



Beretning til Statsrevisorerne om maksimale ventetider på kræft- behandling

December
2007

revision

revision

revision

Indholdsfortegnelse

I.	Undersøgelsens resultater	1
II.	Baggrund, formål, afgrænsning og metode	7
	A. Baggrund	7
	B. Formål, afgrænsning og metode	9
III.	Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvågning af ordningen	11
	A. Reglerne bag ordningen	12
	B. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvågning af patienternes rettigheder	14
	C. Ledig behandlingskapacitet	22
	D. Økonomi	25
IV.	Erfaret og forventet ventetid	27
	A. Erfaret ventetid	29
	B. Forventet ventetid	29
V.	Efterfølgende tilbud, når de maksimale ventetider ikke kan overholdes inden for patientens bopælskommune	31
	A. Amtets tilbud om henvisning til andet sygehus	32
	B. Amtets tilbud om indberetning til Sundhedsstyrelsen	33
	C. Sundhedsstyrelsens henvisning af patienter til behandling	33
	D. Patientens ret til selv at finde et behandlingstilbud	36
	Bilag 1. Bekendtgørelsen	37
	Bilag 2. Erfarede og forventede ventetider	45

Rigsrevisionen afgiver denne beretning til Statsrevisorerne i henhold til § 8, stk. 1, og § 17, stk. 2, i rigsrevisorloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 3 af 7. januar 1997 som ændret ved lov nr. 590 af 13. juni 2006. Beretningen vedrører finanslovens § 16. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

I. Undersøgelsens resultater

1. Statsrevisorerne anmodede på deres møde den 21. februar 2007 rigsrevisor om i et notat at redegøre for en række forhold vedrørende de maksimale ventetider for livstruende kræftsygdomme. I henhold til anmodningen ønsker Statsrevisorerne, at rigsrevisor

- vurderer kvaliteten af relevante myndigheders styring af og tilsyn med overholdelsen af de maksimale ventetider
- redegør for udviklingen i ventetiderne på behandling for livstruende kræftsygdomme og herunder redegør for, i hvilken udstrækning de maksimale ventetider på kræftbehandlingen er overholdt i forhold til de fastsatte målsætninger
- opgør, i hvilket omfang patienter har fået et andet tilbud, når behandling ikke har været mulig i patientens bopælskommune inden for de maksimale ventetider.

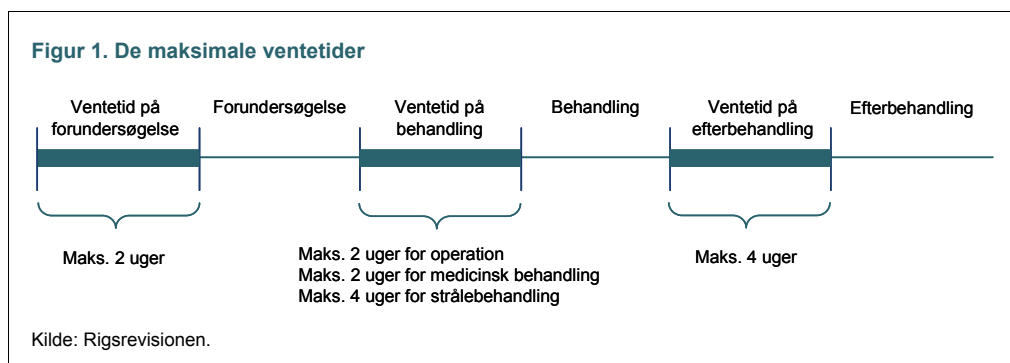
2. Baggrunden for Statsrevisorernes anmodning var, at det i november 2006 kom frem, at Sundhedsstyrelsen ikke havde sagsbehandlet en række patientsager, som styrelsen havde modtaget som følge af, at patienterne ikke kunne få behandling inden for de maksimale ventetider. I forlængelse heraf afgav Sundhedsstyrelsen en redegørelse for forløbet, ligesom Indenrigs- og Sundhedsministeriet tog en række initiativer på kræftområdet.

3. Ordningen vedrørende maksimale ventetider på kræftbehandling (herefter ordningen) blev grundlagt ved lov nr. 395 af 2. juni 1999 om ændring af lov om sygehusvæsenet og lov om patientforsikring. Bestemmelserne er videreført i sundhedsloven (lov nr. 546 af 24. juni 2005), der i dag er den gældende lov på området. Formålet med ændringen af sygehusloven var at sikre, at patienter med livstruende sygdomme som kræftsygdomme og visse hjertelidelser opnår behandling uden unødigt ventetid.

Ordningen er ved bekendtgørelser fra 1999 til 2001 udvidet fra kun at omfatte én kræftsygdom til at omfatte langt de fleste kræftformer. Dermed er ordningen i dag langt mere kompleks, end den var, da den blev indført i 1999.

4. Ordningen består af 2 dele. For det første består den af nogle maksimale ventetider til behandling. For det andet skal patienten have en række tilbud, hvis de maksimale ventetider ikke kan overholdes.

5. Ordningens første del er en række ventetider til forskellige dele af et behandlingsforløb. Der er således ikke tale om én samlet ventetid. Der er heller ikke tale om, at det samlede behandlingsforløb er dækket af de maksimale ventetider, idet der er perioder i behandlingsforløbet, hvor patienten ikke er omfattet af ordningen. Det gælder de perioder, hvor forundersøgelsen gennemføres, og hvor patienten er i behandling og derfor ikke regnes som ventende. De maksimale ventetider er enten 2 eller 4 uger og kan fremstilles som i figuren nedenfor:



Det fremgår af figur 1, at den maksimale ventetid er 2 uger til forundersøgelse, operation og medicinsk behandling. Til strålebehandling og efterbehandling er den maksimale ventetid 4 uger.

Der er ikke fastlagt krav til, hvor længe forundersøgelse, behandling eller efterbehandling må vare.

6. Hvis de maksimale ventetider ikke kan overholdes på bopælsamtskommunens egne sygehuse, skal patienten som anden del af ordningen have andre tilbud. De omfatter følgende:

- Patienten skal om muligt tilbydes behandling på et andet sygehus.
- Hvis det ikke er muligt at tilbyde patienten behandling på et andet sygehus inden for de maksimale ventetider, skal patienten have sin sag indsendt til sagsbehandling i Sundhedsstyrelsen, hvis patienten ønsker det.
- Hvis heller ikke Sundhedsstyrelsens sagsbehandling medfører, at patienten tilbydes behandling inden for de maksimale ventetider, har patienten endelig ret til selv at finde et behandlingstilbud.

7. Ordningen giver ikke patienten en behandlingsgaranti i form af en ret til at blive behandlet inden for bestemte frister. Ordningen medfører alene en proceduregaranti og dermed en handlepligt for sygehuse og Sundhedsstyrelsen, som giver patienten ret til sagsbehandling efter en bestemt procedure, som tilsigter, at patienten kan få undersøgelse og behandling inden for de fastsatte frister. Proceduren kan ende med, at dette ikke er muligt, og at patienten som en sidste mulighed får ret til selv at finde et behandlingstilbud.

8. Rigsrevisor redegjorde i et notat til Statsrevisorerne af 21. marts 2007 for, hvordan undersøgelsen ville blive afgrænset og tilrettelagt i øvrigt. Det fremgår af notatet, at der vil blive redegjort for udviklingen i ventetiderne på kræftbehandling på baggrund af både erfarede ventetider og forventede ventetider.

De erfarede ventetider udtrykker den faktiske ventetid, patienter har oplevet i forbindelse med sygehusbehandling. De erfarede ventetider opgøres på baggrund af de elektroniske indberetninger, som ministeriet efter aftale med amterne indhenter fra sygehusene og opbevarer i Landspatientregisteret.

Den forventede ventetid er defineret som sygehusenes egne skønsmæssige vurderinger af, hvor lang tid "den ukomplicerede patient" maksimalt kan regne med at vente.

Det fremgår endvidere af notatet, at undersøgelsen vil fokusere på Indenrigs- og Sundhedsministeriet, herunder Sundhedsstyrelsen, som de relevante myndigheder, hvad angår styring og tilsyn. Rigsrevisionen havde ikke adgang til at gennemføre større undersøgelser af de daværende amter, ligesom Rigsrevisionen før strukturreformen ikke havde mulighed for at undersøge sygehuse, der ikke var en del af Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S).

9. Amterne har som ansvarlige for sygehusområdet haft en række konkrete opgaver i relation til ordningen, herunder at tilbyde patienterne behandling inden for de maksimale ventetider. Det har endvidere været amternes ansvar at tilbyde patienterne viderehenvielse til andre sygehuse eller til Sundhedsstyrelsen, såfremt behandling ikke kunne tilvejebringes inden for de maksimale ventetider. Amterne har endelig som ansvarlige for sygehusområdet haft til opgave at sikre tilstrækkelig kapacitet i kræftbehandlingen. Regionerne har efter strukturreformen overtaget disse opgaver, og ordningen gælder for regionerne på samme vis, som den gjaldt for amterne.

10. Da amterne var selvstændige forvaltningsenheder, har ministeriet ikke haft en direkte styrings- og tilsynsopgave i forhold til de opgaver, der var pålagt amterne.

Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ministeren alligevel en vis pligt til at følge med i, hvorledes lovgivningen inden for ministeriets område administreres, herunder om lovgivningen generelt overholdes. Endvidere er det ifølge ministeriet en naturlig politisk forventning, at en minister søger at rette op på forholdene, hvis rimelige servicemål generelt ikke indfries.

11. Formålet med denne beretning er at undersøge, hvori Indenrigs- og Sundhedsministeriets samlede indsats i forhold til ordningen består. Rigsrevisionen har derfor undersøgt

- i hvilket omfang Indenrigs- og Sundhedsministeriet overvåger ordningen
- om udviklingen i ventetiderne på behandling for livstruende kræftsygdomme viser, at de maksimale ventetider er overholdt i forhold til de fastsatte målsætninger
- i hvilket omfang patienter modtager de efterfølgende tilbud, der indgår i ordningen, når de maksimale ventetider ikke kan overholdes inden for patientens bopælskommune.

UNDERSØGELSENS RESULTATER

Ordningen vedrørende maksimale ventetider på kræftbehandling blev til ved en ændring af sygehusloven i 1999. Indenrigs- og Sundhedsministeriets samlede indsats i forhold til ordningen består dels i en overvågningsopgave, dels i nogle driftsopgaver. Ministeriet har oplyst, at ministeriet har overvåget ordningen via Kræftstyregruppen, udviklingen i en række ventetider samt gennem konkrete sager, som har medført reaktioner fra ministeriets side i såvel 2003 som 2006. Indenrigs- og Sundhedsministeriet finder at have ageret i overensstemmelse med, hvad der er den gældende juridiske opfattelse af det ulovbestemte overtilsyn. Ministeriet finder desuden, at det ulovbestemte tilsyn ikke indebærer en pligt til at følge den konkrete ordning gennem detaljerede registreringssystemer og systematiske overvågnings- og informationssystemer.

Undersøgelsen viser, at ministeriets overvågning ikke har omfattet, hvorvidt patienternes rettigheder, der er fastsat i ordningen, tilgodeses. Undersøgelsen viser således, at ministeriet ikke har oplysninger om, hvorvidt de frister, der indgår i ordningen om maksimale ventetider, er overholdt, og om patienterne modtager de efterfølgende tilbud, der indgår i ordningen. Efter Rigsrevisionens vurdering er der en ubalance mellem de detaljerede patientrettigheder og den overordnede overvågning, som ministeriet har udført.

Rigsrevisionen finder, at det er et spørgsmål af principiel karakter, i hvilket omfang et ministerium har pligt til at overvåge detaljerede brugerrettigheder, som gives på områder, hvor ministeriet ikke har en direkte styrings- og tilsynsforpligtelse. Rigsrevisionen finder, at overvågningen må tilrettelægges, så den afspejler Folketingets behov for oplysninger.

Lovgivningen bag ordningen medfører, at der procesreguleres på et område, hvor ministeriet hverken har driftsansvar eller instruktionsbeføjelse. Rigsrevisionen finder, at ministeriet bør overveje, om man med den detaljerede regulering af ventetider og processer på sygehusene og i amterne har fundet den rette reguleringsmodel for området, herunder om det på en mindre bureaukratisk måde kan sikres, at patienterne ikke venter unødigt.

Undersøgelsen viser desuden, at ministeriets håndtering af sine driftsopgaver i form af tilskudspuljeadministration og sagsbehandling af patientsager ikke har været tilfredsstillende.

Denne samlede vurdering er baseret på følgende:

Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ministeriet pligt til at holde sig generelt orienteret om, hvad der foregår inden for dets ressort, og sikre, at lovgivningen generelt overholdes. Undersøgelsen viser, at ministeriets overvågning ikke knytter sig til den konkrete ordning, som giver patienterne en række detaljerede rettigheder.

- Ordningen giver ikke patienten en behandlingsgaranti i form af en ret til at blive behandlet inden for bestemte frister. Ordningen medfører alene en proceduregaranti og dermed en handlepligt for sygehuse og Sundhedsstyrelsen, som giver patienten ret til sagsbehandling efter en bestemt procedure. Proceduren tilsigter, at patienten kan få undersøgelse og behandling inden for de fastsatte frister.
- Amterne, hvorunder sygehusene hørte, var selvstændige forvaltningsenheder. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har derfor ikke haft en direkte styrings- og tilsynsopgave i forhold til de opgaver, der var pålagt amterne.
- Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ministeriet pligt til at holde sig generelt orienteret om, hvad der foregår inden for dets ressort, og sikre, at lovgivningen generelt overholdes. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at ministeriet har overvåget ordningen gennem Kræftstyregruppen, udviklingen i ventetider samt gennem henvendelser om enkeltpatienter til Sundhedsstyrelsen. Undersøgelsen viser, at denne overvågning ikke har knyttet sig til de konkrete ventetider i ordningen eller til patienternes efterfølgende rettigheder.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at overvågning af alle aspekter af ordningen ville kræve en række yderligere registreringer med dertil hørende resurseforbrug. Ministeriet har videre anført, at det vil kræve betydelige ændringer på en række områder i den offentlige sektor, såfremt der ikke kan indføres brugerrettigheder, uden at overholdelsen heraf skal overvåges. Dette vil ifølge ministeriet medføre massive udvidelser i form af omfattende registrering og bureaukrati.

- Som en del af ordningen skal ministeriet ifølge lovbemærkningerne have et opdateret kendskab til ledig behandlingskapacitet her i landet og i de nærmeste nabolande, så Sundhedsstyrelsen hurtigt kan viderehenvise patienter, der henvises til styrelsen. Undersøgelsen viser, at ministeriet ikke har et sådant opdateret kendskab.
- Ministeriet har i 2005 og 2006 tilstræbt at øge kapaciteten vedrørende kræftbehandling gennem tilskudspuljer på finansloven. Ministeriets opfølgning på tilskudspuljerne har efter Rigsrevisionens vurdering været mangelfuld. I langt de fleste tilfælde har projekthaverne ikke rapporteret tilbage til ministeriet som forudsat, hvilket ministeriet først meget sent har reageret på.

Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ministeriets overvågning knyttet sig til udviklingen i det generelle ventetidsniveau. Ministeriet har således ikke kendskab til, hvorvidt de maksimale ventetider er overholdt, herunder udviklingen i de ventetider, der henhører under ordningen.

- Sygehusene indberetter en række elektroniske oplysninger om patienter til Landspatientregisteret. Dette register rummer kun nogle af de datoer, der indgår i ordningen, hvorfor der ikke findes oplysninger om, hvorvidt de maksimale ventetider er overholdt, herunder udviklingen i de ventetider, der henhører under ordningen. Ministeriet har oplyst, at ændringer i registreringerne i Landspatientregisteret er tids- og resursekrævende. Ministeriet finder ikke, at sådanne omkostninger står mål med udbyttet ved at opnå en lidt mere præcis overvågning af en ordning på et afgrænset område.
- Ministeriet kan redegøre for erfarede ventetider, der dog ikke relaterer sig til de maksimale ventetider på kræftbehandling, idet de er beregnet ud fra andre datoer end dem, der indgår i ordningen.
- Ministeriet kan redegøre for forventede ventetider i forhold til de maksimale ventetider, der indgår i ordningen. De forventede ventetider bygger på de skøn, som sygehusene frivilligt indberetter om ventetiden for den næste patient. De forventede ventetider kan efter Rigsrevisionens vurdering ikke bruges til at angive, om de maksimale ventetider er overholdt. Ifølge ministeriet kan de forventede ventetider give en indikation af de pågældende sygehuses mulighed for at overholde de maksimale ventetider.
- Rigsrevisionen finder, at de forventede ventetider, som ministeriet offentliggør på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, kan være velegnede for patienterne i forhold til at finde ud af, hvor i landet ventetiden forventes at være kortest. Rigsrevisionen finder dog, at det kan misforstås, når det af hjemmesiden fremgår, at de forventede ventetider udtrykker den maksimale ventetid for patienten, idet undersøgelsen viser, at sygehusene reelt indberetter ventetiden til den næste ledige tid.

Der findes ikke elektroniske oplysninger om, og ministeriet har ikke kendskab til, i hvilket omfang patienterne modtager de efterfølgende tilbud, der indgår i ordningen.

- Sygehusene indberetter løbende elektronisk en række patientoplysninger til ministeriet, men de efterfølgende tilbud, som sygehusene skal give patienterne, er ikke omfattet af denne elektroniske registrering. Ministeriet kan derfor ikke opgøre, om amtet har tilbudt patienten henvisning til andet sygehus, eller om amtet har tilbudt patienten at videresende patientens sag til Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen har modtaget i alt 77 patientsager i perioden 2001-2006. Heraf er mere end 50 sager ikke blevet behandlet individuelt, særligt fordi Sundhedsstyrelsen opfattede de fleste af disse sager som en generel orientering af styrelsen. Rigsrevisionen finder dette forhold utilfredsstillende. Departementet har reageret over for Sundhedsstyrelsen i slutningen af 2006, da departementet blev opmærksom på dette forhold.
- Sundhedsstyrelsens manglende sagsbehandling af en række patientsager har medført, at Sundhedsstyrelsen ikke har forsøgt at finde behandlingstilbud til disse patienter. Ministeriet kan i øvrigt ikke opgøre, om den sagsbehandling, som Sundhedsstyrelsen foretager, medfører, at patienten får et behandlingstilbud inden for de maksimale ventetider.
- Sundhedsstyrelsens manglende sagsbehandling har endvidere medført, at en række patienter ikke er blevet oplyst om retten til selv at finde et behandlingstilbud. I undersøgelsesperioden er kun 2 patienter blevet oplyst om retten til selv at finde et behandlingstilbud. Sundhedsstyrelsen har sendt 34 beklagelsesbreve til patienter, hvor styrelsen har vurderet, at sagsbehandlingen ikke har været tilfredsstillende.

II. Baggrund, formål, afgrænsning og metode

A. Baggrund

12. Statsrevisorerne anmodede på deres møde den 21. februar 2007 rigsrevisor om i et notat at redegøre for en række forhold vedrørende de maksimale ventetider for livstruende kræftsygdomme. I henhold til anmodningen ønsker Statsrevisorerne, at rigsrevisor

- vurderer kvaliteten af relevante myndigheders styring af og tilsyn med overholdelsen af de maksimale ventetider
- redegør for udviklingen i ventetiderne på behandling for livstruende kræftsygdomme og herunder redegør for, i hvilken udstrækning de maksimale ventetider på kræftbehandlingen er overholdt i forhold til de fastsatte målsætninger
- opgør, i hvilket omfang patienter har fået et andet tilbud, når behandling ikke har været mulig i patientens bopælskommune inden for de maksimale ventetider.

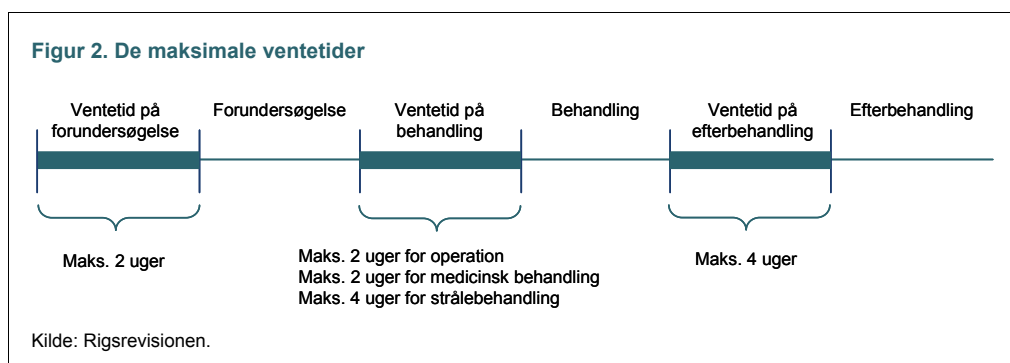
13. Baggrunden for Statsrevisorernes anmodning var, at det i november 2006 kom frem, at Sundhedsstyrelsen ikke havde sagsbehandlet en række patientsager, som styrelsen havde modtaget som følge af, at patienterne ikke kunne få behandling inden for de maksimale ventetider. I forlængelse heraf afgav Sundhedsstyrelsen en redegørelse for forløbet, ligesom Indenrigs- og Sundhedsministeriet tog en række initiativer på kræftområdet.

14. Ordningen vedrørende maksimale ventetider på kræftbehandling (herefter ordningen) blev grundlagt ved lov nr. 395 af 2. juni 1999 om ændring af lov om sygehusvæsenet og lov om patientforsikring. Bestemmelserne er videreført i sundhedsloven (lov nr. 546 af 24. juni 2005), der i dag er den gældende lov på området. Formålet med ændringen af sygehusloven var at sikre, at patienter med livstruende sygdomme som kræftsygdomme og visse hjertelidelser opnår behandling uden unødigt ventetid.

Ordningen er ved bekendtgørelser fra 1999 til 2001 udvidet fra kun at omfatte én kræftsygdom til at omfatte langt de fleste kræftformer. Dermed er ordningen i dag langt mere kompleks, end den var, da den blev indført i 1999.

15. Ordningen består af 2 dele. For det første består den af nogle maksimale ventetider til behandling. For det andet skal patienten have en række tilbud, hvis de maksimale ventetider ikke kan overholdes.

16. Ordningens første del er en række ventetider til forskellige dele af et behandlingsforløb. Der er således ikke tale om én samlet ventetid. Der er heller ikke tale om, at det samlede behandlingsforløb er dækket af de maksimale ventetider, idet der er perioder i behandlingsforløbet, hvor patienten ikke er omfattet af ordningen. Det gælder de perioder, hvor forundersøgelsen gennemføres, og hvor patienten er i behandling og derfor ikke regnes som ventende. De maksimale ventetider er enten 2 eller 4 uger og kan fremstilles som i figuren nedenfor:



Det fremgår af figur 2, at den maksimale ventetid er 2 uger til forundersøgelse, operation og medicinsk behandling. Til strålebehandling og efterbehandling er den maksimale ventetid 4 uger.

Der er ikke fastlagt krav til, hvor længe forundersøgelse, behandling eller efterbehandling må vare.

17. Hvis de maksimale ventetider ikke kan overholdes på bopælsamtskommunens egne sygehuse, skal patienten som anden del af ordningen have andre tilbud. De omfatter følgende:

- Patienten skal om muligt tilbydes behandling på et andet sygehus.
- Hvis det ikke er muligt at tilbyde patienten behandling på et andet sygehus inden for de maksimale ventetider, skal patienten have sin sag indsendt til sagsbehandling i Sundhedsstyrelsen, hvis patienten ønsker det.
- Hvis heller ikke Sundhedsstyrelsens sagsbehandling medfører, at patienten tilbydes behandling inden for de maksimale ventetider, har patienten endelig ret til selv at finde et behandlingstilbud.

18. Ordningen giver ikke patienten en behandlingsgaranti i form af en ret til at blive behandlet inden for bestemte frister. Ordningen medfører alene en proceduregaranti og dermed en handlepligt for sygehuse og Sundhedsstyrelsen, som giver patienten ret til sagsbehandling efter en bestemt procedure, som tilsigter, at patienten kan få undersøgelse og behandling inden for de fastsatte frister. Proceduren kan ende med, at dette ikke er muligt, og at patienten som en sidste mulighed får ret til selv at finde et behandlingstilbud.

19. Rigsrevisor redegjorde i et notat til Statsrevisorerne af 21. marts 2007 for, hvordan undersøgelsen ville blive afgrænset og tilrettelagt i øvrigt. Det fremgår af notatet, at der vil blive redegjort for udviklingen i ventetiderne på kræftbehandling på baggrund af både erfarede ventetider og forventede ventetider.

De erfarede ventetider udtrykker den faktiske ventetid, patienter har oplevet i forbindelse med sygehusbehandling. De erfarede ventetider opgøres på baggrund af de elektroniske indberetninger, som ministeriet efter aftale med amterne indhenter fra sygehusene og opbevarer i Landspatientregisteret.

Den forventede ventetid er defineret som sygehusenes egne skønsmæssige vurderinger af, hvor lang tid "den ukomplicerede patient" maksimalt kan regne med at vente.

Det fremgår endvidere af notatet, at undersøgelsen vil fokusere på Indenrigs- og Sundhedsministeriet, herunder Sundhedsstyrelsen, som de relevante myndigheder, hvad angår styring og tilsyn. Rigsrevisionen havde ikke adgang til at gennemføre større undersøgelser af de daværende amter, ligesom Rigsrevisionen før strukturreformen ikke havde mulighed for at undersøge sygehuse, der ikke var en del af Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S).

20. Amterne har som ansvarlige for sygehusområdet haft en række konkrete opgaver i relation til ordningen, herunder at tilbyde patienterne behandling inden for de maksimale ventetider. Det har endvidere været amternes ansvar at tilbyde patienterne viderehenvielse til andre sygehuse eller til Sundhedsstyrelsen, såfremt behandling ikke kunne tilvejebringes inden for de maksimale ventetider. Amterne har endelig som ansvarlige for sygehusområdet haft til opgave at sikre tilstrækkelig kapacitet i kræftbehandlingen. Regionerne har efter strukturreformen overtaget disse opgaver, og ordningen gælder for regionerne på samme vis, som den gjaldt for amterne.

21. Da amterne var selvstændige forvaltningsenheder, har ministeriet ikke haft en direkte styrings- og tilsynsopgave i forhold til de opgaver, der var pålagt amterne.

Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ministeren alligevel en vis pligt til at følge med i, hvorledes lovgivningen inden for ministeriets område administreres, herunder om lovgivningen generelt overholdes. Endvidere er det ifølge ministeriet en naturlig politisk forventning, at en minister søger at rette op på forholdene, hvis rimelige servicemål generelt ikke indfries.

BOKS 1. KRÆFT I DANMARK

Ifølge de senest tilgængelige tal fra 2003 om udvikling i antallet af kræfttilfælde får omkring 34.000 mennesker årligt konstateret kræft. Knap 230.000 mennesker lever ifølge tallene med kræft.

Kilde: Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

B. Formål, afgrænsning og metode

Formål

22. Formålet med denne beretning er at undersøge, hvori Indenrigs- og Sundhedsministeriets samlede indsats i forhold til ordningen består. Rigsrevisionen har derfor undersøgt

- i hvilket omfang Indenrigs- og Sundhedsministeriet overvåger ordningen
- om udviklingen i ventetiderne på behandling for livstruende kræftsygdomme viser, at de maksimale ventetider er overholdt i forhold til de fastsatte målsætninger
- i hvilket omfang patienter modtager de efterfølgende tilbud, der indgår i ordningen, når de maksimale ventetider ikke kan overholdes inden for patientens bopælskommune.

Afgrænsning

23. I 2002 afgav rigsrevisor beretning nr. 1/02 om ventetider i sygehussektoren til Statsrevisorerne. Beretningen omhandler ventetider til somatiske (fysiske) sygdomme, der behandles kirurgisk. Undersøgelsen omfattede således også den kirurgiske behandling af en række kræftsygdomme, ligesom ordningen vedrørende maksimale ventetider omtales i beretningen.

Denne beretning vedrører primært den efterfølgende periode, dvs. perioden fra 2002 og frem. Der vil dog være en række tilfælde, hvor perioden før 2002 inddrages, herunder særligt 2001.

Afgrænsningen er beskrevet i rigsrevisors notat til Statsrevisorerne om tilrettelæggelsen af undersøgelsen. I forbindelse med Statsrevisorerens efterfølgende behandling af notatet blev det endvidere præciseret, at resultaterne fra beretning nr. 1/02 om ventetider i sygehussektoren skulle refereres i denne beretning.

24. I den periode, der her undersøges, og som ligger før strukturreformen, har amterne haft det driftsmæssige og lægefaglige ansvar for behandling af kræftpatienter inden for de maksimale ventetider.

Rigsrevisionen havde ikke adgang til at gennemføre større undersøgelser af de daværende amter, ligesom Rigsrevisionen før strukturreformen ikke havde mulighed for at undersøge sygehuse, der ikke var en del af H:S. Denne undersøgelse omhandler derfor ikke amternes og sygehusenes forvaltning af ordningen. Dog indgår de 6 sygehuse, der huser landets onkologiske centre, i det omfang Rigsrevisionen som baggrund for undersøgelsen har interviewet dem om, hvordan de registrerer en række centrale oplysninger i relation til ordningen. De 6 onkologiske centre ligger på sygehusene i Aalborg, Århus, Vejle, Odense, Herlev og på Rigshospitalet.

Da undersøgelsen hovedsageligt vedrører perioden før strukturreformen, anvendes begreberne amt og amtskommune i beretningen.

25. I analysen sondres der mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriets departement og Sundhedsstyrelsen, når det er relevant. Som generel samlebetegnelse for departementet og Sundhedsstyrelsen anvendes termen Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Metode

26. Undersøgelsen baserer sig på interviews med departementet og Sundhedsstyrelsen. Endvidere har Rigsrevisionen gennemført interviews med relevante nøglepersoner på de 6 sygehuse, der huser landets onkologiske centre. Interviewene har hovedsageligt vedrørt, hvilke forhold omkring ventetider for kræftpatienter sygehusene registrerer og opgør elektronisk. Endelig har Rigsrevisionen interviewet Informationscenter for Livstruende Sygdomme. Informationscentret, der fysisk er placeret på Herlev Sygehus, blev etableret i 2001 og har til opgave at overvåge en række forhold i relation til ordningen og at medvirke til at sende patienter til behandling i udlandet.

Ud over interviews baserer undersøgelsen sig på gennemgang af en række dokumenter, herunder økonomiaftaler, Kræftplan I og II, referater fra møder i forskellige grupper og enheder med relation til ordningen samt reglerne bag ordningen. Endvidere har Rigsrevisionen gennemgået en række sager med relevans for ordningen i Sundhedsstyrelsen og i departementet.

27. Sygehusloven – og siden 2005 sundhedsloven – med bemærkninger er udmøntet i bekendtgørelse nr. 743 af 22. august 2001 om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme m.v. (herefter bekendtgørelsen), der har været gældende i undersøgelsesperioden. Bekendtgørelsen indeholder bestemmelser om de konkrete ventetider til de forskellige former for behandling. Denne undersøgelse tager udgangspunkt i bekendtgørelsen, da det er her, den samlede ordning reguleres. Bekendtgørelsen, der har været gældende i undersøgelsesperioden, fremgår af bilag 1.

28. De opgørelser af erfarede og forventede ventetider, som det har været muligt at udarbejde, fremgår af bilag 2.

III. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvågning af ordningen

RIGSREVISIONENS BEMÆRKNINGER

Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ministeriet pligt til at holde sig generelt orienteret om, hvad der foregår inden for dets ressort, og sikre, at lovgivningen generelt overholdes. Undersøgelsen viser, at ministeriets overvågning ikke knytter sig til den konkrete ordning, som giver patienterne en række detaljerede rettigheder.

Denne vurdering er baseret på:

- Ordningen giver ikke patienten en behandlingsgaranti i form af en ret til at blive behandlet inden for bestemte frister. Ordningen medfører alene en proceduregaranti og dermed en handlepligt for sygehuse og Sundhedsstyrelsen, som giver patienten ret til sagsbehandling efter en bestemt procedure. Proceduren tilsigter, at patienten kan få undersøgelse og behandling inden for de fastsatte frister.
- Amterne, hvorunder sygehuse hørte, var selvstændige forvaltningsenheder. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har derfor ikke haft en direkte styrings- og tilsynsopgave i forhold til de opgaver, der var pålagt amterne.
- Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ministeriet pligt til at holde sig generelt orienteret om, hvad der foregår inden for dets ressort, og sikre, at lovgivningen generelt overholdes. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at ministeriet har overvåget ordningen gennem Kræftstyregruppen, udviklingen i ventetider samt gennem henvendelser om enkeltpatienter til Sundhedsstyrelsen. Undersøgelsen viser, at denne overvågning ikke har knyttet sig til de konkrete ventetider i ordningen eller til patienternes efterfølgende rettigheder.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at overvågning af alle aspekter af ordningen ville kræve en række yderligere registreringer med dertil hørende resurseforbrug. Ministeriet har videre anført, at det vil kræve betydelige ændringer på en række områder i den offentlige sektor, såfremt der ikke kan indføres brugerrettigheder, uden at overholdelsen heraf skal overvåges. Dette vil ifølge ministeriet medføre massive udvidelser i form af omfattende registrering og bureaukrati.

- Som en del af ordningen skal ministeriet ifølge lovbemærkningerne have et opdateret kendskab til ledig behandlingskapacitet her i landet og i de nærmeste nabolande, så Sundhedsstyrelsen hurtigt kan viderehenvise patienter, der henvises til styrelsen. Undersøgelsen viser, at ministeriet ikke har et sådant opdateret kendskab.
- Ministeriet har i 2005 og 2006 tilstræbt at øge kapaciteten vedrørende kræftbehandling gennem tilskudspuljer på finansloven. Ministeriets opfølgning på tilskudspuljerne har efter Rigsrevisionens vurdering været mangelfuld. I langt de fleste tilfælde har projekthaverne ikke rapporteret tilbage til ministeriet som forudsat, hvilket ministeriet først meget sent har reageret på.

29. For at vurdere, i hvilket omfang Indenrigs- og Sundhedsministeriet overvåger ordningen, har Rigsrevisionen undersøgt, i hvilket omfang

- ordningen er reguleret gennem regler
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet overvåger, om patienternes rettigheder tilgodeses
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet har varetaget sine opgaver i forhold til ledig behandlingskapacitet
- ordningen søges påvirket gennem økonomiaftaler og puljer.

A. Reglerne bag ordningen

30. Ordningen vedrørende maksimale ventetider på kræftbehandling blev grundlagt ved lov nr. 395 af 2. juni 1999 om ændring af lov om sygehusvæsenet og lov om patientforsikring. Bestemmelserne er videreført i sundhedsloven (lov nr. 546 af 24. juni 2005), der i dag er den gældende lov på området.

Formålet med ændringen af sygehusloven var i henhold til lovbemærkningerne at sikre, at patienter med livstruende sygdomme som kræftsygdomme og visse hjertelidelser opnår behandling uden unødigt ventetid.

31. Ifølge loven og lovbemærkningerne skal Sundhedsstyrelsen fastsætte maksimale ventetider for, hvor længe patienter med livstruende sygdomme som kræftsygdomme må vente på behandling, herunder undersøgelse og efterbehandling. Lovbemærkningerne nævner endvidere en række kræftsygdomme, der skal indgå i ordningen.

Ud over spørgsmålet om ventetid indgår det som en del af lovgrundlaget, at patienten har krav på, at der iværksættes nogle efterfølgende procedurer, hvis de maksimale ventetider ikke kan overholdes. Således skal patienten om muligt tilbydes behandling på et andet sygehus, hvis den maksimale ventetid ikke kan overholdes på det sygehus, patienten oprindeligt er henvist til. Hvis en sådan henvisning ikke bidrager til rettidig behandling af patienten, er det videre en del af lovgrundlaget, at patienten, såfremt vedkommende ønsker det, kan få sin sag indsendt til sagsbehandling i Sundhedsstyrelsen. Hvis heller ikke Sundhedsstyrelsens sagsbehandling medfører, at patienten tilbydes behandling inden for de maksimale ventetider, skal patienten oplyses om retten til selv at finde et behandlingstilbud.

Loven og lovbemærkningerne fastsætter ikke de konkrete ventetider til de forskellige behandlinger. Ministeren er efter loven bemyndiget til at fastsætte regler herom og om, hvornår forpligtelserne til at overholde de maksimale ventetider får virkning for de enkelte behandlingsområder.

32. Sundhedsministeriet fastsatte på baggrund af ændringen i sygehusloven ved bekendtgørelse nr. 760 af 4. oktober 1999 frister for behandling af brystkræft og visse tilfælde af hjertesygdomme. Ved bekendtgørelse nr. 161 af 8. marts 2000 blev ordningen udvidet til også at gælde for patienter med kræft i tarm, livmoderhals og lunger. Endelig blev ordningen i 2001 ved bekendtgørelse nr. 743 af 22. august 2001 om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme m.v. udvidet til at omfatte alle livstruende kræftformer, dog ikke visse hudkræftsygdomme og kræftformer, der kræver behandling med knoglemarvstransplantation.

33. Bekendtgørelsen fra 2001 samler den forholdsvis detaljerede ordning ved bl.a. at fastsætte

- hvilke sygdomme der er omfattet af ordningen (§§ 1 og 2)
- de maksimale ventetider for 5 elementer i kræftbehandling (forundersøgelse, operation, medicinsk behandling, strålebehandling og efterbehandling) (§ 3)
- at amtet senest 8 hverdage efter at have modtaget henvisning skal meddele patienten, om vedkommende kan tilbydes behandling inden for den maksimale ventetid (§ 7, stk. 2)
- at hvis ikke amtet kan yde behandling på sine egne sygehuse inden for de maksimale ventetider, skal amtet tilbyde patienten henvisning til et sygehus i en anden amtskommune, et privat sygehus i Danmark eller et sygehus i udlandet, som kan tilbyde behandling inden for de maksimale ventetider (§ 8, stk. 1)
- at hvis patienten ønsker det, skal amtet hurtigst muligt meddele Sundhedsstyrelsen, hvis amtet ikke kan tilvejebringe behandling på egne eller andre sygehuse inden for de maksimale ventetider (§ 10, stk. 1)
- at Sundhedsstyrelsen om muligt skal henvise patienten til behandling, når styrelsen modtager en indberetning i henhold til § 10 (§ 11)
- at Sundhedsstyrelsen skal meddele patienten, hvis Sundhedsstyrelsen ikke kan tilvejebringe et behandlingstilbud inden for de maksimale ventetider. Styrelsen skal oplyse om patientens ret til herefter selv at finde et behandlingstilbud (§ 12, stk. 1)
- at patienten skal forelægge et skriftligt behandlingstilbud for Sundhedsstyrelsen til godkendelse, hvis patienten ønsker at benytte sin ret til selv at finde et behandlingstilbud (§§ 12, stk. 3, og 15, stk. 3)
- at amterne løbende skal orientere Sundhedsstyrelsen om behandlingskapaciteten på de sygehusafdelinger, der varetager behandling af bl.a. kræft (§ 19)
- at amtet betaler et gebyr på 1.000 kr. til dækning af Sundhedsstyrelsens udgifter ved behandling af sager efter bekendtgørelsen (§ 20, stk. 2).

Endvidere er der i de medfølgende retningslinjer fastsat krav til, hvordan sygehusene i patientjournalen skal dokumentere, at bekendtgørelsen overholdes.

I december 2006 udstedte ministeren bekendtgørelse nr. 1749 om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme mv. Bekendtgørelsen fører alene ordningen ajour i forhold til strukturreformen og indebærer således ikke indholdsmæssige ændringer af ordningen.

34. Undersøgelsen viser, at ordningen er forholdsvis detaljeret reguleret ved såvel lov som bekendtgørelsen og de tilhørende retningslinjer.

Ordningen medfører, at der procesreguleres på et område, hvor ministeriet hverken har driftsansvar eller instruktionsbeføjelse. Rigsrevisionen finder, at ministeriet bør overveje, om den detaljerede regulering af ventetider og processer på sygehuse er en hensigtsmæssig måde at sikre patienternes behandling uden unødigt ventetid, herunder om formålet kan tilgodeses ved en mindre bureaukratisk regulering.

B. Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvågning af patienternes rettigheder

35. For at vurdere, i hvilket omfang Indenrigs- og Sundhedsministeriet overvåger, om patienternes rettigheder tilgodeses, har Rigsrevisionen undersøgt

- hvordan Indenrigs- og Sundhedsministeriet har udmøntet sin overvågningsopgave i relation til ordningen
- om der er fastsat krav om elektronisk registrering af maksimale ventetider
- om der er fastsat krav om elektronisk registrering af øvrige patientrettigheder
- om Indenrigs- og Sundhedsministeriet følger ordningen gennem *Kræftstyregruppen*, *Task force vedr. strålebehandling* samt gennem den tværgående *kræftenhed*.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets overvågningsopgave

36. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har over for Rigsrevisionen redegjort for ministerens pligt til at føre kontrol og tilsyn med sygehusvæsenets overholdelse af de rettigheder, fx vedrørende maksimale ventetider, som er fastsat for patienterne i lovgivningen.

Ministeriet har oplyst, at der eksisterer et overtilsyn, som indebærer, at en sektorminister har en vis pligt til at følge med i, hvorledes lovgivningen inden for ministeriets område administreres, herunder om lovgivningen generelt overholdes.

Ministeriet har videre oplyst, at hvis en sektor er præget af generel ineffektivitet og dårlig produktivitet, hvor man generelt ikke når rimelige servicemål, er det en naturlig politisk forventning, at en minister gennem forslag til ændringer i lovgivningen, aftaler, økonomiske spilleregler og andre rammebetingelser for de decentrale myndigheder søger at rette op på forholdene.

37. Herudover har Indenrigs- og Sundhedsministeriet oplyst, at det ikke kan antages, at der uden særlig hjemmel eller anledning er nogen pligt til at indrette egentlige kontrolsystemer, der rutinemæssigt kan monitorere, at kommunale eller regionale råd administrerer lovligt. Systemet må ifølge ministeriet bygge på, at de ansvarlige offentlige myndigheder i almindelighed overholder landets love. Det modsatte synspunkt ville ifølge ministeriet føre til et betydeligt bureaukrati og uproduktiv kontrol og være vanskeligt foreneligt med princippet/idéen bag decentral styring gennem folkevalgte råd.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har videre oplyst, at det ikke har været ministeriets intention med ordningen, at der skulle etableres nye og omfattende registrerings- og dokumentationssystemer. Ifølge ministeriet omfatter ordningen individuelle patientrettigheder, hvor det er væsentligt, at der i patientjournalen foreligger dokumentation for, om den enkelte patientrettighed er respekteret.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har endelig oplyst, at overvågning af alle aspekter af ordningen ville kræve en række yderligere registreringer med dertil hørende resurseforbrug. Ministeriet har anført, at det vil kræve betydelige ændringer på en række områder i den offentlige sektor, såfremt der ikke kan indføres brugerrettigheder, uden at overholdelsen heraf skal overvåges. Dette vil ifølge ministeriet medføre massive udvidelser i form af omfattende registrering og bureaukrati.

38. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at ministeriet siden 1998 har overvåget kræftområdet særskilt tæt. Ministeriet har oplyst, at denne overvågning er sket gennem den særlige kræftstyregruppe, gennem udviklingen i de erfarede og forventede ventetider samt gennem de patientsager, der er indsendt til Sundhedsstyrelsen, og andre henvendelser til ministerium og styrelse.

Ministeriet har peget på, at ministeriet gennem sin overvågning har været fuldt ud opmærksom på, at ventetidsproblemerne på området i det væsentligste vedrører stråleområdet, mens ventetiderne på forundersøgelse og kirurgi ifølge ministeriet har været nogenlunde

på niveau med de maksimale ventetider. Som konsekvens af overvågningen er der ifølge ministeriet i forbindelse med økonomiforhandlingerne tilført stråleområdet betydelige resurser.

Ministeriet har videre fremhævet, at det har givet anledning til indskærpelser fra ministeriet over for amterne, når henvendelser har givet anledning til at tro, at sygehusene ikke administrerede i overensstemmelse med ordningen. Dette er ifølge ministeriet sket i 2003 og 2006.

Ministeriet har oplyst, at ministeriet finder at have ageret i overensstemmelse med, hvad der er den gældende juridiske opfattelse af det ulovbestemte overtilsyn.

39. Undersøgelsen viser, at ministeriet har udmøntet sin overvågningsopgave i relation til ordningen, således at ministeriet fører et overordnet tilsyn med det samlede kræftområde. Derimod indgår det ikke i ministeriets overvågning at etablere nye registrerings- og dokumentationssystemer med henblik på at overvåge, om de enkelte patientrettigheder tilgodeses.

Rigsrevisionen finder, at det er et spørgsmål af principiel karakter, i hvilket omfang et ministerium skal overvåge detaljerede brugerrettigheder, som gives på områder, hvor ministeriet ikke har en direkte styrings- og tilsynsforpligtelse. Rigsrevisionen finder, at overvågningen må tilrettelægges, så den afspejler Folketingets behov for oplysninger.

Registrering af ventetider i relation til ordningen

40. Ifølge bekendtgørelsens § 3 gælder for behandling af kræftsygdomme en række maksimale ventetider, medmindre hensynet til patientens helbredstilstand tilsiger noget andet. Ventetiderne fremgår af boks 2.

BOKS 2. DE MAKSIMALE VENTETIDER

Til **forundersøgelse**: 2 uger fra den dato, hvor sygehuset har modtaget lægehenvi-
sning til forundersøgelse, til den dato sygehuset har tilbudt at påbegynde forundersøgelse.

Til **operation**: 2 uger fra den dato, hvor patienten på baggrund af information fra den behandlende sygehusafdeling om diagnose og behandlingsmuligheder mv. har givet samtykke (informeret samtykke) til operation, til den dato sygehuset har tilbudt at foretage operation.

Til **medicinsk behandling**, som er primær behandling: 2 uger fra den dato, hvor patienten på baggrund af information fra den behandlende sygehusafdeling om diagnose og behandlingsmuligheder mv. har givet samtykke (informeret samtykke) til medicinsk kræftbehandling, til den dato afdelingen har tilbudt at påbegynde behandling, og senest 4 uger fra den dato, hvor afdelingen har modtaget henvisning til behandling.

Til **strålebehandling**, som er primær behandling: 4 uger fra den dato, hvor den relevante sygehusafdeling har modtaget henvisning til strålebehandling, til den dato sygehuset har tilbudt at påbegynde behandling.

Til **efterbehandling**: 4 uger fra den dato, hvor den relevante sygehusafdeling har modtaget henvisning til efterbehandling, til den dato afdelingen har tilbudt at påbegynde behandling.

Kilde: Bekendtgørelse nr. 743 af 22. august 2001.

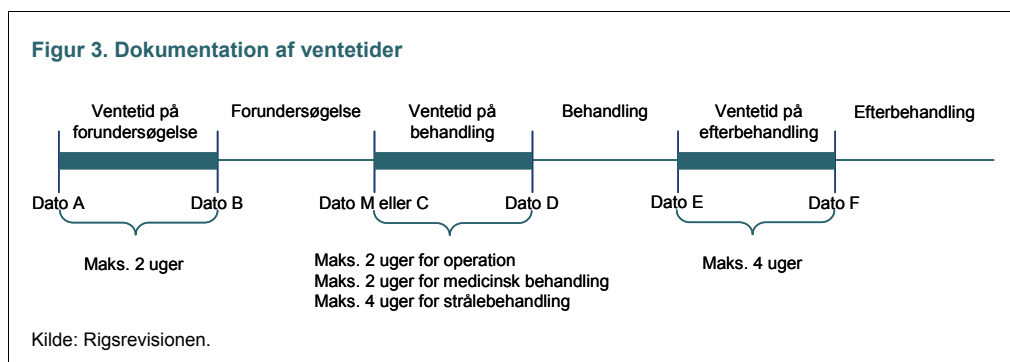
41. I et bilag til bekendtgørelsen har Sundhedsstyrelsen i retningslinjer uddybet, hvordan sygehusenes overholdelse af de maksimale ventetider skal dokumenteres. Ifølge retningslinjerne skal der registreres en række datoer i patientens journal. Datoerne fremgår af boks 3.

BOKS 3. KRAV TIL REGISTRERING AF DATOER I PATIENTENS JOURNAL

- A. Dato for modtagelse af henvisning til forundersøgelse på sygehus.
- B. Tilbudt dato for påbegyndelse af forundersøgelse.
- M. Dato for modtagelse af henvisning til ikke-kirurgisk kræftbehandling (behandling med medicin eller stråler), når dette er primær behandling.
- C. Dato, hvor patienten har givet samtykke (informeret samtykke) til behandling (såfremt der er tale om operation: bookingdatoen).
- D. Tilbudt behandlingsdato på relevant sygehusafdeling.
- E. Dato for modtagelse af henvisning til onkologisk efterbehandling.
- F. Tilbudt dato for påbegyndelse af efterbehandling.

Kilde: Retningslinjerne til bekendtgørelse nr. 743 af 22. august 2001.

42. Retningslinjerne til bekendtgørelsen beskriver endvidere, hvordan ventetiderne for patienter med livstruende sygdomme skal dokumenteres. Dette fremgår af figur 3.



43. Figur 3 viser, hvordan de forskellige ventetider på henholdsvis forundersøgelse, behandling og efterbehandling kan dokumenteres med udgangspunkt i de datoer, som sygehuse- ne ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinjer til bekendtgørelsen skal registrere i patientens journal, jf. boks 3.

Figur 3 viser videre, hvilke maksimale ventetider der gælder for de forskellige behandlinger, der er omfattet af bekendtgørelsen.

Endelig fremgår det af figur 3, at de maksimale ventetider udelukkende gælder for vente- perioderne op til henholdsvis forundersøgelse, behandling og efterbehandling. Der er såle- des ikke fastlagt krav til, hvor længe forundersøgelse, behandling eller efterbehandling må vare og derfor heller ikke til den samlede varighed af behandlingsforløbet.

44. Sundhedsstyrelsens retningslinjer til bekendtgørelsen fastsætter krav om, at sygehuse- ne registrerer de maksimale ventetider i patientens journal. Dette skal dokumentere, om den enkelte patients rettigheder tilgodeses. Herudover foreligger der i retningslinjerne ikke krav til registrering eller dokumentation i relation til bekendtgørelsen.

Patientjournalen er en papirjournal, hvorfor der ikke er mulighed for elektronisk at indhente de oplysninger, der registreres i journalen.

45. Ministeriet og amterne aftaler i *Koordinationsgruppen for individbaseret patientregistrering* generelle krav til sygehusenes elektroniske indberetning til Landspatientregisteret. Kravene til den elektroniske indberetning fremgår af det såkaldte *Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter*.

BOKS 4. LANDSPATIENTREGISTERET, FÆLLESINDHOLDET OG KOORDINATIONSGRUPPEN

Landspatientregisteret indeholder oplysninger om alle patientkontakter til de danske sygehuse. For indlæggelser går registeret tilbage til 1977. Skadestue og ambulante kontakter er registreret siden 1995.

Landspatientregisteret giver mulighed for bl.a. at følge aktiviteten på de enkelte sygehuse. Herudover bidrager Landspatientregisteret til Sundhedsstyrelsens sundhedsovervågning og til den medicinske forskning.

Registeret bygger på sygehusenes elektroniske indberetninger til Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsens krav til sygehusenes indberetning til Landspatientregisteret fremgår af publikationen *Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter*, der beskriver de generelle principper i patientregistreringen.

Fællesindholdet revideres i samarbejde med sygehusejerne gennem Koordinationsgruppen for individbaseret patientregistrering, og det udkommer årligt i en bogversion.

Sygehusene indberetter til Landspatientregisteret ud fra data lagret i deres patientadministrative systemer. Det er kun nogle af oplysningerne i en patientjournal, der tillige indgår i de patientadministrative systemer.

46. I *Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter* er der alene krav om, at nogle af de datoer, der skal bruges for at dokumentere, om de maksimale ventetider overholdes, indberettes til Landspatientregisteret. Således findes der i Landspatientregisteret alene oplysninger om følgende datoer, jf. boks 3 og figur 3:

- A. Dato for modtagelse af henvisning til forundersøgelse på sygehus.
- M. Dato for modtagelse af henvisning til ikke-kirurgisk kræftbehandling (behandling med medicin eller stråler), når dette er primær behandling.
- E. Dato for modtagelse af henvisning til onkologisk efterbehandling.

Der findes derimod i Landspatientregisteret ikke oplysninger om følgende datoer, jf. boks 3 og figur 3:

- B. Tilbudt dato for påbegyndelse af forundersøgelse.
- C. Dato, hvor patienten har givet samtykke (informeret samtykke) til behandling (såfremt der er tale om operation: bookingdatoen).
- D. Tilbudt behandlingsdato på relevant sygehusafdeling.
- F. Tilbudt dato for påbegyndelse af efterbehandling.

Det er således ikke muligt på baggrund Landspatientregisteret at indhente oplysninger om, hvorvidt de maksimale ventetider overholdes. De datoer, der ikke skal registreres elektronisk, fordeler sig endvidere således, at ingen af ventetidsperioderne, der nævnes i bekendtgørelsen, kan opgøres, jf. figur 3. Årsagen er, at der for alle 3 ventetidsperioder er mindst én dato, der ikke registreres elektronisk.

Ventetider beregnet på baggrund af data fra Landspatientregisteret kan ifølge ministeriet ikke præcist vise, hvorvidt de maksimale ventetider overholdes, men kan dog ifølge ministeriet belyse det generelle ventetidsniveau og udviklingen heri.

47. Rigsrevisionen har interviewet 6 sygehuse om deres registrering i relation til ordningen. Interviewene har vist, at der kan være behov for at fastlægge følgende i relation til bekendtgørelsens § 3 om de maksimale ventetider for kræftbehandling:

- hvornår ventetiden begynder, hvis den modtagne henvisning er mangelfuld
- hvornår ventetiden begynder for patienter, der undervejs i et udredningsforløb for en anden sygdom end kræft får konstateret kræft
- hvornår ventetiden begynder for patienter, der undervejs i et kræftbehandlingsforløb (fx kemoterapi) får konstateret behov for andre former for kræftbehandling (fx strålebehandling)
- om både nyhenviste patienter og genhenviste patienter er omfattet af bekendtgørelsen
- om patienter, der modtager strålebehandling som symptombehandling, er omfattet af bekendtgørelsen og i benægtende fald, hvordan de skal adskilles fra de patienter, der er omfattet af reglerne om maksimale ventetider
- om en henvisning til strålebehandling er modtaget, allerede når den modtages på den onkologiske afdeling eller først, når den modtages i stråleterapien, som er en del af den onkologiske afdeling.

Disse forhold vil kunne fastlægges som en del af de retningslinjer, der er udarbejdet som bilag til bekendtgørelsen.

Registrering af øvrige patientrettigheder

48. Ud over bekendtgørelsens bestemmelser om maksimale ventetider medfører loven en række øvrige rettigheder for patienten, der er reguleret som følger i bekendtgørelsen:

§ 7, stk. 2, fastsætter, at sygehuset senest 8 hverdage efter modtagelse af henvisning skal meddele patienten, om vedkommende kan tilbydes behandling inden for den maksimale ventetid.

§ 8, stk. 1, fastsætter, at amtskommunen skal tilbyde patienten henvisning til et sygehus i en anden amtskommune, et privat sygehus her i landet eller et sygehus i udlandet, hvis ikke amtets eget sygehus kan tilbyde behandling inden for de maksimale ventetider.

§ 10, stk. 1, fastsætter, at amtskommunen, såfremt patienten ønsker det, hurtigst muligt skal meddele det til Sundhedsstyrelsen, hvis amtskommunen heller ikke kan tilvejebringe behandling på disse andre sygehuse inden for den maksimale ventetid.

49. Undersøgelsen viser, at sygehuse ikke skal registrere ovenstående forhold om patientens øvrige rettigheder elektronisk. Ministeriet har således ikke mulighed for at overvåge, om patientens øvrige rettigheder i forhold til ordningen tilgodeses.

Anden overvågning

50. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i undersøgelsesperioden haft mulighed for at overvåge ordningen gennem ministeriets deltagelse i *Kræftstyregruppen*.

Endvidere iværksatte Indenrigs- og Sundhedsministeriet i slutningen af 2006 2 initiativer, der vil bidrage til overvågningen af ordningen. Først nedsatte ministeriet i november 2006 en *Task force vedr. strålebehandling*, dernæst etablerede ministeriet i december 2006 en tværgående *kræftenhed* mellem Sundhedsstyrelsen og departementet.

51. Kræftstyregruppen blev nedsat i 1998 og har siden da haft repræsentanter for både departementet og Sundhedsstyrelsen.

Ofte er de sager, der bliver behandlet på Kræftstyregruppens møder, af lægefaglig art og vedrører forhold som fx nye behandlingsmuligheder og nye lægemidler. Endvidere har det været gruppens opgave at udarbejde, følge og evaluere Kræftplan I og II.

BOKS 5. KRÆFTSTYREGRUPPEN OG DE NATIONALE KRÆFTPLANER

Sundhedsministeren nedsatte i maj 1998 en kræftstyregruppe i Sundhedsstyrelsens regi.

Formålet med nedsættelsen af Kræftstyregruppen var at belyse mulighederne for forbedringer af kræftbehandlingen med henblik på at nedsætte dødeligheden som følge af kræft.

Kræftstyregruppen blev sammensat med repræsentanter fra amterne/H:S, Amtsrådsforeningen, Sundhedsministeriet, Kræftens Bekæmpelse samt de lægevidenskabelige selskaber inden for en række områder. Sundhedsstyrelsen varetager formandskabet.

Ved årsskiftet 1998/99 anmodede sundhedsministeren Kræftstyregruppen om at udarbejde en national kræftplan, den såkaldte Kræftplan I, omfattende følgende hovedindsatsområder:

- undersøgelser af kræftforekomst og behandlingsresultater
- gennemgang af et udvalg af kræfttyper
- forslag til forbedring af kræftbehandlingen
- implementering.

Kræftplan I blev offentliggjort i februar 2000.

I juni 2005 blev Kræftplan I fulgt op af Kræftplan II, der indeholder Sundhedsstyrelsens anbefalinger til yderligere forbedringer af indsatsen på kræftområdet.

Kræftstyregruppen har siden sin nedsættelse holdt godt 50 møder.

52. Rigsrevisionen har gennemgået referaterne fra Kræftstyregruppens møder. Gennemgangen viser, at ordningen siden 2001 er omtalt i 5 mødereferater, der falder i 3 grupper.

De første 2 mødereferater er fra 2001, hvor amterne orienterede om Informationscenter for Livstruende Sygdomme på Herlev Sygehus, jf. boks 8, og man drøftede samarbejdsmuligheder og initiativer i relation til ekstra kapacitet i udlandet.

Næste gang ordningen blev behandlet i Kræftstyregruppen var ved et møde i 2004, hvor ventetiderne på kemoterapi og strålebehandling blev drøftet. Det fremgår af referatet, at ventetidsgarantien på behandling med kemoterapi med ganske få undtagelser blev overholdt, hvorimod de fleste strålebehandlingscentre havde forventede ventetider på mellem 5 og 7 uger for de fleste patientgrupper.

Endelig blev ordningen behandlet ved et møde ultimo 2006 og et møde i 2007. Ved det første møde orienterede den konstituerede medicinaldirektør om nogle nye initiativer, som ministeriet havde taget på baggrund af nogle konkrete begivenheder i november 2006. Ved mødet i 2007 blev der af rapporteret fra et af de nye initiativer (Task force vedr. strålebehandling), ligesom de aktuelle forventede ventetider til strålebehandling blev drøftet.

53. Undersøgelsen viser, at ministeriet sporadisk følger den konkrete ordning via Kræftstyregruppen.

Ministeriet har oplyst, at Kræftstyregruppen har drøftet alle aspekter af udviklingen på området, herunder udviklingen i kapacitet og kapacitetsbehov, ventetiderne, nye medicinske behandlingsmuligheder, nye diagnostiske modaliteter mv. Det er ifølge ministeriet misvisende at betragte Kræftstyregruppens møderække som en sporadisk opfølgning, både når der henses til antallet af møder – 50 i alt – og indholdet i møderne.

Rigsrevisionen finder, at referaterne fra Kræftstyregruppens møder viser, at overvågningen gennem Kræftstyregruppen generelt sker i forhold til det samlede kræftområde og kun i få tilfælde i forhold til ordningen vedrørende maksimale ventetider.

54. I forbindelse med etableringen af Task force vedr. strålebehandling i november 2006 fik Sundhedsstyrelsen 2 opgaver.

For det første skulle Sundhedsstyrelsen detaljeret beskrive sagsgangen fra de behandlende strålecentre til styrelsen og retur med udgangspunkt i bekendtgørelsens detaljerede krav.

For det andet udarbejdede Sundhedsstyrelsen udkast til en fælles tjekliste til monitorering af givne tilbud og patientvalg. Arbejdet bestod i at udvikle et redskab, som kan bruges på de onkologiske afdelinger til at dokumentere, om man lever op til bekendtgørelsens bestemmelser.

55. Efter Rigsrevisionens vurdering er der tale om 2 opgaver, hvis løsning styrker ministeriets overvågning af området.

BOKS 6. TASK FORCE VEDR. STRÅLEBEHANDLING

Task force vedr. strålebehandling er etableret i november 2006 og er sammensat af repræsentanter for departementet, Sundhedsstyrelsen, hver region og Danske Regioner. Taskforcen har følgende kommissorium:

- Følge udviklingen i strålebehandlingen i Danmark af patienter med kræftsygdom, herunder kapacitet, ventetid, personalesituationen, udbygningsplaner mv.
- Foreslå og eventuelt iværksætte overordnede initiativer, når der konstateres behov herfor, herunder at
 - vurdere behov og muligheder for at øge kapaciteten på danske strålebehandlingscentre
 - vurdere muligheder for at bruge nuværende personalegrupper mere fleksibelt samt for at inddrage andre personalegrupper efter behørig uddannelse
 - undersøge muligheder for indgåelse af aftaler om strålebehandling på centre i udlandet med henblik på, at regionerne indgår sådanne aftaler.
- Foreslå nationale overordnede retningslinjer for bl.a.
 - information af patienter om maksimale ventetider, muligheder for henvisning mv.
 - hvorledes kapaciteten af strålebehandling på centre indenlands og udenlands set under ét udnyttes/fordeles bedst på forskellige diagnosegrupper
 - opgørelser over aktivitet, ventetid mv.
- Være opmærksom på andre initiativer, som kan øge udnyttelsen af kapaciteten.

56. I december 2006 etablerede Indenrigs- og Sundhedsministeriet i henhold til et tillæg til aftale om Kræftplan II en tværgående kræftenhed mellem Sundhedsstyrelsen og departementet. Hensigten med enheden er bl.a. at styrke det statslige overblik og styring af kræftområdet, ikke mindst på stråleområdet. Enheden skal følge op på regioners og sygehuses indsats på en række konkrete områder.

BOKS 7. DEN TVÆRGÅENDE KRÆFTENHED

I december 2006 etableredes en særlig tværgående enhed mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriets departement og Sundhedsstyrelsen. Enheden blev etableret med henblik på at "styrke det statslige overblik og styring af kræftområdet, så der sikres konstant og hurtig fremdrift på ikke mindst strålebehandlingsområdet". Enheden har til opgave at følge op på de direkte driftsansvarlige indsats på bl.a. følgende områder:

- Standardiseret patientinformation – skal sikre, at alle kræftpatienter får den samme, korrekte information om deres rettigheder efter reglerne om livstruende sygdomme.
- Løbende monitorering af patientvalg – skal være muligt at følge, hvor mange patienter der har fået behandling til tiden, tilbud om behandling andet sted i Danmark eller udlandet, hvor mange der har taget imod andre tilbud, og hvor mange der har takket nej mv.
- Løbende statistik og afrapportering – om kapacitet, patientantal, ventetider, udlandstilbud mv.
- Løbende monitorering af produktivitet, patientflow og -tilfredshed og resultater.
- Analyser, forslag og opfølgning på nye og ændrede uddannelser – det skal sikres, at besluttede initiativer iværksættes og følges op.
- Nye initiativer vedrørende arbejdskraft, fx seniorrekruttering, opgaveglidning, udenlandsk arbejdskraft.
- Opfølgning på organisations- og arbejdsgangsanalyser.
- Nye faglige standarder for maksimale ventetider – der er behov for at overveje, om der på sigt skal fastsættes mere differentierede behandlingsfrister på grundlag af de enkelte kræftsygdommes/behandlings særkender.
- Fokus på interne ventetider/optimale patientforløb (diagnostiske pakker) – det skal sikres, at de gode eksempler fx fra projekter, ministeriet har støttet, udbredes og implementeres.
- Centralt overblik over ventetider, forhåndsamtaler m.m. (hotline) – det skal sikres, at afdelingerne aldrig er i tvivl om, hvor de kan hente opdateret information om ventetider, aftaler osv.

Enheden er bemannet med 3 medarbejdere fra departementet og 3 medarbejdere fra Sundhedsstyrelsen.

57. Undersøgelsen viser, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet med taskforcen og kræftenheden har taget 2 initiativer, som styrker overvågningen af ordningen, herunder særligt strålebehandlingen.

Ministeriet har oplyst, at de 2 initiativer omfatter en intensiv indsats på strålebehandlingsområdet forankret i taskforcen og kræftenheden. Indsatsen dækker ifølge ministeriet bl.a. overvågning på ugebasis og patientniveau af aktivitet og behandlingstilbud til patienterne, kapacitets- og behovsestimeringer, regelfortolkning samt analyser af arbejdsgange, omkostningsforhold og personalsituationen. I forlængelse af disse arbejder er der ifølge ministeriet taget en række initiativer både på strålecentre og fra centralt hold, herunder en ændring af radiografuddannelsen fra 2008.

58. Undersøgelsen viser videre, at den kirurgiske og medicinske del af ordningen kun i mindre grad er omfattet af ministeriets nye initiativer. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at det vil få overordentlig store resurse-mæssige konsekvenser at udvide initiativerne til at omfatte den samlede ordning, da det i givet fald vil omfatte hele sygehusområdet.

59. Ministeriet har oplyst, at der i efteråret 2007 er introduceret en målrettet indsats for korte og velkoordinerede patientforløb – de såkaldte pakkeforløb – for alle kræftformer. Der er ifølge ministeriet indgået en særskilt aftale mellem regeringen og Danske Regioner herom og i den forbindelse tilført midler til implementering og anskaffelse af yderligere apparatur. Aftalens tidsplan fastsætter, at samtlige pakkeforløb implementeres i løbet af 2008. Det indgår ifølge ministeriet i aftalen, at der skal ske en løbende monitorering af patientforløbene, som så vidt muligt skal bygge på eksisterende registreringer.

C. Ledig behandlingskapacitet

60. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har 2 opgaver i forhold til ledig behandlingskapacitet.

For det første skal Sundhedsstyrelsen i henhold til lovbemærkningerne have et opdateret kendskab til den ledige kapacitet på forskellige relevante behandlingssteder her i landet og i de nærmeste nabolande.

For det andet har Indenrigs- og Sundhedsministeriet ifølge egne oplysninger som overordnet myndighed en rolle i forhold til at afdække behandlings- og aftalemuligheder i udlandet.

Ledig behandlingskapacitet her i landet og i de nærmeste nabolande

61. Det fremgår af bemærkningerne til § 1 i lov om ændring af sygehusloven fra 1999, at det er afgørende, at Sundhedsstyrelsen hurtigt behandler henvisninger om patienter, hvor de maksimale ventetider ikke kan overholdes. Det er derfor ifølge lovbemærkningerne nødvendigt, at Sundhedsstyrelsen til stadighed har et opdateret kendskab til den ledige kapacitet på forskellige relevante behandlingssteder her i landet og i de nærmeste nabolande.

62. Hvad behandlingskapacitet her i landet angår, fastsætter bekendtgørelsens § 19, at amtskommunerne løbende skal orientere Sundhedsstyrelsen om behandlingskapacitet på de sygehusafdelinger, der varetager behandling af bl.a. kræftsygdomme.

63. Undersøgelsen viser, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet opfatter denne bestemmelse som et udtryk for et krav om, at amterne skal give Sundhedsstyrelsen oplysninger, hvis der er problemer med at overholde de maksimale ventetider på kræftbehandling.

Ministeriet har ikke udarbejdet skriftlige retningslinjer for, hvordan amterne skal indrapportere oplysninger om behandlingskapacitet i henhold til bekendtgørelsens § 19. Ministeriet har dog i en skrivelse i 2003 anmodet amterne om, at rapporteringen i henhold til bekendtgørelsens § 19 sker skriftligt, hvis det er amtets vurdering, at der er så alvorlige kapacitetsproblemer, at det ikke er muligt at overholde ventetidsgarantien i en længere periode. Herefter har styrelsen i 5 tilfælde modtaget en skriftlig orientering om problemer med kapacitet eller ventetider i forhold til de maksimale ventetider.

Tilsvarende har ministeriet oplyst, at problemer med overholdelse af ventetider gennem alle årene jævnligt er blevet drøftet ved møder med repræsentanter for amter og departement.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har endelig oplyst, at Sundhedsstyrelsen løbende følger med i de forventede ventetider for strålebehandling og kemoterapi ud fra oplysninger, som sygehusene frivilligt indberetter til en database, som Sundhedsstyrelsen systemmæssigt driver (Venteinfo.dk). Derudover modtager Sundhedsstyrelsen ugentligt oplysninger fra Informationscenter for Livstruende Sygdomme om ventetiderne i Danmark inden for strålebehandling og kemoterapi.

64. Undersøgelsen viser, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet anvender bekendtgørelsens § 19 som grundlag for at modtage ad hoc-oplysninger fra amterne om problemer med at overholde de maksimale ventetider på kræftbehandling.

Undersøgelsen viser videre, at Sundhedsstyrelsen følger ventetiden i Danmark til strålebehandling og kemoterapi via sygehusenes indberettede skøn over forventede ventetider.

65. Rigsrevisionen finder, at lovbemærkningerne og bestemmelsen i bekendtgørelsens § 19 lægger op til, at amterne mere systematisk indberetter oplysninger til Sundhedsstyrelsen. Endvidere fremgår det af bekendtgørelsen, at der skal orienteres om behandlingskapacitet, hvilket ikke er det samme som problemer med ventetider. Formålet med bestemmelsen er i forlængelse af lovbemærkningerne netop at samle oplysninger om ledig kap-

citet med henblik på at henvise patienter til denne ledige kapacitet – ikke at indsamle oplysninger om mangel på behandlingskapacitet.

Rigsrevisionen finder, at ministeriet med det nuværende udgangspunkt mere systematisk bør indsamle oplysninger om behandlingskapacitet her i landet, herunder ledig kapacitet.

66. Hvad behandlingskapacitet i de nærmeste nabolande angår, blev der i 2001 i *Aftale mellem regeringen, Amtsrådsforeningen og Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) om behandlingsmål for livstruende sygdomme* aftalt, at Informationscenter for Livstruende Sygdomme i samarbejde med Sundhedsstyrelsen regelmæssigt skal kortlægge ledig behandlingskapacitet i udlandet. Aftalen er en del af økonomiaftalen for 2002.

BOKS 8. INFORMATIONSCENTER FOR LIVSTRUENDE SYGDOMME

Informationscenter for Livstruende Sygdomme blev etableret i 2001 som følge af en aftale mellem regeringen, Amtsrådsforeningen og H:S. Centret er bemandet med én medarbejder og er fysisk placeret på Herlev Sygehus.

Informationscentret har til opgave at overvåge ventetider til strålebehandling og kemoterapi samt kortlægge ledig behandlingskapacitet i udlandet sammen med Sundhedsstyrelsen. Informationscentret har endvidere til opgave at medvirke til at sende patienter til behandling i udlandet. Centret bistår sygehusene med at formidle kontakt til og aftaler med inden- og udenlandske sygehuse i forbindelse med konkrete patientsager.

67. Ministeriet har oplyst, at Sundhedsstyrelsen hverken alene eller i samarbejde med Informationscenter for Livstruende Sygdomme foretager regelmæssig systematisk kortlægning af, hvor der er ledig behandlingskapacitet i udlandet. Ifølge ministeriet er dette ikke en nødvendig forudsætning for at kunne henvise patienter eller skabe kontakter til udenlandske behandlingssteder med henblik på behandling af danske kræftpatienter. Endvidere har ministeriet oplyst, at det konkrete udbytte af en sådan løbende regelmæssig kortlægning næppe vil kunne stå mål med omkostningerne.

Endelig har ministeriet oplyst, at styrelsen ikke overvåger behandlingskapaciteten i udlandet, bl.a. fordi systematiske løbende oplysninger om behandlingskapaciteten ikke uden videre kan leveres fra udenlandske sygehuse.

68. Rigsrevisionens undersøgelse viser, at Sundhedsstyrelsen ikke har deltaget i regelmæssige kortlægninger af ledig behandlingskapacitet i udlandet.

Ministeriet har oplyst, at det også fremgår af lovbemærkningerne, at det er lagt til grund for lovforslaget, at amtskommunerne påtager sig et fælles ansvar for løsningen af de her omhandlede sygehusopgaver, specielt gennem udnyttelse af de regionale samarbejdsstrukturer, der allerede eksisterer, herunder til fælles planlægning af den nødvendige kapacitet. Amterne har ifølge ministeriet da også efter aftale med regeringen etableret et fælles center til varetagelse af opgaverne (Informationscenter for Livstruende Sygdomme). Desuden har der ifølge ministeriet indtil det seneste år været meget begrænset interesse for tilbudene i udlandet, ligesom der ifølge ministeriet indsendes meget få patientsager til styrelsen.

Ministeriet finder ikke, at Sundhedsstyrelsen gennem 8 år skulle have kortlagt behandlingsmuligheder i udlandet, som der ifølge ministeriet ikke har været nogen efterspørgsel efter – ifølge ministeriet bl.a. fordi det var aftalt, at Informationscenter for Livstruende Sygdomme tager sig af det. Et krav om, at Sundhedsstyrelsen løbende skulle have kortlagt behandlingsmuligheder i udlandet, ville ifølge ministeriet samtidig betyde, at 2 offentlige instanser skulle løse samme opgaver på samme tid. Dette ville have kostet resurser at opfylde og ville

ifølge ministeriet have gjort Danmark umulig som samarbejdspartner i sådanne sammenhænge.

69. Rigsrevisionen skal pege på, at det fremgår af aftalen om etablering af Informationscenter for Livstruende Sygdomme, at kortlægningen af ledig behandlingskapacitet i udlandet skal ske i samarbejde mellem centret og Sundhedsstyrelsen.

Ministeriet har således ikke varetaget de opgaver, som ministeriet er tillagt i lovbemærkningerne, og som ministeriet desuden er tillagt i aftalen om etablering af Informationscenter for Livstruende Sygdomme.

Tilvejebringelse af behandlings- og aftalemuligheder i udlandet

70. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ifølge egne oplysninger som overordnet myndighed en rolle i forhold til at skabe yderligere behandlingskapacitet i udlandet. Ministeriet har således mulighed for at påvirke området ved at medvirke til, at patienterne via behandling i udlandet behandles inden for de maksimale ventetider.

71. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at Sundhedsstyrelsen i 2001 har afdækket behandlings- og aftalemuligheder med en række centre i Tyskland inden for det område, hvor man ifølge ministeriet forudså de største problemer, nemlig stråleområdet. Samtidig sendte Sundhedsstyrelsen sammen med fagfolk en delegation til Kiel, Tyskland, med henblik på, at amterne efterfølgende kunne indgå aftale med det pågældende sted om at behandle danske kræftpatienter.

Efter 2001 har Sundhedsstyrelsen i 3 tilfælde videreformidlet henvendelser om tilbud om behandling af danske kræftpatienter fra behandlingscentre i Tyskland til sygehuse og Amtsrådsforeningen. Således har Sundhedsstyrelsen i henholdsvis 2002 og 2003 videreformidlet henvendelser fra behandlingscentre i Tyskland til henholdsvis et sygehus og Amtsrådsforeningen, ligesom styrelsen i 2004 videreformidlede et tilbud fra Kiel om behandling af danske kræftpatienter til de onkologiske afdelinger. Ifølge Sundhedsstyrelsen frarådede onkologerne dog styrelsen at gå videre med henvendelsen fra Kiel.

Ministeriet fremhæver på baggrund af ovenstående, at ministeriet har tilvejebragt muligheder for ekstra kapacitet i udlandet, men at de konkrete aftaler kun kan indgås mellem amterne og de udenlandske sygehuse. Ministeriet har videre oplyst, at Sundhedsstyrelsen ikke har fundet anledning til at søge yderligere udenlandsk kapacitet, så længe behandlingskapaciteten i Kiel, som onkologerne frarådede at gå videre med, ikke blev udnyttet. Sundhedsstyrelsen har således ikke søgt at afdække yderligere behandlings- og aftalemuligheder i udlandet, fordi kapaciteten ved de eksisterende tilbud ikke blev udnyttet.

72. Rigsrevisionens undersøgelse viser, at Sundhedsstyrelsen i begyndelsen af ordningen har medvirket til at afsøge udenlandske behandlings- og aftalemuligheder, ligesom styrelsen senere i enkelte tilfælde har formidlet henvendelser herom.

Rigsrevisionen finder dog ikke, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet samlet for perioden 2001-2006 har levet op til det overordnede ansvar med hensyn til at tilvejebringe muligheder for ekstra kapacitet i udlandet. Denne vurdering baserer sig for det første på, at Sundhedsstyrelsen efter 2001 kun har videreformidlet og ikke selv aktivt søgt at tilvejebringe muligheder for ekstra kapacitet. For det andet finder Rigsrevisionen, at Sundhedsstyrelsen mere aktivt burde have søgt behandlingsmuligheder i udlandet, som amterne ville indgå aftaler med, da der efter sygehusenes vurdering for både kemoterapi og strålebehandling har været overskridelse af de maksimale ventetider i perioden, jf. bilag 2.

Undersøgelsen viser, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet kun i begrænset omfang har bidraget til at tilvejebringe behandlings- og aftalemuligheder i udlandet til danske kræftpatienter.

73. Ministeriet har oplyst, at erfaringen har været, at der indtil det seneste år har været en meget begrænset interesse for behandlingstilbuddene i udlandet. Ministeriet finder ikke, at Sundhedsstyrelsen gennem 8 år skulle have aftalt behandlingsmuligheder i udlandet, som der ifølge ministeriet ikke har været nogen efterspørgsel efter.

D. Økonomi

74. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har anvendt 2 former for økonomisk påvirkning af ordningen. Dels den mere overordnede påvirkning ved de årlige økonomiaftaler med amterne, dels den mere konkrete påvirkning gennem tilskud og lånerammer. Sidstnævnte påvirkning er i undersøgelsesperioden alene sket i 2005 og 2006.

Økonomiaftaler

75. I beretning nr. 1/02 er ministeriets rolle med henblik på nedbringelse af ventetiderne på behandling for somatiske (fysiske) sygdomme bl.a. belyst ved en gennemgang af økonomiaftalerne frem til 2002. Det fremgår af beretningen, at økonomiaftalen for 2000 indebærer en afgørende ændring i forhold til aftalerne for de foregående år, idet den indeholdt en 3-årig udviklingsplan for sundhedsområdet i perioden 2000-2002, hvis konkrete udmøntning skulle tilrettelægges i de enkelte amter. Det fremgik videre af beretningen, at der i den undersøgte periode, navnlig fra 2000, med den 3-årige udviklingsplan for sundhedsområdet var sket en tydeliggørelse og systematisering af grundlaget for, at ministeriet kunne påvirke og følge aktiviteterne, bl.a. til nedbringelse af ventetiderne.

76. Rigsrevisionen har i denne undersøgelse gennemgået økonomiaftalerne fra 2003 og frem.

Undersøgelsen viser, at der i økonomiaftalerne 2003-2005 blev afsat ekstra midler til en række forhold, herunder forhold med relevans for kræftbehandling. Der er dog ingen referencer til ordningen eller til ventetider vedrørende kræftbehandling. Undersøgelsen viser videre, at aftalen for 2006 er mere konkret med hensyn til kræftområdet end de foregående aftaler, idet kræftområdet er viet et særligt afsnit i aftalen. Aftalerne for 2007 og 2008 indeholder i øvrigt tilsvarende et særligt afsnit om kræftområdet. I ingen af aftalerne refereres der særskilt til ordningen vedrørende maksimale ventetider.

77. Undersøgelsen viser, at økonomiaftalerne de senere år er blevet mere konkrete, hvad angår kræftområdet, men at de ikke indeholder særlige aftaler i relation til ordningen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at aftalerne har medført en væsentlig økonomisk styrkelse af kræftområdet, idet de har gjort det muligt at forøge kapaciteten og aktiviteten inden for kræftbehandling. Forbedringen af de generelle økonomiske rammevilkår for kræftbehandling indebærer ifølge ministeriet dermed også en styrket indsats i forhold til ventetidsgarantien.

Tilskudspuljer og lånerammer

78. Ved siden af de årlige økonomiaftaler med amterne har ministeriet mulighed for at påvirke ventetiderne ved at afsætte tilskudspuljer eller lånerammer til amterne på finansloven.

79. Det fremgår af beretning nr. 1/02, at der i 1997 blev afsat en pulje på 250 mio. kr. til en forstærket indsats på sundhedsområdet, hvor det bl.a. var hensigten at reducere ventetiden på behandling. Det fremgår af beretningen, at det drejede sig om almindelige statslige tilskud, for hvis anvendelse der skulle aflægges revideret regnskab, og for hvilke tilskudsyderen kunne stille andre betingelser, herunder indsendelse af rapporter om projektførelsen, hvilket ministeriet drog omsorg for. Det fremgår dog også, at Rigsrevisionen fandt, at ministeriets gennemgang af projektrengskaber og rapporter burde have været dokumenteret, og at nytten af projekterne samlet burde have været belyst.

80. I relation til ordningen vedrørende maksimale ventetider har der i 2005 og 2006 på finanslovskonto 16.51.43 været afsat en pulje på først 100 mio. kr. og dernæst 50 mio. kr. til produktivitet fremmende omlægninger på kræftområdet. Rigsrevisionen har gennemgået ministeriets forvaltning af puljen på 100 mio. kr., der vedrører finansloven for 2005, ved at gennemgå 17 af de 68 projekter, som ministeriet gav tilskud til. De projekter, der knytter sig til puljen fra 2006, var cirka midtvejs i projektførelsen, da Rigsrevisionen gennemførte sin undersøgelse, og de indgår derfor ikke.

Gennemgangen viser, at ministeriet har udarbejdet de nødvendige regler i forbindelse med tilskudsordningen, ligesom ministeriet har indkaldt ansøgninger og sagsbehandlet dem tilfredsstillende. Bl.a. har Sundhedsstyrelsen gennemgået alle ansøgninger og for hver enkelt givet en faglig udtalelse.

Gennemgangen viser imidlertid også, at ministeriet ikke har fulgt tilfredsstillende op på projekterne. I forbindelse med tildelingen af midlerne er der opstillet en række målepunkter for projekterne og fastsat krav om, at projekthaverne i august 2005, i juni 2006 og i marts 2007 skulle indberette i relation til disse målepunkter. Undersøgelsen viser, at kun ganske få projekthavere har indberettet i forhold til målepunkterne, og at ministeriet først i juni 2007 har fulgt op i forhold hertil.

81. På anmærkningerne til finanslovskonto 16.51.43 oplyste ministeriet i 2005 og 2006 endvidere, at der som led i aftale om finansloven var afsat 2 lånerammer, som havde til formål at øge kapaciteten og nedbringe ventetid på kræftbehandling. I 2005 var de 2 lånerammer på hver 150 mio. kr. og skulle anvendes til henholdsvis fuld finansiering af skannere og fuld finansiering af strålekanoner. I 2006 var lånerammerne hævet til hver 300 mio. kr., og formålet var i store træk det samme. Der oplystes således på anmærkningerne om lånerammer på i alt 900 mio. kr. for de 2 år, som skulle fordeles efter ansøgning fra amterne.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har oplyst, at amternes/regionernes lånoptagelse sker på det almindelige lånemarked inden for de rammer og på de vilkår, der er fastsat i ministeriets lånebekendtgørelse, eller inden for de rammer, der er givet dispensation til. Det var således ifølge ministeriet ikke staten, der var långiver. Ministeriet har videre oplyst, at den del af anmærkningerne, der vedrørte lånerammerne i 2005 og 2006, alene var medtaget for at give et samlet billede af de initiativer, der blev iværksat for at styrke kræftområdet. Ministeriet har endelig gjort opmærksom på, at budgetspecifikationen til konto 16.51.43 alene omfatter tilskud.

IV. Erfaret og forventet ventetid

RIGSREVISIONENS BEMÆRKNINGER

Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ministeriets overvågning knyttet sig til udviklingen i det generelle ventetidsniveau. Ministeriet har således ikke kendskab til, hvorvidt de maksimale ventetider er overholdt, herunder udviklingen i de ventetider, der henhører under ordningen.

Denne vurdering er baseret på:

- Sygehusene indberetter en række elektroniske oplysninger om patienter til Landspatientregisteret. Dette register rummer kun nogle af de datoer, der indgår i ordningen, hvorfor der ikke findes oplysninger om, hvorvidt de maksimale ventetider er overholdt, herunder udviklingen i de ventetider, der henhører under ordningen. Ministeriet har oplyst, at ændringer i registreringerne i Landspatientregisteret er tids- og resursekrævende. Ministeriet finder ikke, at sådanne omkostninger står mål med udbyttet ved at opnå en lidt mere præcis overvågning af en ordning på et afgrænset område.
- Ministeriet kan redegøre for erfarede ventetider, der dog ikke relaterer sig til de maksimale ventetider på kræftbehandling, idet de er beregnet ud fra andre datoer end dem, der indgår i ordningen.
- Ministeriet kan redegøre for forventede ventetider i forhold til de maksimale ventetider, der indgår i ordningen. De forventede ventetider bygger på de skøn, som sygehusene frivilligt indberetter om ventetiden for den næste patient. De forventede ventetider kan efter Rigsrevisionens vurdering ikke bruges til at angive, om de maksimale ventetider er overholdt. Ifølge ministeriet kan de forventede ventetider give en indikation af de pågældende sygehuses mulighed for at overholde de maksimale ventetider.
- Rigsrevisionen finder, at de forventede ventetider, som ministeriet offentliggør på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, kan være velegnede for patienterne i forhold til at finde ud af, hvor i landet ventetiden forventes at være kortest. Rigsrevisionen finder dog, at det kan misforstås, når det af hjemmesiden fremgår, at de forventede ventetider udtrykker den maksimale ventetid for patienten, idet undersøgelsen viser, at sygehusene reelt indberetter ventetiden til den næste ledige tid.

82. Rigsrevisionen har undersøgt, om udviklingen i ventetiderne på behandling for livstruende kræftsygdomme viser, at de maksimale ventetider er overholdt i forhold til de fastsatte målsætninger i ordningen.

83. Som tidligere nævnt giver ordningen patienterne en række detaljerede rettigheder i form af bl.a. maksimale ventetider. Der er i Sundhedsstyrelsens retningslinjer om maksimale ventetider for patienter med livstruende kræftsygdomme fastsat krav til, hvordan sygehusene i den papirbaserede patientjournal skal dokumentere, at bekendtgørelsen overholdes.

Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet omfatter ordningen individuelle patientrettigheder, hvor det er væsentligt, at der i patientjournalen foreligger dokumentation for, om den enkelte patientrettighed er respekteret. Det har ifølge ministeriet ikke været intentionen med ordningen, at der skulle etableres nye og omfattende registrerings- og dokumentationssystemer.

84. Sygehusene indberetter en række elektroniske oplysninger om patienterne til Landspatientregisteret, herunder nogle af de datoer, der indgår i ordningen. Sygehusene skal ikke indberette alle oplysninger til registeret, som er nødvendige for at vurdere, hvorvidt de maksimale ventetider overholdes. Der findes derfor ikke elektroniske oplysninger om, hvorvidt de maksimale ventetider er overholdt, herunder udviklingen i ventetiderne.

85. Rigsrevisionen fremhævede bl.a. i beretning nr. 1/02 om ventetider i sygehussektoren, at det efter Rigsrevisionens vurdering var en mangel, at Landspatientregisteret alene registrerede tiden fra lægehenvielse til sygehusbehandling, men ikke særskilt den ventetid, der medgik fra henvielse til forundersøgelse.

Det fremgik videre af beretningen, at etablering af forløbsbaseret registrering i Landspatientregisteret ville være egnet til at opsamle de data, der var nødvendige til beregning af ventetider, og dermed til at overvåge, at de opstillede servicemålsætninger blev opfyldt.

Ministeren anførte efterfølgende i sin redegørelse af 20. marts 2003, at ministeren var enig i den kritik af Landspatientregisteret og dets anvendelsesmuligheder, der rejstes i beretningen. Ministeren anførte videre, at der var tale om erkendte problemstillinger, som ikke mindst lå til grund for de overvejelser om etablering af det forløbsbaserede Landspatientregister i Sundhedsstyrelsen, der omtaltes i beretning nr. 1/02.

86. Ministeriet har i forbindelse med denne undersøgelse oplyst, at Landspatientregisteret anvendes til en række formål, herunder generel overvågning af aktiviteten i sygehusvæsenet, forskning og afregning. De datoer, der indgår, er ifølge ministeriet et produkt af disse samlede hensyn og udviklet over tid. Datoerne i bekendtgørelsen om de maksimale ventetider er ifølge ministeriet fastsat efter relevans for den konkrete patientgruppes forløb. Ændringer i registreringerne i Landspatientregisteret er ifølge ministeriet tids- og resursekrævende. Ministeriet har ikke vurderet – og finder fortsat ikke – at sådanne omkostninger står mål med udbyttet ved at opnå en lidt mere præcis overvågning af en ordning på et afgrænset område.

87. På baggrund af de elektroniske oplysninger, som Sundhedsstyrelsen modtager fra sygehusene, kan ministeriet opgøre ventetider på baggrund af følgende 2 ventetidsbegreber:

- erfaret ventetid
- forventet ventetid.

88. Hverken de erfarede eller de forventede ventetider angiver efter Rigsrevisionens vurdering, om de maksimale ventetider overholdes.

På trods af de mangler, som Indenrigs- og Sundhedsministeriets ventetidsdata er behæftet med, har Rigsrevisionen i bilag 2 udarbejdet de opgørelser af erfarede og forventede ventetider, som ministeriet har kunnet levere data til.

A. Erfaret ventetid

89. Erfaret ventetid udtrykker ifølge Sundhedsstyrelsen den faktiske ventetid, patienter har oplevet i forbindelse med sygehusbehandling. Opgørelser af erfarede ventetider er baseret på sygehusenes obligatoriske indberetninger af oplysninger om afsluttede kontakter til Landspatientregisteret. Kravene til indberetning er beskrevet i Sundhedsstyrelsens publikation Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter, jf. boks 4.

90. Rigsrevisionens undersøgelse viser, at de erfarede ventetider ikke relaterer sig til de maksimale ventetider, da de bliver beregnet ud fra andre datoer end dem, som er beskrevet i bekendtgørelsen og tilhørende retningslinjer. Tilsvarende har ministeriet oplyst, at de erfarede ventetider ikke præcist kan vise, hvorvidt de maksimale ventetider overholdes, men dog kan belyse det generelle ventetidsniveau og udviklingen heri.

91. Ministeriet har fra 1. januar 2004 fastsat nye krav til, hvordan sygehusene indberetter ventetidsdata til Landspatientregisteret. Baggrunden for de nye krav til indberetning var, at der i 2002 blev identificeret en række problemer med sygehusenes indberetninger til Landspatientregisteret.

De nye krav til indberetning af ventetidsdata til Landspatientregisteret blev ifølge ministeriet ikke indført med det formål at monitorere, om de maksimale ventetider overholdes.

B. Forventet ventetid

92. Forventet ventetid udtrykker ifølge Sundhedsstyrelsen sygehusenes egne skønsmæssige vurderinger af, hvor lang tid "den ukomplicerede patient" maksimalt kan regne med at vente. Oplysninger om forventede ventetider er baseret på frivillige indberetninger fra sygehusene til Sundhedsstyrelsens internetbaserede ventetidsinformationssystem, Venteinfo.dk, der stiller disse oplysninger til rådighed med henblik på at blive anvendt af borgere, sygehuse og praktiserende læger.

Sundhedsstyrelsen opgør forventede ventetider til forundersøgelse, operation, kemoterapi og strålebehandling for en række kræftsygdomme.

93. Rigsrevisionen finder, at de forventede ventetider ikke kan bruges til at angive, om de maksimale ventetider er overholdt, da de er baseret på sygehusenes fremtidige skøn.

94. Rigsrevisionen har interviewet de 6 sygehuse om, hvorvidt oplysningerne på Venteinfo.dk er baseret på sygehusenes vurdering af, hvor lang tid "den ukomplicerede patient" maksimalt kan regne med at vente, sådan som det fremgår af Sundhedsstyrelsens oplysninger på hjemmesiden.

Undersøgelsen viser, at sygehusene indberetter den næste ledige tid til behandling og ikke, som oplyst på Venteinfo.dk, den maksimale tid, patienten kan regne med at vente.

Ministeriet har oplyst, at der på strålebehandlingsområdet netop er etableret et system, hvor strålecentrene oplyser "næste ledige tid" med henblik på patienthenvisning efter ordningen om maksimale ventetider.

Undersøgelsen viser videre, at ingen af sygehusene sondrer mellem komplicerede og ukomplicerede patienter ved indberetning af de forventede ventetider. Størstedelen af de 6 sygehuse oplyser videre, at de ikke er bekendt med, hvad Sundhedsstyrelsens betegnelse "den ukomplicerede patient" dækker.

95. Rigsrevisionen finder, at de forventede ventetider, som ministeriet offentliggør på Sundhedsstyrelsens hjemmeside Venteinfo.dk kan være velegnede for patienterne i forhold til at finde ud af, hvor i landet ventetiden forventes at være kortest. Rigsrevisionen finder det dog

uhensigtsmæssigt, at sygehusenes indberetninger af forventede ventetider ikke er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens definition på de forventede ventetider. Rigsrevisionen finder således, at det kan misforstås, når det af hjemmesiden fremgår, at de forventede ventetider udtrykker den maksimale ventetid for patienten, idet undersøgelsen viser, at sygehusene reelt indberetter ventetiden til den næste ledige tid.

V. Efterfølgende tilbud, når de maksimale ventetider ikke kan overholdes inden for patientens bopælsamtskommune

RIGSREVISIONENS BEMÆRKNINGER

Der findes ikke elektroniske oplysninger om, og ministeriet har ikke kendskab til, i hvilket omfang patienterne modtager de efterfølgende tilbud, der indgår i ordningen.

Denne vurdering er baseret på:

- Sygehusene indberetter løbende elektronisk en række patientoplysninger til ministeriet, men de efterfølgende tilbud, som sygehusene skal give patienterne, er ikke omfattet af denne elektroniske registrering. Ministeriet kan derfor ikke opgøre, om amtet har tilbudt patienten henvisning til andet sygehus, eller om amtet har tilbudt patienten at videresende patientens sag til Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen har modtaget i alt 77 patientsager i perioden 2001-2006. Heraf er mere end 50 sager ikke blevet behandlet individuelt, særligt fordi Sundhedsstyrelsen opfattede de fleste af disse sager som en generel orientering af styrelsen. Rigsrevisionen finder dette forhold utilfredsstillende. Departementet har reageret over for Sundhedsstyrelsen i slutningen af 2006, da departementet blev opmærksom på dette forhold.
- Sundhedsstyrelsens manglende sagsbehandling af en række patientsager har medført, at Sundhedsstyrelsen ikke har forsøgt at finde behandlingstilbud til disse patienter. Ministeriet kan i øvrigt ikke opgøre, om den sagsbehandling, som Sundhedsstyrelsen foretager, medfører, at patienten får et behandlingstilbud inden for de maksimale ventetider.
- Sundhedsstyrelsens manglende sagsbehandling har endvidere medført, at en række patienter ikke er blevet oplyst om retten til selv at finde et behandlingstilbud. I undersøgelsesperioden er kun 2 patienter blevet oplyst om retten til selv at finde et behandlingstilbud. Sundhedsstyrelsen har sendt 34 beklagelsesbreve til patienter, hvor styrelsen har vurderet, at sagsbehandlingen ikke har været tilfredsstillende.

96. Rigsrevisionen har undersøgt, i hvilket omfang patienter får de efterfølgende tilbud, der indgår i ordningen, når de maksimale ventetider ikke kan overholdes inden for patientens bopælsamtskommune.

97. Loven regulerer, at patienten skal have en række tilbud, hvis de maksimale ventetider ikke kan overholdes. Bekendtgørelsen udmønter loven som følger:

- Amtet skal tilbyde patienten henvisning til et andet sygehus inden for de maksimale ventetider (§ 8).
- Kan dette ikke lade sig gøre, skal amtet hurtigst muligt meddele det til Sundhedsstyrelsen, hvis patienten ønsker det (§ 10).
- Sundhedsstyrelsen skal om muligt henvise patienten til behandling på et sygehus inden for den maksimale ventetid (§ 11).
- Hvis ikke Sundhedsstyrelsen kan tilvejebringe et behandlingstilbud inden for den maksimale ventetid, skal styrelsen meddele patienten, at vedkommende har ret til selv at finde et behandlingstilbud (§ 12).

A. Amtets tilbud om henvisning til andet sygehus

98. Sygehusene indberetter løbende elektronisk en række patientoplysninger til ministeriet, men de efterfølgende tilbud, som sygehusene skal give patienterne, er ikke omfattet af denne elektroniske registrering. Ministeriet kan derfor ikke opgøre, om amtet har tilbudt patienten henvisning til andet sygehus.

Rigsrevisionens interviews med de 6 sygehuse viser, at ingen af sygehusene foretager opgørelser af, om patienterne modtager et andet behandlingstilbud, når de maksimale ventetider ikke kan overholdes. Der findes således ikke samlet viden om, hvorvidt patienterne modtager et andet behandlingstilbud, når behandling ikke har været mulig i patientens bopælsamtskommune inden for de maksimale ventetider.

99. Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ved møder med Rigsrevisionen oplyst, at bekendtgørelsens § 8 om "tilbud om henvisning til et andet sygehus" ikke kræver, at sygehuset skal give et konkret behandlingstilbud, når amtskommunen tilbyder henvisning til et andet sygehus. Amtets forpligtelse i henhold til § 8 kan således efter ministeriets vurdering være indfriet alene derved, at sygehuset tilbyder patienten at undersøge, om der er mulighed for, at patienten kan blive henvist til behandling på et andet sygehus inden for de maksimale ventetider.

Det er ifølge ministeriet en selvfølge, at pligten for sygehuset til at søge at skaffe patienten hurtigere undersøgelse og behandling et andet sted kun bliver aktuel, hvis patienten ønsker at komme et andet sted hen. Det rimelige og naturlige er derfor ifølge ministeriet, at man som det første spørger, om patienten overhovedet er interesseret og eventuelt i hvad, før man kontakter potentielle behandlingssteder. Denne fremgangsmåde har ifølge ministeriet desuden 2 væsentlige fordele.

For det første skal man ikke booke en tid på et andet sygehus, som man herefter med stor sandsynlighed må aflyse – en praksis som ifølge ministeriet vil gøre det vanskeligt at henvise patienter i fremtiden. For det andet får patienten ifølge ministeriet lejlighed til at ytre egne ønsker om behandlingssted. Afgives et konkret tilbud med det samme, er handlepligten ifølge ministeriet opfyldt, og sygehuset har ikke pligt til at søge andre alternativer.

100. Rigsrevisionen skal pege på, at det ikke af regelgrundlaget for ordningen fremgår, at det efterfølgende tilbud om behandling på et andet sygehus alene skal gives, hvis patienten ønsker det. Dette er derimod tilfældet, hvad angår det efterfølgende tilbud om at få patient-sagen indsendt til Sundhedsstyrelsen. Dette skal i henhold til såvel lov som bekendtgørelse alene ske, hvis patienten ønsker det.

Rigsrevisionen finder, at det bør fremgå af regelgrundlaget, såfremt disse 2 efterfølgende tilbud er ligestillede, for så vidt at begge kun skal gives, hvis patienten ønsker det. Ordningens nuværende udformning giver efter Rigsrevisionens vurdering det indtryk, at der består den forskel, at patienten altid skal have det ene tilbud (om henvisning til andet syge-

hus), hvorimod patienten kun skal have det andet tilbud (om indsendelse af patientsag til Sundhedsstyrelsen), hvis patienten ønsker det.

B. Amtets tilbud om indberetning til Sundhedsstyrelsen

101. Sygehusene indberetter løbende elektronisk en række patientoplysninger til ministeriet, men de efterfølgende tilbud, som sygehusene skal give patienterne, er ikke omfattet af denne elektroniske registrering. Ministeriet kan derfor ikke opgøre, om amtet har tilbudt patienten at videresende patientens sag til Sundhedsstyrelsen.

Rigsrevisionens interviews med de 6 sygehuse viser tilsvarende, at ingen af sygehusene foretager opgørelser i relation til indsendelse af sager til Sundhedsstyrelsen. Der findes således ikke samlet viden om, hvorvidt patienterne får tilbud om, at deres sag indsendes til Sundhedsstyrelsen, når behandling ikke har været mulig inden for de maksimale ventetider.

C. Sundhedsstyrelsens henvisning af patienter til behandling

102. Det fremgår af beretning nr. 1/02 om ventetider i sygehussektoren, at ministeriet i april 2002 oplyste, at Sundhedsstyrelsen siden juni 1999 havde haft i alt 11 sager, hvor et amt havde måttet opgive at finde et behandlingstilbud. 10 af patienterne havde via Sundhedsstyrelsen modtaget et behandlingstilbud, primært i Kiel i Tyskland, mens der for 1 patient på grund af særlige omstændigheder ikke kunne skaffes tilbud om behandling hurtigere end det, der allerede var mulighed for via amtet. Det fremgik videre af beretningen, at alle problemer med at få behandlet patienterne i overensstemmelse med bekendtgørelserne i praksis blev løst internt blandt sygehusene via en særlig clearingcentral på Herlev Sygehus (Informationscenter for Livstruende Sygdomme).

103. Sundhedsstyrelsen fremlagde den 27. november 2006 en redegørelse for sin sagsbehandling i forbindelse med ordningen om maksimale ventetider for patienter med livstruende kræftsygdomme.

104. Der gives i det følgende først et resumé af Sundhedsstyrelsens redegørelse. Herefter følger Rigsrevisionens vurdering af styrelsens sagsbehandling, herunder hvorvidt Sundhedsstyrelsen kan opgøre, hvor mange patienter der som følge af styrelsens sagsbehandling er blevet tilbudt behandling inden for den fastsatte maksimale ventetid.

Sundhedsstyrelsens redegørelse

105. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens redegørelse, at styrelsen i perioden 2001 - 18. november 2006 har modtaget 77 henvendelser om enkeltpatienter i relation til ordningen om de maksimale ventetider. Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med udarbejdelsen af redegørelsen fordelt henvendelserne i 4 grupper:

Tabel 1. Fordelingen af de 77 henvendelser om enkeltpatienter

	Antal
Patientsager (individuelt sagsbehandlet)	20
Patientsager (ikke sagsbehandlet)	2
Sager vedrørende behandlingskapaciteten på Herlev Hospital	50
Orienteringssager	5
I alt	77

Kilde: Sundhedsstyrelsens redegørelse.

106. Det fremgår af tabel 1, at Sundhedsstyrelsen har sagsbehandlet 20 af de 77 henvendelser individuelt. 2 sager, som Sundhedsstyrelsen selv betegner som patientsager, er modtaget i styrelsen i den pågældende periode, uden at disse har været genstand for sagsbehandling i styrelsen.

50 henvendelser har styrelsen opfattet som udtryk for en generel problemstilling vedrørende behandlingskapaciteten på Herlev Hospital, og styrelsen har i disse sager ikke foretaget en individuel sagsbehandling.

5 henvendelser har styrelsen opfattet som orienteringssager, hvor styrelsen har skønnet ikke at skulle handle aktivt. Dette har fx drejet sig om klagesager, hvor styrelsen har modtaget en kopi til orientering.

107. Sundhedsstyrelsen oplyser senere i redegørelsen, at der har været tale om en ikke ubetydelig variation i styrelsens håndtering af de 77 henvendelser. Styrelsen har ifølge redegørelsen for en del af de 77 henvendelsers vedkommende ikke foretaget en tilfredsstillende eller fuldt tilfredsstillende sagsbehandling. Mange af disse sager vedrører henvendelser, der ifølge redegørelsen fejlagtigt har været opfattet som udtryk for orientering eller generelle indikationer for manglende kapacitet, og som derfor er håndteret gruppevis ved drøftelser med det henvisende sygehus, uden at konkret sagsbehandling har fundet sted.

Sundhedsstyrelsen oplyser i den forbindelse i redegørelsen, at kommunikationen fra styrelsens side i forhold til Herlev Hospital, som 66 af de 77 henvendelser er modtaget fra, ikke i alle henseender har været tilstrækkelig klar og derfor har kunnet medvirke til misforståelser i samarbejdet vedrørende konkrete patientsager.

108. Sammenfattende konkluderer Sundhedsstyrelsen følgende i redegørelsen:

- Ikke alle henvendelser om enkeltpatienter er behandlet konkret eller tilstrækkeligt konkret. I den forbindelse har styrelsen ikke som forudsat givet meddelelse til patienter om mulighederne for behandling og for selv at forsøge at tilvejebringe tilbud.
- Styrelsen har i en række tilfælde medvirket til tilvejebringelse af konkrete tilbud til patienter, herunder fremrykning af tilbud.
- Styrelsen har medvirket til overvågning af kapacitet og undersøgelser af generelle muligheder for tilvejebringelse af kapacitet i udlandet.
- Dele af styrelsens kommunikation har været uklar og har kunnet medvirke til beklagelige misforståelser i samarbejdet med Herlev Hospital.

Sundhedsstyrelsens sagsbehandling

109. Rigsrevisionen har for at vurdere, om Sundhedsstyrelsen om muligt har henvist patienten til behandling inden for den fastsatte maksimale ventetid, undersøgt styrelsens sagsbehandling. Af de 77 henvendelser om enkeltpatienter, som styrelsen har modtaget fra 2001 til november 2006, og som også indgår i Sundhedsstyrelsens redegørelse, har Rigsrevisionen undersøgt de 20 patientsager, de 5 orienteringssager og 6 tilfældigt udvalgte sager vedrørende behandlingskapaciteten på Herlev Hospital, jf. tabel 1.

110. Rigsrevisionens undersøgelse har vist følgende:

- De henvendelser, som styrelsen sagsbehandlede, blev behandlet hurtigt med henblik på hurtigst muligt at kunne meddele patienten, om styrelsen kunne henvise vedkommende til behandling inden for de maksimale ventetider.
- Sundhedsstyrelsens sagsbehandling har i 3 tilfælde tilvejebragt et tidligere behandlingstilbud. Endvidere har Sundhedsstyrelsen i enkelte andre sager oplyst sygehuset om pligten til at afsøge indenlandske og udenlandske behandlingsmuligheder, inden sagen indberettes til Sundhedsstyrelsen. I disse sager vides det ikke, om sygehusene efterfølgende har tilvejebragt et tidligere behandlingstilbud. Derudover har sygehusene

i flere tilfælde selv tilvejebragt et tidligere behandlingstilbud efter indsendelse af patienternes sag til Sundhedsstyrelsen.

- Sundhedsstyrelsen har i perioden 2001-2006 ikke haft skriftlige retningslinjer for sagsbehandling af henvendelser om enkeltpatienter i relation til ordningen om de maksimale ventetider. Sundhedsstyrelsen har dog oplyst, at styrelsen i december 2006 har etableret en ny enhed i styrelsen "Enhed for monitorering og patientvisitation", som fremover varetager alle funktioner i henhold til ordningen om de maksimale ventetider. Enheden har efterfølgende i 2007 udarbejdet skriftlige retningslinjer for styrelsens håndtering og sagsbehandling af henvendelser om enkeltpatienter i relation til ordningen om de maksimale ventetider.
- Sundhedsstyrelsen kan have vanskeligt ved at tilvejebringe et behandlingstilbud inden for de maksimale ventetider, da styrelsen modtager patientsagerne sent i forløbet. Som følge heraf har Sundhedsstyrelsen ofte kun meget kort tid til at forsøge at tilvejebringe patienten et behandlingstilbud, inden de maksimale ventetider overskrides. Sundhedsstyrelsen kan endvidere have vanskeligt ved at tilvejebringe et behandlingstilbud inden for de maksimale ventetider, da den henvisende læge først skal vurdere faglig relevans og forventet kvalitet af det behandlingstilbud, som Sundhedsstyrelsen måtte have tilvejebragt. Sundhedsstyrelsen har oplyst, at styrelsen i 2007 har organiseret sig således, at patientsagerne kan sagsbehandles inden for de maksimale ventetider, hvis indberetningerne modtages tidligt i forløbet.
- Sundhedsstyrelsen har ikke andre muligheder eller forudsætninger for at tilvejebringe behandlingstilbud, end de pågældende sygehuse, herunder Informationscenter for Livstruende Sygdomme, har. Sundhedsstyrelsen har oplyst, at patienternes ret til at få indsendt deres sag til Sundhedsstyrelsen snarere er en efterprøvelse af, at alle relevante muligheder for tilvejebringelse af et tidligere tilbud er undersøgt, end det er en reel mulighed for, at Sundhedsstyrelsen kan tilvejebringe patienten behandling inden for de maksimale ventetider.
- Sundhedsstyrelsen har i perioden 2001 - 18. november 2006 modtaget yderligere 4 henvendelser om enkeltpatienter, som først blev lokaliseret i styrelsen i 2007, og som derfor ikke indgår i Sundhedsstyrelsens redegørelse. 1 ud af de 20 patientsager, som Sundhedsstyrelsen i sin redegørelse har anført som individuelt sagsbehandlet, er ikke sagsbehandlet.
- Der er i perioden indsendt ganske få henvendelser til Sundhedsstyrelsen, bortset fra henvendelser fra Herlev Hospital, selv om de maksimale ventetider efter sygehusenes vurdering i perioden har været overskredet for både kemoterapi og strålebehandling.
- Ministeriet har oplyst, at departementet i perioden løbende har haft kontakt med styrelsen om kræftområdet og som følge heraf har været fuldt orienteret om generelle træk vedrørende Sundhedsstyrelsens sagsbehandling. Rigsrevisionens sagsgennemgang viser dog også, at departementet alene i november 2006 telefonisk over for Sundhedsstyrelsen har fulgt op på styrelsens sagsbehandling af patientsager.

111. Rigsrevisionens undersøgelse viser, at det ikke præcist kan opgøres, hvor mange patienter der som følge af styrelsens sagsbehandling modtager et behandlingstilbud inden for de maksimale ventetider. Årsagen er, at styrelsen i nogle sager atter henvender sig til sygehuset, som så overtager patientens sag igen. I disse tilfælde registrerer Sundhedsstyrelsen ikke, om sygehuset tilvejebringer et behandlingstilbud inden for de maksimale ventetider.

D. Patientens ret til selv at finde et behandlingstilbud

112. Rigsrevisionen har undersøgt, om Sundhedsstyrelsen i relevante tilfælde har meddelt patienterne, at de selv har ret til at finde et behandlingstilbud, når styrelsen ikke har kunnet tilvejebringe et sådant tilbud. Undersøgelsen viser følgende:

- Hovedparten af de 77 henvendelser om enkeltpatienter, som Sundhedsstyrelsen har modtaget i perioden 2001 - november 2006, har styrelsen ikke sagsbehandlet individuelt, hvorfor disse patienter ikke er blevet oplyst om retten til selv at finde et behandlingstilbud. Sundhedsstyrelsen har oplyst, at styrelsen primo januar 2007 skriftligt har beklaget over for 34 patienter, hvor styrelsen har vurderet, at sagsbehandlingen ikke har været tilfredsstillende. Der er kun sendt breve til nulevende personer. Sundhedsstyrelsen har endvidere oplyst, at styrelsen efter vedtagelse af "Lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for Sundhedsvæsenet" sendte informationsbreve til samtlige patienter eller pårørende/dødsboer, der har haft en sag i Sundhedsstyrelsen fra 1999 til 2006, uanset om Sundhedsstyrelsen har vurderet sagen som sagsbehandlet korrekt eller ej. Informationsbrevet indeholdt oplysninger om muligheden for at søge erstatning ved Patientforsikringen.
- I halvdelen af de sager, som Sundhedsstyrelsen har behandlet, tilvejebringer Sundhedsstyrelsen et behandlingstilbud til patienten, eller også har sygehusene tilvejebragt et tidligere behandlingstilbud efter indsendelse af patienternes sag til Sundhedsstyrelsen. Derudover gælder det for en række sager, at Sundhedsstyrelsen sender sagen tilbage til sygehuset. I disse tilfælde skal patienten ikke oplyses om retten til selv at finde et behandlingstilbud. Dette forudsætter, at sygehuset finder et behandlingstilbud inden for de maksimale ventetider, da sygehuset ellers bør genindsende sagen til Sundhedsstyrelsen. Dette er der ingen eksempler på.
- I de sager, hvor Sundhedsstyrelsen ikke har tilvejebragt et tilbud til patienten, og hvor sagen ikke er sendt tilbage til sygehuset, fremgår det af sagsbehandlingen, at patienten er blevet oplyst om retten til selv at finde et behandlingstilbud. Dette er tilfældet i 2 sager.

113. Undersøgelsen viser, at Sundhedsstyrelsen i 2 tilfælde i henhold til bekendtgørelsen har oplyst patienter om retten til selv at finde et behandlingstilbud. Sundhedsstyrelsen burde have oplyst betydeligt flere patienter om denne ret, idet styrelsen langt fra har sagsbehandlet alle henvendelser om enkeltpatienter individuelt. Ifølge Sundhedsstyrelsen er der i perioden 2001-2006 ikke umiddelbart nogen sager, hvor patienter har gjort brug af retten til selv at finde et behandlingstilbud.

Rigsrevisionen, den 5. december 2007

Henrik Otbo

/Henrik Berg Rasmussen

Bilag 1. Bekendtgørelsen

Bekendtgørelse nr. 743 af 22. august 2001

Bekendtgørelse om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme m.v.

I medfør af §§ 4 og 5 d i lov om sygehusvæsenet, jf. lovbekendtgørelse nr. 687 af 16. august 1995, som ændret senest ved lov nr. 141 af 5. marts 2001, fastsættes:

§ 1. Denne bekendtgørelse omfatter maksimale ventetider for behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme og visse tilstande ved iskæmisk hjertesygdom.

Stk. 2. Kræftsygdomme, som kræver knoglemarvstransplantation, og hudkræft som ikke er modermærkekræft, er dog ikke omfattet af bekendtgørelsen.

§ 2. Ved livstruende kræftsygdomme forstås alle kræftsygdomme, jf. dog § 1, stk. 2.

Stk. 2. Ved visse tilstande ved iskæmisk hjertesygdom forstås iskæmisk hjertesygdom, hvor der er

- 1) påvist venstre hovedstammesygdom,
- 2) dokumenteret ustabil angina pectoris eller
- 3) angina pectoris smerter umiddelbart efter akut myokardieinfarkt.

Stk. 3. Ved behandling forstås forundersøgelse, behandling og efterbehandling, jf. Sundhedsstyrelsens retningslinjer for behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme og iskæmisk hjertesygdom i bilag 1 og 2.

§ 3. Medmindre hensynet til patientens helbredstilstand tilsiger noget andet, gælder for behandling af kræftsygdomme følgende maksimale ventetider:

1) Til forundersøgelse: 2 uger fra den dato, hvor sygehuset har modtaget lægehenvi-
sning til forundersøgelse, til den dato sygehuset har tilbudt at påbegynde forundersøgelse, jf. dog
stk. 2.

2) Til operation: 2 uger fra den dato, hvor patienten på baggrund af information fra den be-
handlende sygehusafdeling om diagnose og behandlingsmuligheder m.v. har givet samtykke
(informeret samtykke) til operation, til den dato sygehuset har tilbudt at foretage operation.

3) Til medicinsk behandling, som er primær behandling: 2 uger fra den dato, hvor patienten
på baggrund af information fra den behandlende sygehusafdeling om diagnose og behand-
lingsmuligheder m.v. har givet samtykke (informeret samtykke) til medicinsk kræftbehand-
ling, til den dato afdelingen har tilbudt at påbegynde behandling, og senest 4 uger fra den
dato, hvor afdelingen har modtaget henvisning til behandling.

4) Til strålebehandling, som er primær behandling: 4 uger fra den dato, hvor den relevante
sygehusafdeling har modtaget henvisning til strålebehandling, til den dato sygehuset har
tilbudt at påbegynde behandling.

5) Til efterbehandling: 4 uger fra den dato, hvor den relevante sygehusafdeling har modta-
get henvisning til efterbehandling, til den dato afdelingen har tilbudt at påbegynde behand-
ling.

Stk. 2. For livmoderhalskræft er den maksimale ventetid til forundersøgelse 2 uger fra den dato, hvor sygehuset har modtaget lægehenvi- sning på baggrund af en histologisk diagnose fra en speciallæge i patologisk anatomi og cytologi med henvisningsdiagnosen neoplasma malignum cervicis uteri, til den dato sygehuset har tilbudt at påbegynde forundersøgelse.

§ 4. Medmindre hensynet til patientens helbredstilstand tilsiger noget andet, gælder for iskæ- misk hjertesygdom følgende maksimale ventetider:

1) Ved påvist venstre hovedstammesygdom: 2 uger fra den dato, hvor landsdelssygehuset har modtaget henvisning med diagnosen venstre hovedstammesygdom stillet ved koronarar- teriografi, til den dato landsdelssygehuset har tilbudt at udføre revaskularisering.

2) Ved dokumenteret ustabil angina pectoris: i alt 3 uger til koronararteriografi og revasku- larisering fra den dato, hvor landsdelssygehuset har modtaget henvisning fra et sygehus (kardiologisk intensiv afsnit), til den dato landsdelssygehuset har tilbudt at udføre revasku- larisering.

3) Ved angina pectoris umiddelbart efter akut myokardieinfarkt (post-AMI-angina): i alt 5 uger til koronararteriografi og revaskularisering fra den dato, hvor landsdelssygehuset har modtaget henvisning fra et sygehus (kardiologisk intensiv afsnit), til den dato landsdelssy- gehuset har tilbudt at udføre revaskularisering.

§ 5. Har patienten afvist en af sygehuset tilbudt dato for behandling, som ligger inden for de i §§ 3-4 fastsatte maksimale ventetider, har patienten ikke ret til at få et nyt behand- lingstilbud inden for denne maksimale ventetid. Bopælsamtskommunen skal dog tilbyde patienten behandling hurtigst muligt derefter.

§ 6. Reglerne i denne bekendtgørelse om amtskommuner gælder også for Hovedstadens Sygehusfællesskab.

Stk. 2. Reglerne om bopælsamtskommunen gælder også for opholdsamtskommunen i for- hold til personer, der ikke har bopæl her i landet, men har ret til behandling efter §§ 11-14 i bekendtgørelsen om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v., eller er omfattet af ud- lændingelovens § 42 a, § 7 i lov om midlertidig opholdstilladelse til visse personer fra det tidligere Jugoslavien m.v., eller Kosovonødlovens § 7 og har opnået kaution til behandling fra Udlændingestyrelsen.

§ 7. Ansvaret for at tilbyde behandling inden for de fastsatte maksimale ventetider til patien- ter, der lider af livstruende sygdomme, påhviler bopælsamtskommunen, jf. dog § 6, stk. 2.

Stk. 2. Senest 8 hverdage efter, at bopælsamtskommunens sygehus har modtaget en hen- visning af en patient til undersøgelse for en livstruende sygdom, skal sygehuset meddele patienten, om vedkommende kan tilbydes behandling inden for den fastsatte maksimale ventetid på bopælsamtskommunens sygehuse eller på et andet sygehus, som amtskom- munen har indgået aftale med. I bekræftende fald skal patienten have meddelt en dato for forundersøgelsen.

§ 8. Er bopælsamtskommunen ikke i stand til at yde behandling på sine egne sygehuse in- den for den fastsatte maksimale ventetid, skal amtskommunen tilbyde patienten henvisning til et sygehus i en anden amtskommune, et privat sygehus her i landet eller et sygehus i ud- landet, som kan tilbyde behandlingen inden for den fastsatte maksimale ventetid.

Stk. 2. Bopælsamtskommunen kan indgå aftale med et landsdelssygehus om, at dette syge- hus skal henvise en patient til behandling på et sygehus i en anden amtskommune, et pri- vat sygehus her i landet eller et sygehus i udlandet, som kan tilbyde en højt specialiseret behandling inden for den fastsatte maksimale ventetid, hvis landsdelssygehuset ikke selv kan tilbyde behandling inden for de maksimale ventetider.

§ 9. Har en patient efter reglerne om frit sygehusvalg valgt at blive behandlet på en fremmed amtskommunes sygehus, skal dette sygehus efter modtagelse af henvisning tilbyde patienten behandling inden for den fastsatte maksimale ventetid, medmindre sygehuset straks meddeler patienten og den henvisende læge eller sygehusafdeling, at sygehuset ikke kan det.

§ 10. Kan bopælsamtskommunen hverken tilvejebringe et behandlingstilbud på egne sygehuse, et sygehus i en anden amtskommune, et privat sygehus her i landet eller et sygehus i udlandet inden for den fastsatte maksimale ventetid, skal amtskommunen hurtigst muligt meddele det til Sundhedsstyrelsen, hvis patienten ønsker det.

Stk. 2. Er patienten henvist til højt specialiseret behandling på et landsdelssygehus i en anden amtskommune, som bopælsamtskommunen har indgået aftale med efter § 8, stk. 2, og kan landsdelssygehuset ikke tilvejebringe et tilbud om højt specialiseret behandling, heller ikke på et landsdelssygehus i en anden amtskommune, et privat sygehus eller et sygehus i udlandet, inden for den fastsatte maksimale ventetid, skal landsdelssygehuset hurtigst muligt meddele det til Sundhedsstyrelsen, hvis patienten ønsker det.

§ 11. Efter modtagelse af meddelelse fra bopælsamtskommunen eller landsdelssygehuset, jf. § 10, skal Sundhedsstyrelsen om muligt henvise patienten til behandling på et sygehus i en anden amtskommune, et privat sygehus her i landet eller et sygehus i udlandet inden for den fastsatte maksimale ventetid. Sundhedsstyrelsen skal hurtigst muligt meddele patienten, om styrelsen kan henvise vedkommende til behandling inden for den maksimale ventetid, og skal i bekræftende fald oplyse en dato for behandlingen.

§ 12. Kan Sundhedsstyrelsen ikke tilvejebringe et behandlingstilbud inden for den fastsatte maksimale ventetid, skal Sundhedsstyrelsen hurtigst muligt meddele det til patienten og oplyse om patientens ret efter stk. 2 og § 15 til selv at finde et behandlingstilbud. Samtidig skal Sundhedsstyrelsen så vidt muligt meddele patienten en dato for, hvornår behandlingen så kan tilvejebringes.

Stk. 2. Hvis patienten selv kan finde et offentligt sygehus i udlandet, der på forsvarlig vis er i stand til, før den i stk. 1, 2. pkt., nævnte dato, at varetage den behandling, som patienten er henvist til, henviser Sundhedsstyrelsen patienten til dette sygehus, jf. dog stk. 4.

Stk. 3. Forinden henvisning kan ske, skal patienten forelægge et skriftligt behandlingstilbud fra det pågældende offentlige sygehus for Sundhedsstyrelsen til godkendelse, hvori der er angivet pris for behandlingen og dato for behandlingens påbegyndelse.

Stk. 4. Pligten til henvisning efter stk. 2, bortfalder, hvis bopælsamtskommunen eller Sundhedsstyrelsen tilvejebringer et tilbud om behandling, som kan finde sted på et tidligere tidspunkt end behandlingen på et offentligt sygehus, som patienten selv har fundet.

§ 13. Sundhedsstyrelsen kan i særlige tilfælde, hvor der ikke på anden måde kan tilvejebringes et behandlingstilbud, pålægge et offentligt sygehus at varetage behandling af patienten, hvis Sundhedsstyrelsen skønner, at sygehuset er i stand til det uden væsentlige ulemper.

§ 14. Pligten til at henvise patienter til behandling efter § 8, § 11 og § 12, stk. 2, gælder ikke til sygehuse, hvor Sundhedsstyrelsen skønner, at behandlingstaksten er urimelig høj, eller at udgifterne til befordring og ophold er uforholdsmæssigt høje.

§ 15. Kan Sundhedsstyrelsen ikke tilvejebringe et behandlingstilbud inden for den fastsatte maksimale ventetid, skal bopælsamtskommunen yde et tilskud til behandling, hvis patienten selv kan finde et privat sygehus her i landet eller i udlandet, der på forsvarlig vis kan varetage den behandling, som patienten er henvist til. Dog kan der ikke ydes tilskud, hvis behandlingen på det private sygehus først kan finde sted senere end en behandling, som Sundhedsstyrelsen har tilvejebragt og meddelt patienten en dato for i medfør af § 12, stk. 1.

Stk. 2. Tilskuddet til behandling svarer til den gennemsnitlige udgift til en tilsvarende behandling på et dansk offentligt sygehus, dog højst svarende til den faktiske betaling for behandlingen.

Stk. 3. Patienten skal forelægge et skriftligt behandlingstilbud fra det pågældende sygehus for Sundhedsstyrelsen til godkendelse, hvori der er angivet pris for behandlingen og dato for behandlingens påbegyndelse.

Stk. 4. Tilskuddet skal udbetales, når behandlingen har fundet sted.

§ 16. Der kan ikke efter denne bekendtgørelse henvises til eller ydes tilskud til alternativ behandling eller til behandling, der har forskningsmæssig eller eksperimentel karakter.

§ 17. Sundhedsstyrelsen afgør i tvivlstilfælde, om det pågældende sygehus på forsvarlig vis kan påtage sig den behandling, som patienten er henvist til.

§ 18. Kan eller ønsker patienten ikke selv at finde et behandlingstilbud på et offentligt eller privat sygehus, skal bopælsamtskommunen og Sundhedsstyrelsen henvise patienten til behandling snarest muligt.

§ 19. Amtskommunerne skal løbende orientere Sundhedsstyrelsen om behandlingskapaciteten på de sygehusafdelinger, der varetager behandling af livstruende sygdomme, jf. § 2.

§ 20. Bopælsamtskommunen afholder udgifterne til behandling og tilskud til behandling samt til befordring og ophold efter denne bekendtgørelse. Udgifterne til befordring afholdes efter reglerne i Sundhedsministeriets bekendtgørelse om ydelse af befordring eller befordringsgodtgørelse i henhold til lov om sygehusvæsenet og lov om svangerskabshygje og fødselshjælp.

Stk. 2. Bopælsamtskommunen betaler et gebyr på 1.000 kr. til dækning af Sundhedsstyrelsens udgifter ved behandling af sager efter denne bekendtgørelse.

§ 21. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. september 2001.

Stk. 2. Samtidig ophæves bekendtgørelse nr. 161 af 8. marts 2000 om behandling af visse livstruende sygdomme.

Sundhedsministeriet, den 22. august 2001

Arne Rolighed

/John Erik Pedersen

Bilag 1

Sundhedsstyrelsens retningslinjer om maksimale ventetider for patienter med livstruende kræftsygdomme

I Sundhedsministeriets bekendtgørelse om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme m.v. er der fastsat regler om maksimale ventetider.

Disse retningslinjer uddyber bekendtgørelsen og angiver de tidsrum, hvor patienter med livstruende kræftsygdomme afventer at modtage sundhedsvæsenets tilbud. Ventetiderne kan og skal fraviges, hvis hensynet til en patients helbredstilstand tilsiger det.

Bekendtgørelsen fastlægger ikke krav til den samlede varighed af behandlingsforløbet. Det forudsættes imidlertid, at det samlede behandlingsforløb gennemføres inden for en lægefagligt forsvarlig tidsramme.

Definition af patientgruppe

Reglerne om maksimale ventetider gælder for patienter, der efter undersøgelse hos en læge henvises til nærmere udredning eller behandling på en sygehusafdeling, efter at kræftsygdom er påvist, eller hos hvem der er mistanke om kræftsygdom. For livmoderhalskræft (neoplasma malignum cervicis uteri, ICD10 kode C53) gælder, at reglerne om maksimale ventetider kun omfatter patienter, der har fået stillet diagnosen ved patologisk-anatomisk undersøgelse af en vævsprøve. For hudkræft gælder, at reglerne om maksimale ventetider kun omfatter patienter med modermærkekræft, men ikke patienter med anden kræft i hud, neoplasma malignum cutis aliud (ICD10 kode C44). Reglerne om maksimale ventetider gælder ikke for patienter, som afventer behandling med knoglemarvstransplantation. De maksimale ventetider for disse patienter afgøres i de enkelte tilfælde på baggrund af en lægefaglig vurdering af, hvad der må anses for forsvarligt.

I øvrigt skal uhelbredeligt syge patienter tilbydes livsforlængende eller livskvalitetsforbedrende behandling, når det i det enkelte tilfælde findes lægefagligt begrundet.

Henvisning af patienter til behandling på sygehus

De maksimale ventetider løber fra den dato, et sygehus modtager en henvisning af en patient fra en alment praktiserende læge eller en praktiserende speciallæge påført henvisningsdiagnosen kræft eller mistanke herom (jf. ovenfor).

Den alment praktiserende læge/praktiserende speciallæge skal, hvis denne ved undersøgelse af en patient påviser kræft, eller finder mistanke om denne diagnose, henvise patienten til forundersøgelse på den sygehusafdeling, der i henhold til lokale aftaler varetager udredning af sådanne patienter. Ofte vil der tillige lokalt foreligge aftaler om, hvilke patienter det vil være relevant at henvise under en given kræftdiagnose (fx aldersgrupper, symptombeskrivelser), og hvilken udredning, der hensigtsmæssigt forinden vil kunne forestås af den alment praktiserende læge (kliniske undersøgelser, laboratorieundersøgelser), eller som bør foregå i speciallægepraksis (undersøgelser og vævsprøvetagning med anvendelse af særligt apparatur o. lign.). I amter, hvor der ikke er indgået lokale aftaler, skal lægen henvise patienten til udredning på en relevant sygehusafdeling.

Der kan efter bekendtgørelsen ikke henvises til eller ydes tilskud til alternativ behandling eller til behandling, der har forskningsmæssig eller eksperimentel karakter.

Dokumentation af sygehusets overholdelse af de maksimale ventetider

Reglerne om maksimale ventetider gælder for henholdsvis forundersøgelse, behandling og efterbehandling med stråler eller medicin (adjuverende radio- eller kemoterapi) i den udstrækning disse behandlinger vurderes at være lægeligt indicerede. Ventetiden dokumenteres (måles) på følgende måde:

1) Forundersøgelse

Ventetiden på forundersøgelse dokumenteres (måles) ved tidsforløbet mellem a) datoen for modtagelsen af henvisning på sygehuset, og b) datoen for tilbudt forundersøgelse.

2) Behandling

Ventetiden til behandling dokumenteres (måles) ved tidsforløbet mellem c) dato hvor patienten på baggrund af information fra den behandlende afdeling på sygehuset om diagnose og behandlingsmuligheder m.v. har givet samtykke (informeret samtykke) til behandling (såfremt der er tale om operation: booking-datoen), og d) datoen for tilbudt behandling.

Når ikke-kirurgisk kræftbehandling (behandling med medicin eller stråler) er den primære behandling for en given patient, skal endvidere registreres m) dato for modtagelse af henvisning til behandling.

3) Efterbehandling

Ventetiden til efterbehandling med stråler eller medicin (adjuverende radio- eller kemoterapi) dokumenteres (måles) ved tidsforløbet mellem e) dato for modtagelse på onkologisk afdeling af henvisning med henblik på efterbehandling for kræftsygdommen, og f) dato for første behandling med stråler eller for påbegyndelse af medicinsk efterbehandling. Det skal imidlertid understreges, at efterbehandling med stråler eller medicin ikke er lægeligt indiceret for alle kræftpatienter.

Følgende datoer skal registreres i patientens journal og indgår i overvågningen af bekendtgørelsens bestemmelser om maksimale ventetider for den enkelte patient:

a) dato for modtagelse af henvisning til forundersøgelse på sygehus.

b) tilbudt dato for påbegyndelse af forundersøgelse.

m) dato for modtagelse af henvisning til ikke-kirurgisk kræftbehandling (behandling med medicin eller stråler), når dette er primær behandling.

c) dato hvor patienten på baggrund af information fra den behandlende afdeling på sygehuset om diagnose og behandlingsmuligheder m.v. har givet samtykke (informeret samtykke) til behandling (såfremt der er tale om operation: bookingdatoen).

d) tilbudt behandlingsdato på relevant sygehusafdeling.

e) dato for modtagelse af henvisning til onkologisk efterbehandling.

f) tilbudt dato for påbegyndelse af efterbehandling.

Medmindre hensynet til patientens helbredstilstand tilsiger noget andet, eller patienten ønsker noget andet, gælder de nedenfor anførte maksimale ventetider for undersøgelse, kirurgisk og medicinsk kræftbehandling og efterbehandling med medicin eller stråler:

a) til b): to uger; c) til d): to uger; e) til f): fire uger.

Videre gælder følgende maksimale ventetid, hvis ikke-kirurgisk kræftbehandling (behandling med medicin eller stråler) er den primære behandling for en given patient:

m) til d): fire uger.

Har en patient afvist en af sygehuset tilbudt dato for forundersøgelse, behandling eller efterbehandling med medicin eller stråler, som ligger inden for de maksimale ventetider, har patienten ikke ret til at få et nyt undersøgelses-, behandlings- eller efterbehandlingstilbud inden for denne maksimale ventetid. Bopælskommunen skal dog tilbyde patienten behandling hurtigst muligt derefter. Har patienten ønsket udsættelse for så vidt angår en af faserne – fx forundersøgelsen – gælder reglerne om maksimale ventetider dog for de efterfølgende faser i behandlingen.

Det bør anføres i patientens journal, hvis patienten ikke behandles inden for den maksimale ventetid, fordi hensynet til patientens helbredstilstand tilsiger det, eller fordi patienten ønsker det.

Behandlingens omfang og varighed

Bekendtgørelsen omfatter ikke krav til varigheden af de enkelte behandlingselementer. I nogle tilfælde kan det imidlertid forudses, når en henvisning til behandling modtages på sygehuset, at der af kapacitetsmæssige årsager på det pågældende sygehus ikke vil kunne gennemføres den behandling, som patienten er henvist til, inden for sædvanlig tid efter gældende faglige retningslinjer på området. I så fald bør patienten orienteres herom, og henvisningen bør eventuelt sendes til et andet sygehus, som fastsat i bekendtgørelsen, så det sikres, at den samlede varighed af ventetid og behandling ikke overskrider almindelig god lægefaglig standard for den pågældende behandling.

Forundersøgelse af patienter henvist på mistanke om livstruende kræftsygdom bør således i reglen tilrettelægges, så samtale med henblik på at opnå informeret samtykke til operation eller ikke-kirurgisk behandling kan gennemføres inden for 4 uger. Henvisning til behandling (eller ved operation booking af operationsdato) bør ske umiddelbart herefter. Kirurgisk behandling og efterfølgende patologisk-anatomisk undersøgelse af det udtagne væv bør almindeligvis tilrettelægges således, at informationssamtale bl.a. vedrørende evt. henvisning til efterbehandling i onkologisk regi kan gennemføres inden for 10 dage efter operationsdatoen. Det forudsættes, at henvisning til behandling, hvor dette er relevant, afsendes umiddelbart herefter. Der kan dog kun udstikkes generelle retningslinjer på dette område, idet det understreges, at behandlingen naturligvis skal tilrettelægges individuelt og lægefagligt forsvarligt under hensyntagen til såvel den enkelte patients helbredstilstand, som den kræftsygdom der mistænkes eller behandles.

Hvis de maksimale ventetider ikke kan overholdes

I bekendtgørelsen om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme m.v. er der fastsat regler om viderehenvisning af patienter, hvis de maksimale ventetider ikke kan overholdes på amtskommunens sygehuse.

Der gøres her kort rede for hovedlinjerne i bekendtgørelsen på dette område.

Ansvar for at tilbyde behandling inden for de maksimale ventetider til patienter, der lider af livstruende kræftsygdomme, påhviler normalt bopælskommunen.

Efter bekendtgørelsen skal en bopælskommune/et sygehus senest 8 hverdage efter modtagelse af en henvisning af en patient til undersøgelse for en livstruende kræftsygdom, meddele patienten, om behandling kan tilbydes inden for de maksimale ventetider. I bekræftende fald skal patienten have oplyst en dato for forundersøgelsen.

Kan der ikke tilbydes behandling inden for den maksimale ventetid, skal patienten tilbydes behandling på et sygehus i en anden amtskommune, et privat sygehus her i landet eller et offentligt eller privat sygehus i udlandet, som kan tilbyde behandlingen inden for den maksimale ventetid.

Kan det ikke lade sig gøre inden for den maksimale ventetid, skal Sundhedsstyrelsen hurtigst muligt have meddelelse herom, hvis patienten ønsker det.

Sundhedsstyrelsen skal om muligt henvise patienten til behandling på et sygehus her i landet eller i udlandet inden for den maksimale ventetid.

Kan Sundhedsstyrelsen ikke det inden for den maksimale ventetid, har patienten under visse betingelser ret til selv at finde et behandlingstilbud på et offentligt eller privat sygehus her i landet eller i udlandet, hvortil der ydes betaling eller tilskud af amtskommunen.

Kan eller ønsker patienten ikke at finde et sådant behandlingstilbud, skal bopælskommunen og Sundhedsstyrelsen henvise patienten til behandling snarest muligt.

I øvrigt bør sygehuse oplyse henviste og indlagte patienter om henvisningsmuligheder og rettigheder efter bekendtgørelsen i alle tilfælde, hvor patienten ikke forventes at kunne få tilbudt behandling inden for de maksimale ventetider.

Der henvises i øvrigt til bekendtgørelsen om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme m.v.

Bilag 2. Erfarede og forventede ventetider

1. Dette bilag indeholder de opgørelser af erfarede og forventede ventetider, som Indenrigs- og Sundhedsministeriet har kunnet levere data til. Som det fremgår af beretningen, udgør disse data ikke et tilstrækkeligt grundlag til at dokumentere, om de maksimale ventetider overholdes.

Rigsrevisionen har valgt alligevel at bringe opgørelserne i bilagsform, da der ikke findes bedre data i relation til ordningen om maksimale ventetider.

Erfarede ventetider

2. Det fremgår af beretning nr. 1/02 om ventetider i sygehussektoren, at indførelsen af de maksimale ventetider efter Rigsrevisionens vurdering endnu ikke mærkbart havde kunnet påvirke de gennemsnitlige ventetider. Beretningen viste, at gennemsnitsventetiden fra 1993 til 2000 til operation for kræft i bronkie og lunge samt brystkræft var uændret, mens der havde været en uheldig udvikling i ventetiderne for behandling af kræft i endetarm, livmoderhals og tyktarm.

3. Det fremgår af rigsrevisors notat til Statsrevisorerne om denne undersøgelses tilrettelæggelse, at udviklingen i de erfarede ventetider på operation opgøres for perioden 1993-2006, mens de erfarede ventetider på henholdsvis kemoterapi og strålebehandling opgøres for 2005 og 2006. Det fremgår videre af notatet, at opgørelserne ville ske på baggrund af en ny opgørelsesmetode, som Sundhedsstyrelsen indførte i 2004.

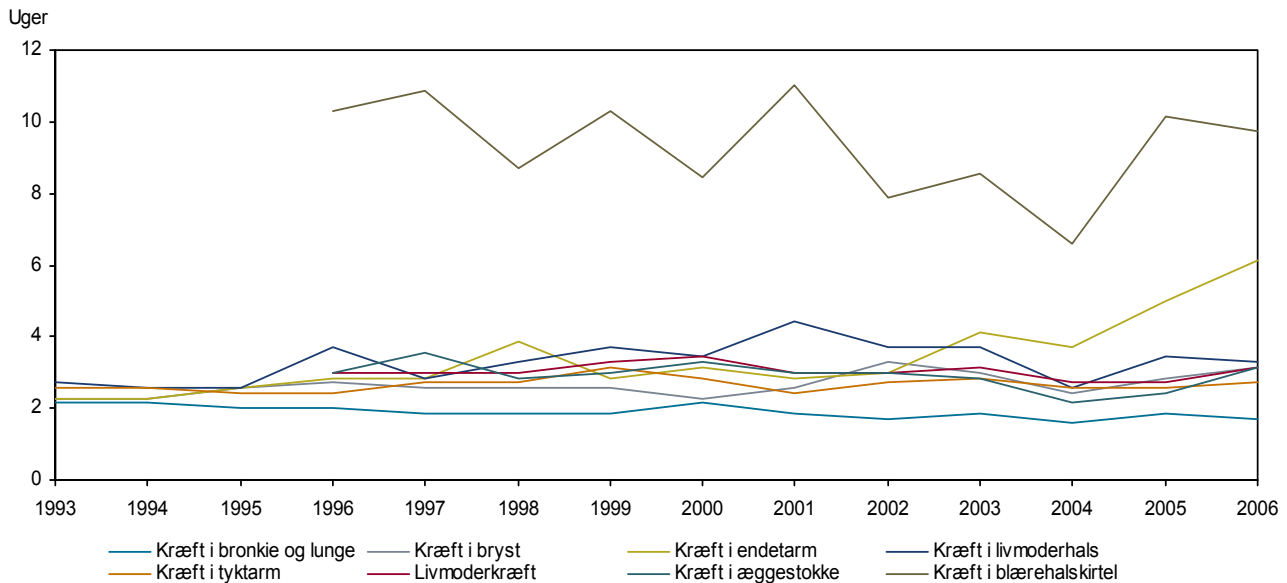
Rigsrevisionens undersøgelse viser imidlertid, at Sundhedsstyrelsen alligevel ikke kan opgøre de erfarede ventetider hverken på kemoterapi eller strålebehandling. I det følgende illustreres derfor alene udviklingen i de erfarede ventetider for operation.

Undersøgelsen viser også, at ventetidsdata for perioden 1993-2003 ikke kan opgøres på baggrund af den nye opgørelsesmetode, som Sundhedsstyrelsen indførte i 2004. Ventetidsdata for perioden efter 2003 kan imidlertid ifølge Sundhedsstyrelsen tilnærmelsesvist opgøres efter den opgørelsesmetode, der var gældende før 2004. For at redegøre for udviklingen i ventetiderne i perioden 1993-2006 er der derfor anvendt den opgørelsesmetode, der var gældende før 2004.

4. For at vurdere udviklingen i de erfarede ventetider har Sundhedsstyrelsen på Rigsrevisionens anmodning udarbejdet opgørelser af de gennemsnitlige erfarede ventetider på operation for de 8 hyppigste kræftsygdomme for perioden 1993-2006.

5. Rigsrevisionen har på baggrund af Sundhedsstyrelsens opgørelser udarbejdet figur 1, der er en grafisk fremstilling af data for erfarede ventetider. Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med opgørelsen af de erfarede ventetider til Rigsrevisionen oplyst, at erfarede ventetider for 2004 ikke skønnes at være valide til offentliggørelse. Sundhedsstyrelsen har videre oplyst, at opgørelser af erfarede ventetider fra henholdsvis før og efter 1. januar 2004 ikke direkte kan sammenlignes, da de er baseret på forskellige opgørelsesmetoder og registreringsmodeller.

Figur 1. Erfarede ventetider fra lægehenvielse til operation



Note: Figuren er baseret på en opgørelsesmetode, der var gældende før 1. januar 2004. Sundhedsstyrelsen har oplyst, at der mangler ventetidsdata for henholdsvis livmoderkræft, kræft i æggestokke og kræft i blærehalskirtel for perioden 1993-1995, da operationskodesystemet blev ændret fra 1995 til 1996. Sundhedsstyrelsen har videre oplyst, at erfarede ventetider for 2004 ikke skønnes at være valide til offentliggørelse. Sundhedsstyrelsen har endelig oplyst, at det ikke er hensigtsmæssigt direkte at sammenligne opgørelser af erfarede ventetider fra henholdsvis før og efter 1. januar 2004, da de er baseret på forskellige opgørelsesmetoder og registreringsmodeller.

Kilde: Rigsrevisionen.

Figur 1 viser, at de gennemsnitlige erfarede ventetider fra modtagelsen af henvielsen på den pågældende afdeling til operation for de 8 hyppigste kræftsygdomme generelt har været lidt højere end 2 uger. Væsentligste undtagelse er kræft i blærehalskirtel, hvor ventetiden har været markant højere. Endvidere har ventetiden på operation for kræft i endetarm været stigende de senere år. Bortset fra denne kræftform har udviklingen i ventetiden været nogenlunde konstant i perioden.

6. Undersøgelsen viser, at ventetiderne til operation ikke kan sammenholdes med de maksimale ventetider. Årsagen er, at data om de erfarede ventetider til operation i nogle tilfælde ud over ventetid til operation også omfatter ventetid til forundersøgelse og udredning, mens de i andre tilfælde kun omfatter ventetid til operation. Dette betyder ifølge ministeriet, at de erfarede ventetider til operation ikke direkte kan sammenlignes med hverken en maksimal ventetid på 2 uger til operation eller en maksimal ventetid på 4 uger (2 uger til forundersøgelse + 2 uger til operation). Det er derfor ikke muligt for Rigsrevisionen at vurdere, i hvilket omfang de erfarede ventetider til operation ligger lavere eller højere end den fastsatte maksimale ventetid.

Forventede ventetider

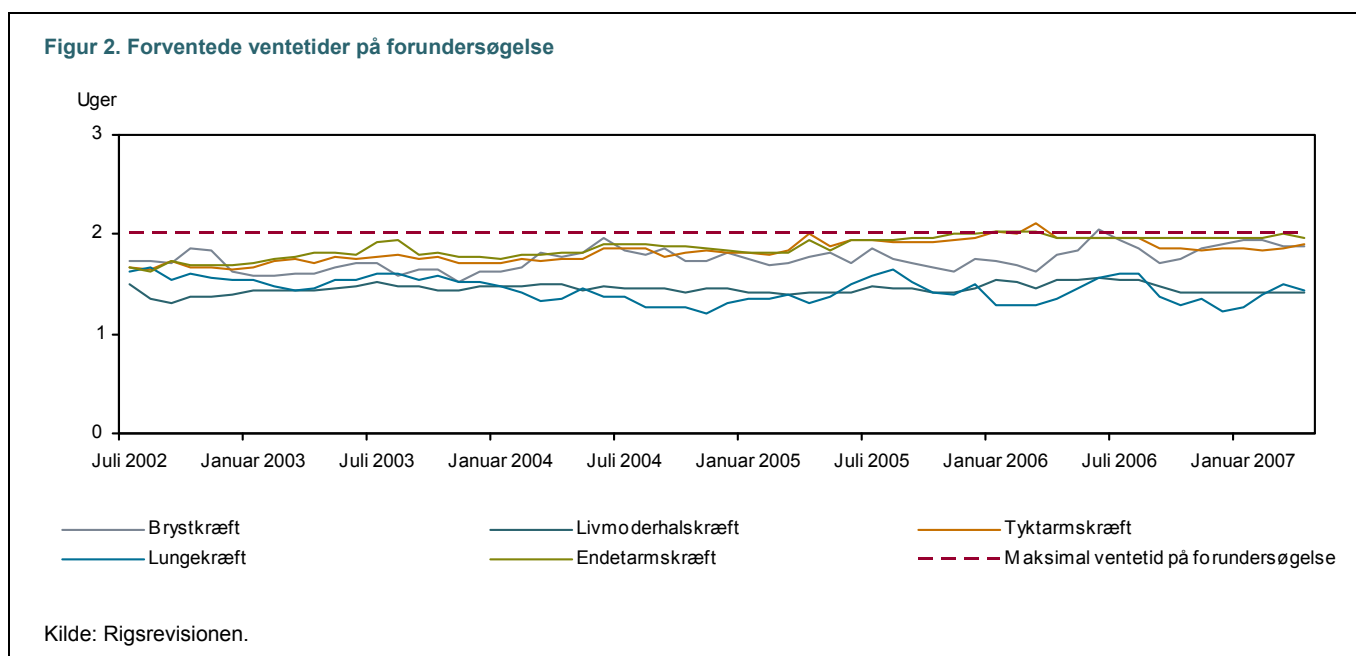
7. Det fremgår af beretning nr. 1/02 om ventetider i sygehusektoren, at det i april 2002 fremgik af de forventede ventetider, at praktisk taget alle sygehuse opfyldte de 14 dages ventetider, der gælder for henholdsvis forundersøgelse og behandling for alle 5 undersøgte kræftsygdomme. Endvidere blev strålebehandling udført inden for 4 uger ved et enkelt sygehus, mens ventetiden ved de 4 øvrige sygehuse, der på daværende tidspunkt udførte strålebehandling, var 5-6 uger. Den maksimale ventetid på 4 uger for kemoterapi blev ifølge beretningen overholdt.

8. Det fremgår af rigsrevisors notat til Statsrevisorerne om denne undersøgelses tilrettelæggelse, at udviklingen i de forventede ventetider opgøres for perioden 2001-2007 for operation, kemoterapi og strålebehandling.

Rigsrevisionens undersøgelse viser imidlertid, at der ikke foreligger tilstrækkelige data for de forventede ventetider for 2001.

9. For at vurdere udviklingen i de forventede ventetider har Sundhedsstyrelsen på Rigsrevisionens anmodning derfor udarbejdet opgørelser af forventede ventetider for perioden 2002-2007. Jf. pkt. 92 er de forventede ventetider baseret på sygehusenes frivillige skøn over ventetiden for den næste "ukomplicerede patient". Ud over opgørelser for operation, kemoterapi og strålebehandling for en række kræftsygdomme har styrelsen ligeledes udarbejdet tilsvarende opgørelser for forventet ventetid på forundersøgelse.

10. Rigsrevisionen har på baggrund af Sundhedsstyrelsens opgørelser af udviklingen i forventede ventetider på forundersøgelse udarbejdet figur 2, der er en grafisk fremstilling af data for 5 udvalgte kræftsygdomme for perioden 2002-2007.

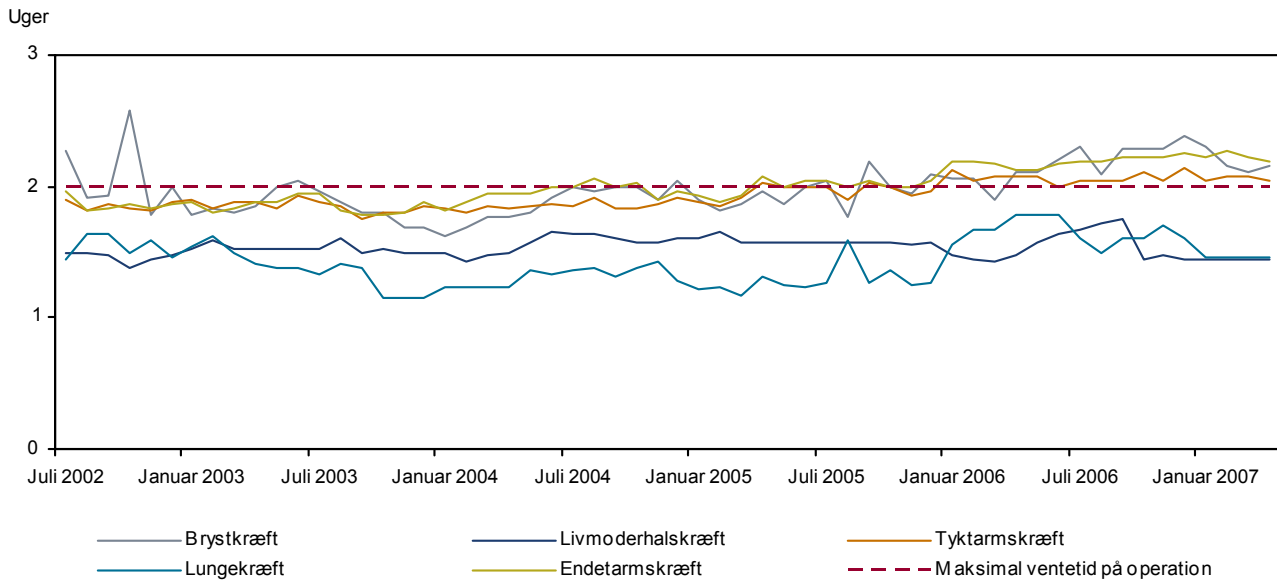


11. Ifølge bekendtgørelsen om maksimale ventetider for patienter med livstruende kræftsygdomme gælder for forundersøgelse en maksimal ventetid på 2 uger.

Figur 2 viser, at de forventede ventetider på forundersøgelse for perioden 2002-2007 generelt har været lavere end den fastsatte maksimale ventetid. Udviklingen har været nogenlunde konstant i perioden, idet ventetiden har været mellem 1 og 2 uger.

12. Rigsrevisionen har på baggrund af Sundhedsstyrelsens opgørelser af udviklingen i forventede ventetider på operation udarbejdet figur 3, der er en grafisk fremstilling af data for 5 udvalgte kræftsygdomme for perioden 2002-2007.

Figur 3. Forventede ventetider på operation



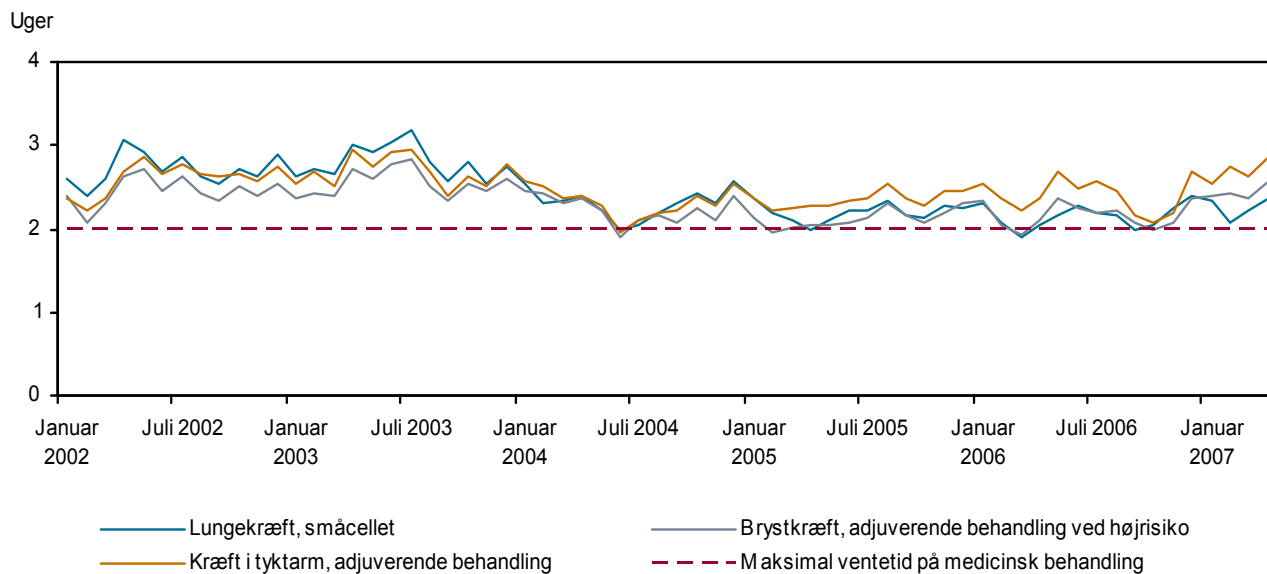
Kilde: Rigsrevisionen.

13. Ifølge bekendtgørelsen om maksimale ventetider for patienter med livstruende kræftsygdomme gælder for operation en maksimal ventetid på 2 uger.

Figur 3 viser, at de forventede ventetider på operation for perioden 2002-2007 generelt har været lavere end den fastsatte maksimale ventetid, om end den for 3 kræftsygdommes vedkommende har været højere i 2006. Udviklingen har været nogenlunde konstant i perioden. Dog steg ventetiden generelt lidt i 2006.

14. Rigsrevisionen har på baggrund af Sundhedsstyrelsens opgørelser af udviklingen i forventede ventetider på kemoterapi udarbejdet figur 4, der er en grafisk fremstilling af data for 3 udvalgte kræftsygdomme for perioden 2002-2007.

Figur 4. Forventede ventetider på kemoterapi (1. ambulante behandling)



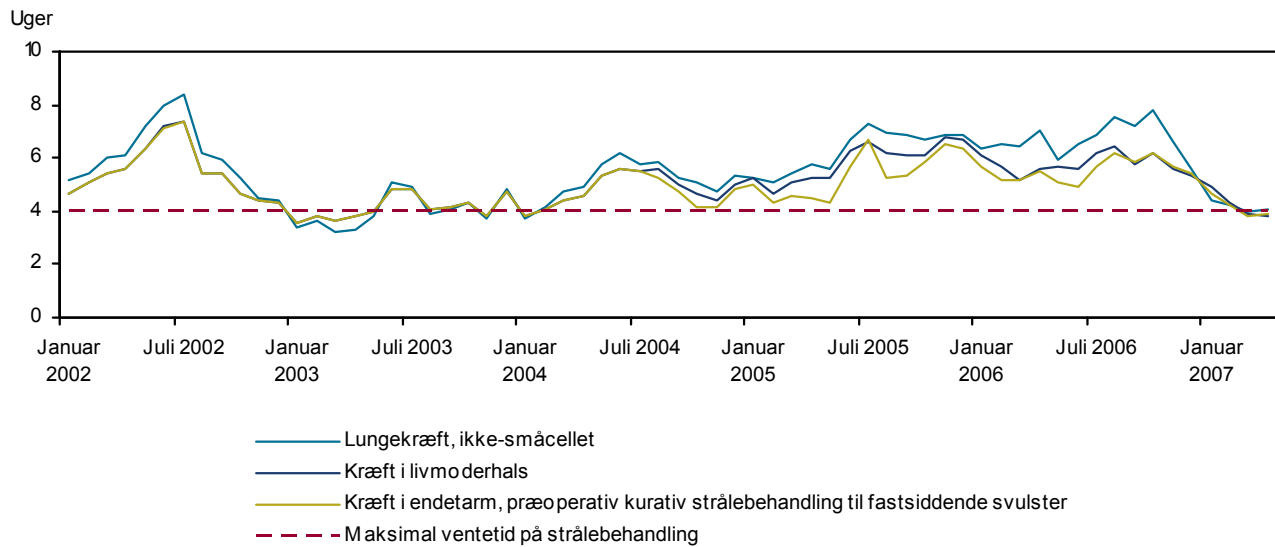
Kilde: Rigsrevisionen.

15. Ifølge ordningen vedrørende maksimale ventetider for patienter med livstruende kræftsygdomme gælder for medicinsk behandling en maksimal ventetid på 2 uger.

Figur 4 viser, at de forventede ventetider på kemoterapi for perioden 2002-2007 generelt har været højere end den fastsatte maksimale ventetid. Udviklingen har været nogenlunde konstant i perioden, idet den har svinget mellem 2 og 3 ugers ventetid.

16. Rigsrevisionen har på baggrund af Sundhedsstyrelsens opgørelser af udviklingen i forventede ventetider på strålebehandling udarbejdet figur 5, der er en grafisk fremstilling af data for 3 udvalgte kræftsygdomme for perioden 2002-2007.

Figur 5. Forventede ventetider på strålebehandling



Kilde: Rigsrevisionen.

17. Ifølge ordningen vedrørende maksimale ventetider for patienter med livstruende kræftsygdomme gælder for strålebehandling en maksimal ventetid på 4 uger.

Figur 5 viser, at de forventede ventetider på strålebehandling for perioden 2002-2007 generelt har været noget højere end den fastsatte maksimale ventetid. Ventetiden har varieret temmelig meget i perioden.