herunder korrekt information til patienterne og korrekt og detaljeret dokumentation i patienternes journal. Dette afspejles også i resultaterne fra Rigsrevisionens stikprøve, hvor en stor del af de efterindberettede forløb, skyldes mangelfuld dokumentation.

Sundhedsstyrelsen vil følge op på regionernes arbejde med de angivne initiativer i regi af Taskforce for Patientforløb for Kræft- og Hjerteområdet.

Sammenfatning

Det er min sammenfattende opfattelse, at der med de foranstaltninger og overvejelser, som er igangsat i regi af både regeringen og i regionerne, er taget hånd om de kritiske punkter, statsrevisorerne har bemærket, og at der er tilvejebragt grundlag for en fortsat løbende fokus og udvikling af kræftområdet, så danske kræftpatienter også fremover får en hurtig og god behandling på et kvalitativt højt niveau.

Jeg vil desuden igen fremhæve aftalen mellem regeringen og Danske Folkeparti om en sundhedsreform, som fremadrettet til tage yderligere hånd om de resterende problemstillinger, som påpeges.

Der er tilsendt en kopi af dette brev til Rigsrevisionen på rr@rigsrevisionen.dk

Med venlig hilsen


Ellen Trane Nørby