



FOLKETINGET
STATSREVISORERNE



FOLKETINGET
RIGSREVISIONEN

Maj 2025
– 17/2024

Rigsrevisionens beretning afgivet
til Folketinget med Statsrevisorernes
bemærkninger

Ventetid til specialiseret lindring for patienter med livstruende sygdomme

17/2024

Beretning om

ventetid til specialiseret lindring for patienter med livstruende sygdomme

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

København 2025

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

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

Indenrigs- og sundhedsministeren afgiver en redegørelse til beretningen.

Rigsrevisor afgiver et notat med bemærkninger til ministerens redegørelse.

På baggrund af ministerens redegørelse og rigsrevisors notat tager Statsrevisorerne endelig stilling til beretningen, hvilket forventes at ske i oktober 2025.

Ministerens redegørelse, rigsrevisors bemærkninger og Statsrevisorernes eventuelle bemærkninger samles i Statsrevisorernes Endelig betænkning over statsregnskabet, som årligt afgives til Folketinget i februar måned – i dette tilfælde Endelig betænkning over statsregnskabet 2024, som afgives i februar 2026.

Statsrevisorernes bemærkning tager udgangspunkt i denne karakterskala:

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

**Henvendelse vedrørende
denne publikation rettes til:**

Statsrevisorerne
Folketinget
Christiansborg
1240 København K

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

ISSN 2245-3008
ISBN online 978-87-7434-865-8

Statsrevisorernes bemærkning

Beretning om ventetid til specialiseret lindring for patienter med livstruende sygdomme

Specialiseret lindring - også kaldet specialiseret palliation - gives til patienter med livstruende sygdomme, hvor patienterne ofte er uhelbredeligt syge eller døende. Patienterne har ofte store smerter, og det er derfor vigtigt, at de får hurtig hjælp. De fleste patienter får specialiseret lindring på et hospital eller på et hospice, men nogle patienter får lindringen hjemme. I 2023 startede ca. 7.600 danskere i specialiseret lindring.

Regionerne havde i 2023 udgifter til specialiseret lindring for ca. 300 mio. kr. på hospitaler og i udgående teams. Derudover havde regionerne udgifter på ca. 485 mio. kr. til drift af hospicer.

Statsrevisorerne afgav i august 2020 en beretning om adgangen til specialiseret palliation. Statsrevisorerne kritiserede den gang, at regionerne ikke havde sikret, at patienter med livstruende sygdomme havde adgang specialiseret lindring ved behov - uanset typen af sygdom.

Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne har sikret kort og ensartet ventetid til specialiseret lindring for patienter med livstruende sygdomme.

Statsrevisorerne finder det utilfredsstillende, at regionerne ikke har sikret kort og ensartet ventetid til specialiseret lindring for patienter med livstruende sygdomme.

Statsrevisorerne

12. maj 2025

Mette Abildgaard
Leif Lahn Jensen
Serdal Benli
Mikkel Irminger Sarbo
Lars Christian Lilleholt
Mohammad Rona

Statsrevisorerne finder det kritisabelt, at der hverken er sket nævneværdige forbedringer i patienternes ventetider eller en udjævning af uligheden i adgangen til specialiseret lindring, siden Statsrevisorerne rettede kritik mod begge dele for næsten 5 år siden.

Statsrevisorernes kritik er bl.a. baseret på følgende:

- Patienter, der fik specialiseret lindring i 2023, fik det typisk i 20 dage, hvilket er 4 dage kortere end i 2019. Den typiske patient henvises senere og modtager specialiseret lindring i kortere tid end tidligere. Samtidig er antallet af patienter, der starter i specialiseret lindring, faldet.
- Regionerne lever som helhed ikke op til målet om, at 90 % af patienterne venter højst 10 dage på at komme i behandling. På landsplan var det 79 % af patienterne, der i 2023 kom i behandling inden for 10 dage. Region Midtjylland lå som den eneste region over målet med behandling af 92 % af de henviste patienter inden for 10 dage. I Region Hovedstaden og Region Sjælland er det kun henholdsvis 65 % og 72 % af de henviste patienter, der starter behandling inden for 10 dage.
- Regionerne lever som helhed stort set op til målet om at behandle 80 % af de henviste patienter, før de bliver for syge eller dør. Region Nordjylland behandlede 91 % af de henviste patienter i 2023, mens Region Sjælland samme år ikke levede op til målet, da de behandlede 73 % af de henviste patienter, før de blev for syge eller døde.
- I 2023 er der ligesom i 2019 systematiske forskelle i ventetiden til specialiseret lindring afhængigt af den bagvedliggende sygdom. I 2023 modtog 81 % af de henviste kræftpatienter specialiseret lindring, før de blev for syge eller døde. For patienter med andre livstruende sygdomme end kræft var det tilsvarende tal 70 %. I 2019 var de tilsvarende tal henholdsvis 81 % og 73 %.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	1
1.1. Formål og konklusion	1
1.2. Baggrund	5
1.3. Vurderingskriterier, metode og afgrænsning.....	6
 2. Ventetid til specialiseret lindring	9
2.1. Indberetninger af oplysninger om ventetid	9
2.2. Udviklingen i ventetid til specialiseret lindring	10
2.3. Udviklingen i patienternes levetid efter henvisning og antal dage i behandling	14
2.4. Forskelle i ventetid fordelt på region og bagvedliggende sygdom	15
 Bilag 1. Metodisk tilgang	20

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

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

Beretningen vedrører finanslovens § 16. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

I undersøgelsesperioden januar 2019 - december 2023 har der været følgende ministre:

Ellen Trane Nørby: november 2016 - juni 2019

Magnus Heunicke: juni 2019 - december 2022

Sophie Løhde: december 2022 -

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

1. Indledning

1.1. Formål og konklusion

1. Denne beretning handler om ventetid til specialiseret lindring for patienter med livstruende sygdomme.

I 2023 startede ca. 7.600 danskere i specialiseret lindring – også kaldet specialiseret palliation. Størstedelen af de patienter, der henvises til specialiseret lindring, er uhelbredeligt syge og døende. De fleste patienter får specialiseret lindring på et sygehus eller på et hospice, mens nogle får indsatsen hjemme.

2. Patienter, der henvises til specialiseret lindring, er i en vanskelig livssituation og har ofte store smerter eller andre komplekse lindringsbehov. Det er derfor vigtigt, at deres ventetid er kort. Konsekvensen af en lang ventetid er, at patienterne ikke hjælpes bedst muligt.

Statsrevisorerne har tidligere kritiseret regionernes forvaltning i beretningen om *adgangen til specialiseret palliation* fra 2020. Statsrevisorerne fandt det utilfredsstillende, at regionerne ikke havde sikret, at patienter med livstruende sygdomme ved behov havde adgang til specialiseret palliation. Statsrevisorernes kritik var bl.a. baseret på, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad havde sikret, at patienter ved behov blev henvist uanset sygdom, og at der i perioden 2016-2019 ikke var sket tydelige forbedringer i adgangen til specialiseret palliation.

I forlængelse af beretningen oplyste den daværende sundheds- og ældreminister, at regionerne i august 2020 havde udarbejdet et fælles notat om udvikling af den palliative indsats (*Positionspapir for udvikling af den palliative indsats*). Notatet indeholder 4 overordnede pejlemærker og 15 anbefalinger, som skal styrke den palliative indsats og sikre, at alle patienter og patientgrupper med behov får tilbudt specialiseret palliation. 2 af disse pejlemærker er, at regionerne *"vil gøre op med uligheden i, hvem der får lindrende behandling"*, og at regionerne *"vil sætte tidligt ind med lindrende behandling og understøtte flere uhelbredeligt syge i at træffe et aktivt valg om deres behandlingsforløb"*.

I vores opfølgning på beretningen fra 2020 kunne vi i juni 2023 konstatere, at regionerne efterfølgende ikke havde sikret kort og mere ensartet ventetid til specialiseret lindring. Derudover modtog vi oplysninger, der indikerede, at nogle enheder, der giver specialiseret lindring, ikke indberetter korrekte oplysninger om, hvor længe patienterne har ventet.

3. Formålet med undersøgelsen er at vurdere, om regionerne har sikret kort og ensartet ventetid til specialiseret lindring for patienter med livstruende sygdomme.

Der er ikke lovfastsatte maksimale ventetider for specialiseret lindring, men det fremgår af sundhedslovens § 2, nr. 7, at der skal være kort ventetid til behandling. Vi bruger de faglige mål om ventetid, som regionerne selv anvender i deres styring og udvikling af området, til at vurdere, om ventetiden er kort. Målene lyder:

- **Mål om behandling:** 80 % af de henviste patienter skal starte i specialiseret lindring, inden de bliver for syge eller dør.
- **Mål om højst 10 dages ventetid:** 90 % af de patienter, der starter i specialiseret lindring, skal starte deres behandling senest 10 dage efter henvisning.

Dansk Palliativ Database

Dansk Palliativ Database er Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram's database for specialiseret smertelindring. Formålet med databasen er at danne grundlag for udviklingen af kvaliteten af den specialiserede lindring.

En patient anses for startet i specialiseret lindring, når patienten har haft et fysisk opstartsmøde på behandlingsstedet. Ifølge Dansk Palliativ Database ville målet om behandling under ideelle omstændigheder være 100 %, men fordi patienternes sygdom nogle gange kan forværres hurtigere end forventet, og fordi der altid vil gå tid med at finde plads til patienterne, er der valgt en standard på 80 %.

Fire af regionerne oplyser, at de ikke mener, at Rigsrevisionen kan undersøge udviklingen i ventetid til specialiseret lindring med afsæt i måltallene. Det skyldes, at målene ikke er vedtaget politisk i regionerne, men udviklet af fageksperter i regi af Dansk Palliativ Database på baggrund af faglig evidens, gængs klinisk praksis eller ekspertviden. De fire regioner påpeger også, at de data, måltallene bygger på, ikke er indsamlet med det formål at overvåge ventetiden til specialiseret lindring.

Modsat oplyser Region Hovedstaden, at regionen er enig med Rigsrevisionen i, at udviklingen i måltallene kan bruges til at undersøge patienternes ventetid, fordi regionerne anvender de faglige udviklingsmål som pejlemærker i deres kvalitetsarbejde, og fordi der er tale om mål, som regionerne har forpligtet sig selv til at stræbe mod.

Rigsrevisionen kan konstatere, at alle regioner anvender målene i deres løbende arbejde med at forbedre kvaliteten i den specialiserede lindring, herunder at patienter skal starte i behandling hurtigt efter henvisning, og inden de bliver for syge. Regionerne benytter således selv disse data i deres styring og udvikling af området. Regionernes data benyttes i øvrigt til en lang række formål ud over det specifikke formål, som data måtte være indsamlet til, fx til forskning og til at skabe generel viden om området.

Rigsrevisionen vurderer på den baggrund, at målene er relevante i forhold til at vurdere, om regionerne har sikret kort og ensartet ventetid til specialiseret lindring. Rigsrevisionen bruger derfor måltallene og de underliggende data – ligesom vi gjorde i beretningen fra 2020 – til at følge udviklingen i ventetiden til specialiseret lindring.

Regionerne havde i 2023 udgifter for ca. 300 mio. kr. til drift af de specialiserede enheder på sygehusene, herunder udgående teams. Regionerne anvendte derudover ca. 485 mio. kr. på driften af hospicer.

4. Rigsrevisionen har selv taget initiativ til undersøgelsen i oktober 2024.



Konklusion

Regionerne har ikke sikret kort og ensartet ventetid til specialiseret lindring for patienter med livstruende sygdomme. Rigsrevisionen kan konstatere, at der næsten fem år efter, at Statsrevisorerne sidst kritiserede patienternes ventetider, ikke er sket en nævneværdig forbedring. Det finder Rigsrevisionen utilfredsstillende. Konsekvensen kan være, at patienter ikke lindres godt nok og får forringet deres sidste levetid.

Undersøgelsen viser, at en patient, der fik specialiseret lindring i 2023, typisk fik det i 20 dage. Det er 4 dage kortere end i 2019. Det indikerer, at regionerne sætter senere ind med specialiseret lindring. I samme periode er antallet af patienter, der starter i specialiseret lindring, faldet med 15 %. Der er altså færre patienter, der starter i specialiseret lindring, og dem, der starter, modtager lindringen i kortere tid.

Regionerne lever som helhed stort set op til målet om at behandle 80 % af de henviste patienter, før de bliver for syge eller dør. Men der er regionale forskelle. Region Nordjylland behandlede 91 % af de henviste patienter i 2023, mens Region Sjælland samme år ikke levede op til målet, da de behandlede 73 % af de henviste patienter, før de blev for syge eller døde.

Det er heller ikke alle regioner, der lever op til målet om, at 90 % af patienterne venter højst 10 dage på at komme i behandling. På landsplan var det 79 % af patienterne, der i 2023 kom i behandling inden for 10 dage. Der er tale om betydelige regionale forskelle. Fx lå Region Midtjylland over målet med behandling af 92 % af de henviste patienter inden for 10 dage, og Region Hovedstaden lå under målet med behandling af 65 % af de henviste patienter inden for 10 dage.

Undersøgelsen viser, at der er systematiske forskelle i ventetiden til specialiseret lindring afhængigt af den bagvedliggende sygdom. I 2023 modtog 81 % af de henviste kræftpatienter specialiseret lindring, før de blev for syge eller døde. For patienter med andre livstruende sygdomme end kræft var det tilsvarende tal 70 %. Der er også flere kræftpatienter end øvrige patienter, som starter i behandling inden for målet om højst 10 dages ventetid. Statsrevisorerne kritiserede også denne forskel i ventetider i 2020. Rigsrevisionen finder det utilfredsstillende, at det fortsat gør sig gældende.

Undersøgelsen viser, at regionerne som helhed har sikret korrekte indberetninger af oplysninger om ventetid til specialiseret lindring. Generelt er der tale om få og usystematiske fejl, på nær to enheder i Region Hovedstaden, hvor der er systematiske fejl i indberetningerne.

1.2. Baggrund

5. De fleste patienter med livstruende sygdomme, der har behov for lindring, får basal lindring. Basal lindring kan foregå hos egen læge, på et sygehus, i eget hjem eller på et plejehjem. I nogle tilfælde er patientens behov for lindring så komplekst, at behovet ikke kan imødekommes med basal lindring. Når det sker, bliver patienten henvist af en læge til specialiseret lindring.

6. Specialiseret lindring gives af hospicer, specialiserede afdelinger på hospitaler eller udgående teams til eget hjem. Det er forskelligt, hvordan regionerne har valgt at organisere sig. Nogle regioner benytter sig af udgående teams i højere grad end andre og søger at dække behov hos patienter ved pleje i eget hjem frem for ved indlæggelse.

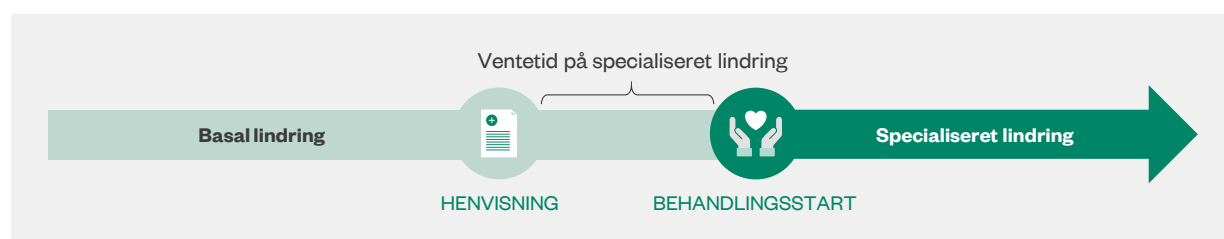
7. Den specialiserede lindring har ifølge Sundhedsstyrelsen tidligere været tiltænkt patienter med kræft, og området er udviklet med afsæt i kræftsygdomme. Gradvist er der kommet mere opmærksomhed på, at patienter med andre livstruende sygdomme også har behov for specialiseret lindring. Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2017 havde derfor til formål at skabe lighed i adgangen til lindrende behandling for forskellige patientgrupper og på tværs af landet.

8. Den lindrende indsats har ifølge Sundhedsstyrelsen i de seneste 25 år været et udviklingsområde, der er søgt forbedret gennem både nationale og regionale initiativer. De nationale initiativer stammer primært fra de nationale kræftplaner.

De regionale initiativer har handlet om udviklingen af kvaliteten af behandlingen med udgangspunkt i de faglige kvalitetsmål på området. Her har fokus været på at sikre, at patienter henvises tids nok og ikke venter længe på at starte i behandling efter henvisning.

Figur 1 viser et typisk forløb med specialiseret lindring.

Figur 1
Et typisk patientforløb med specialiseret lindring



Kilde: Rigsrevisionen på baggrund af dokumenter fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet og regionerne.

Det fremgår af figur 1, at patienterne typisk får basal lindring, før de bliver *henvist* til specialiseret lindring. Det er speciallæger, som arbejder med specialiseret lindring, der vurderer, om patienten lever op til kriterierne for at kunne få specialiseret lindring, og derefter godkender eller afviser henvisningen.

Patienten venter derefter på at få plads og på at *starte i behandling* på et hospice eller på et af de regionale tilbud, som giver *specialiseret lindring*. Patienterne får specialiseret lindring, indtil de dør eller ikke længere har behov for specialiseret lindring.

1.3. Vurderingskriterier, metode og afgrænsning

Vurderingskriterier

9. Vi undersøger, om regionerne har sikret kort og ensartet ventetid til specialiseret lindring for patienter med livstruende sygdomme. Det gør vi, fordi det er vigtigt, at patienter ved behov får specialiseret lindring for at sikre den bedst mulige livskvalitet i patienternes sidste tid. For at undersøge, om regionerne har sikret kort og ensartet ventetid, undersøger vi fire forhold.

Vi undersøger *for det første*, om regionerne har sikret korrekte indberetninger af oplysninger om patienters ventetid til specialiseret lindring. I forbindelse med vores opfølgning på den tidligere beretning om *adgangen til specialiseret palliation* fra 2020 modtog vi indikationer på, at de data, som regionerne bruger til at monitorere og kvalitetsudvikle området på, ikke altid indberettes korrekt. Korrekte indberetninger er en forudsætning for, at regionernes løbende kvalitetsudvikling af området er baseret på retvisende data.

Vi undersøger *for det andet*, om regionerne har sikret kort ventetid til specialiseret lindring. Der er ikke fastsat maksimale ventetider for specialiseret lindring i sundhedsloven, men det følger af lovens § 2, nr. 7, at der skal være kort ventetid til behandling. Når vi taler om kort ventetid, er det i betydningen af, at ventetiden lever op til de faglige mål, der er fastsat af regionerne. Der er således ikke tale om, at ventetiden opleves som kort af den enkelte patient. Målene er formuleret af fageksperter i regi af Dansk Palliativ Database, og regionerne anvender målene i deres interne styring og udvikling af området. Vi benytter samme metode som regionerne til at undersøge, om målene er blevet indfriet.

Vi undersøger *for det tredje* udviklingen i patienternes levetid efter henvisning til specialiseret lindring og antal dage i behandling. Det gør vi for at undersøge, om der er indikationer på, at patienterne henvises sent til specialiseret lindring i forhold til, hvornår de har behov. Fageksperterne i Dansk Palliativ Database benytter i deres årsrapporter levetid efter henvisning til at belyse, hvornår i sygdomsforløbet patienten er blevet henvist til specialiseret lindring, og vi benytter levetid efter henvisning på samme måde.

Vi undersøger *for det fjerde*, om regionerne har sikret ensartet ventetid til specialiseret lindring på tværs af bopæl og bagvedliggende sygdom. Det fremgår af sundhedslovens § 2, nr. 1, at der skal være lige adgang til sundhedsvæsenet. Den daværende sundhedsminister har som opfølgning på beretningen fra 2020 tilkendegivet, at regionerne ville arbejde med at sikre lige adgang. Vi lægger derfor til grund, at der ikke bør være systematiske forskelle i adgangen til specialiseret lindring på baggrund af bopæl og bagvedliggende sygdom.

Metode

10. Analyserne baserer sig på data fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet og de fem regioner.

Vi har indhentet og analyseret data om ventetid for alle forløb med specialiseret lindring for voksne, som regionerne og hospicerne har indberettet til Dansk Palliativ Database i perioden 1. januar 2019 - 31. december 2023.

Der indgår ca. 65.000 patientforløb i vores undersøgelse fordelt på ca. 50.000 patienter. Når der er flere patientforløb, end der er patienter, skyldes det, at nogle patienter har mere end ét forløb.

11. For at undersøge, om regionerne har indberettet korrekte oplysninger om ventetid til specialiseret lindring, sammenstiller vi regionernes indberetninger til Dansk Palliativ Database med regionernes øvrige registreringer af patienternes behandlinger i Landspatientregisteret.

12. Analyserne af ventetid og lige adgang tager udgangspunkt i alle forløb for henviste patienter, der er registreret i Dansk Palliativ Database i perioden. Vi benytter samme opgørelsesmetode som Dansk Palliativ Database.

I analyserne af patienternes levetid og ventetid efter henvisning samt antal dage i behandling bruger vi medianen til at illustrere det *typiske* forløb. Det gør vi, fordi medianen ikke påvirkes af usædvanligt korte eller lange forløb på samme måde som en opgørelse af den *gennemsnitlige* ventetid eller levetid. Disse analyser er afgrænset til forløb, hvor patienten er nået at starte i behandling, og hvor forløbet er afsluttet som følge af, at patienten er afgået ved døden. Det skyldes, at det kun er i disse forløb, at det er muligt entydigt at afgøre en afslutningsdato for forløbet.

13. Undersøgelsens metode er uddybet i bilag 1.

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

Median

Medianen dækker over den midterste observation i et datasæt og er derfor et udtryk for et typisk forløb. Det adskiller sig fra det gennemsnitlige forløb, som betegner gennemsnittet af alle forløb.

Afgrænsning

15. Undersøgelsen er afgrænset til perioden januar 2019 - december 2023. Undersøgelsesperioden starter i 2019 for at belyse, om der er sket forbedringer i ventetiden til specialiseret lindring, siden vi udarbejdede beretningen om *adgangen til specialiseret palliation* i 2020. Undersøgelsens sidste år er 2023, fordi der endnu ikke var komplette data for 2024 ved undersøgelsens start.

16. Undersøgelsen er afgrænset til at omfatte den specialiserede lindring og ikke den basale lindring, som gives af andre sygehusafdelinger, de praktiserende læger eller i kommunerne. Det skyldes, at der ikke indsamles data om den basale lindring.

17. Vi undersøger ikke den kliniske kvalitet af den specialiserede lindring, idet dette beror på en læge- og sygeplejefaglig vurdering. Undersøgelsen omfatter desuden ikke indsatsen over for børn og unge under 18 år. Det skyldes, at data fra Dansk Palliativ Database ikke dækker børn og unge.

2. Ventetid til specialiseret lindring

18. Vi har undersøgt, om regionerne har sikret kort og ensartet ventetid til specialiseret lindring for patienter med livstruende sygdomme. For at vurdere dette har vi undersøgt:

- indberetninger af oplysninger om ventetid (afsnit 2.1)
- udviklingen i ventetid til specialiseret lindring (afsnit 2.2)
- udviklingen i patienternes levetid efter henvisning og antal dage i behandling (afsnit 2.3)
- forskelle i ventetid fordelt på region og bagvedliggende sygdom (afsnit 2.4).

2.1. Indberetninger af oplysninger om ventetid

19. Vi har undersøgt, om regionerne har sikret korrekte indberetninger af oplysninger om patienters ventetid til specialiseret lindring.

20. Korrekte indberetninger er en forudsætning for at skabe gennemsigtighed om den specialiserede lindring og for, at regionernes løbende overvågning og kvalitetsudvikling af området hviler på et retvisende grundlag.

21. Vores undersøgelse viser, at regionerne i al væsentlighed har indberettet korrekte oplysninger om ventetid til specialiseret lindring.

I 4 ud af 5 regioner er der få og usystematiske fejl i indberetningerne. Til gengæld finder vi systematiske fejl i indberetningerne fra 2 ud af 10 enheder i Region Hovedstaden. Det betyder, at data for dele af den specialiserede lindring i Region Hovedstaden har været forkerte. Fejlene har betydet, at det fremgik af Dansk Palliativ Databases årsrapporter for 2021, 2022 og 2023, at Region Hovedstaden i 2021 opfyldte målet om, at 80 % af patienterne skal starte i behandling, før de bliver for syge eller dør, selv om dette reelt ikke var tilfældet. Konkret var målopfyldelsen i Region Hovedstaden i 2021 angivet til 81 %. Efter vores korrektion af fejlregistreringer viser vores analyse, at tallet i realiteten var 79 %.

Fejlene i Region Hovedstaden er primært koncentreret hos to enheder. Vores undersøgelse viser også, at andelen af fejl i de to enheder er aftagende i undersøgelsesperioden. I den ene enhed er andelen af fejl faldet fra 65 % til 15 %, mens der i den anden enhed er sket et fald fra 21 % til 11 % i perioden.

2.2. Udviklingen i ventetid til specialiseret lindring

22. Vi har undersøgt, om regionerne har sikret kort ventetid til specialiseret lindring.

Der er ikke lovfastsatte maksimale ventetider for specialiseret lindring, men regionerne følger fagligt etablerede mål for, hvor længe patienterne højst skal vente på at starte i behandling. Vi har undersøgt, om regionerne har levet op til disse mål i perioden 2019-2023.

23. Undersøgelsen viser, at regionerne som helhed stort set lever op til målet om, at 80 % af patienterne skal starte i specialiseret lindring, før de bliver for syge eller dør.

Vores undersøgelse viser også, at regionerne siden 2019 ikke har levet op til målet om, at 90 % af de patienter, der starter i specialiseret lindring, skal starte deres behandling senest 10 dage efter henvisning.

I perioden 2019-2023 har der været et fald i det samlede antal henviste patienter til specialiseret lindring, og vores undersøgelse indikerer, at regionerne alt andet lige henviser patienterne til behandling senere i deres sygdomsforløb. Konsekvensen af dette er, at patienterne fik færre dage i behandling i 2023, end de gjorde i 2019.

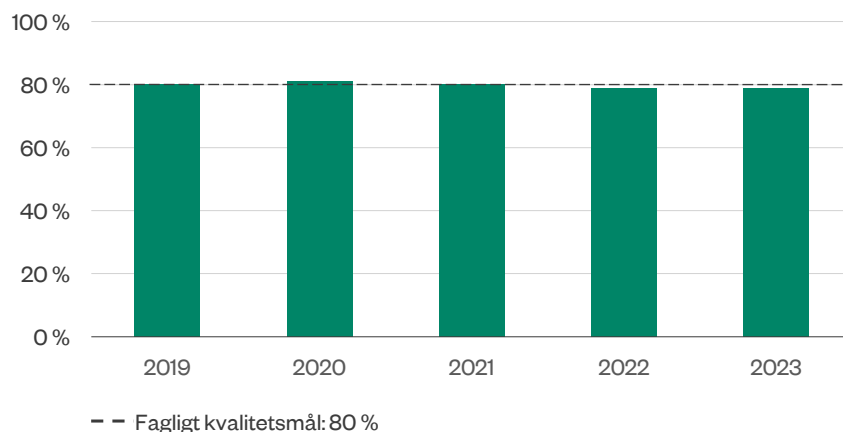
Mål om behandling

24. Ifølge målet om behandling skal mindst 80 % af de henviste patienter starte i specialiseret lindring, inden de bliver for syge eller dør.

Figur 2 viser udviklingen i målet i perioden 2019-2023.

Figur 2

Mål om behandling: andelen af forløb, hvor behandling er startet, før patienten blev for syg eller døde (2019-2023)



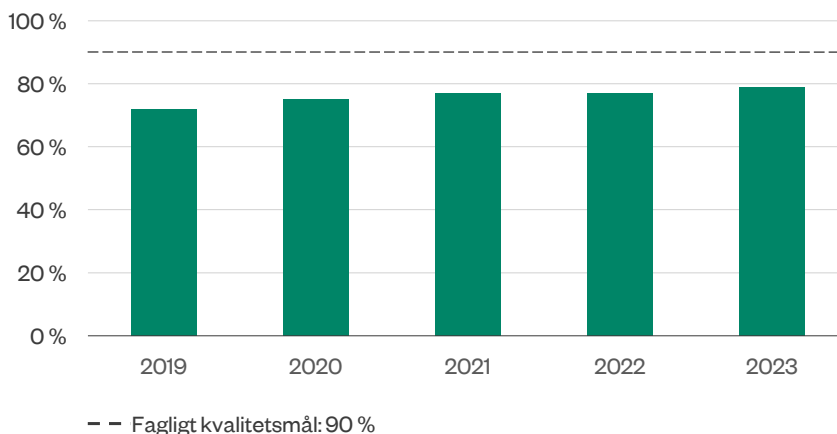
Note: Analysen er baseret på alle 64.217 forløb. En patient kan have mere end ét forløb.

Kilde: Rigsrevisionens beregninger på baggrund af data fra Dansk Palliativ Database og Landspatientregisteret.

Det fremgår af figur 2, at regionerne som helhed stort set lever op til målet om behandling. Andelen af forløb, hvor patienten nåede at starte i specialiseret lindring, er stabil på landsplan i den undersøgte periode. I 2019 var andelen af patienter, der nåede at starte i behandling, 80 %, mens den i 2023 var 79 %. Den stabile tendens på landsplan dækker imidlertid over regionale forskelle, jf. afsnit 2.4.

Mål om højst 10 dages ventetid

25. Ifølge målet om ventetid skal mindst 90 % af de patienter, der starter i specialiseret lindring, starte senest 10 dage efter henvisning. Figur 3 viser udviklingen i regionernes opfyldelse af dette mål i perioden 2019-2023.

Figur 3**Mål om højst 10 dages ventetid: andelen forløb, hvor ventetiden efter henvisning har været højst 10 dage (2019-2023)**

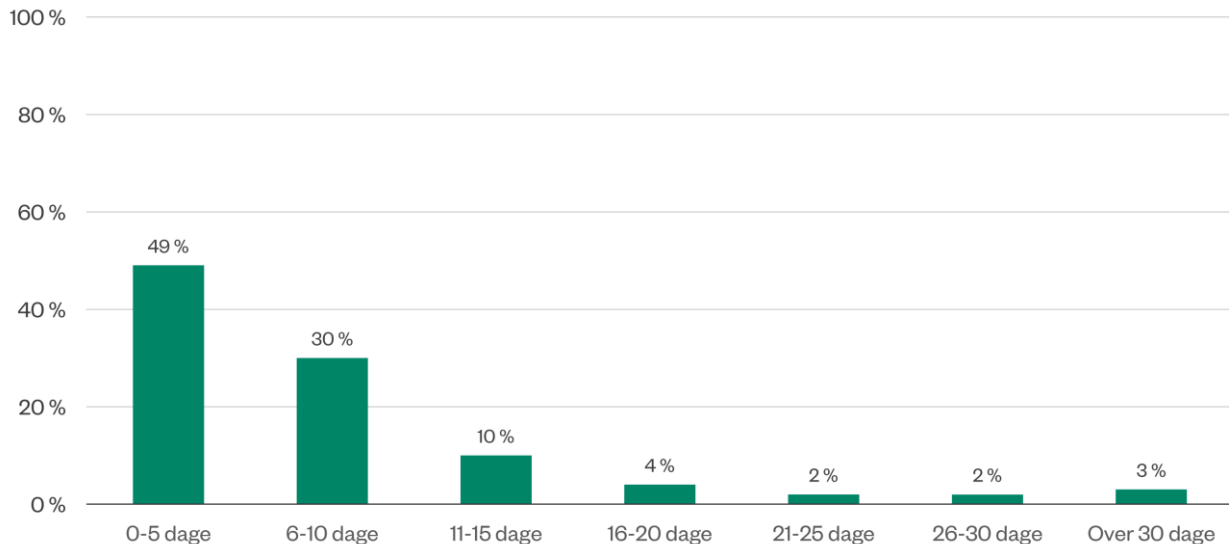
Note: Analysen er baseret på de 51.391 forløb, hvor patienten er startet i behandling. En patient kan have mere end ét forløb.

Kilde: Rigsrevisionens beregninger på baggrund af data fra Dansk Palliativ Database og Landspatientregisteret.

Det fremgår af figur 3, at regionerne ikke lever op til deres målsætning, selv om der har været en positiv udvikling i perioden. Hvor 72 % af patienterne startede i behandling inden for 10 dage i 2019, var andelen steget til 79 % i 2023. Den positive udvikling dækker over betydelige regionale forskelle, jf. afsnit 2.4.

Målet om højst 10 dages ventetid viser ikke, hvor længe patienterne venter på at starte i behandling. Vi har derfor også undersøgt, hvor længe patienterne i 2023 ventede på at starte i behandling, jf. figur 4.

Figur 4
Ventetid til behandlingsstart efter henvisning i 2023



Note: Analysen er baseret på de 9.999 forløb, hvor patienten er startet i behandling i 2023. Én patient kan have mere end ét forløb.

Kilde: Rigsrevisionens beregninger på baggrund af data fra Dansk Palliativ Database og Landspatientregisteret.

Det fremgår af figur 4, at 49 % af patienterne i 2023 startede i specialiseret lindring inden for 5 dage efter henvisning. Figuren viser også, at 7 % ventede i mere end 20 dage på at komme i behandling. Dette skal ses i forhold til, at den typiske patient i 2023 modtog behandling i 20 dage, inden patienten afgik ved døden, jf. figur 5 i afsnit 2.3.

26. Region Sjælland bemærker i deres høringssvar, at *"... vurderingen af regionernes målopfyldelse ikke tager højde for de strukturelle og kapacitetsmæssige forskelle, der præger regionerne. I Region Sjælland spiller geografiske forhold, henvisningspraksis og forskelle i organiseringen af palliative enheder en afgørende rolle for ventetider og behandlingsvarighed"*.

Rigsrevisionen konstaterer, at målene for ventetid er udviklet af fageksperter, som vurderer, at det er ambitiøse, men realistiske mål for alle regioner.

27. Vi har også undersøgt, om antallet af patienter, der er startet i specialiseret lindring, er steget siden 2019. Det ville alt andet lige gøre det sværere for regionerne at leve op til de to mål for ventetid. Vores analyse viser, at færre patienter startede i specialiseret lindring i 2023 end i 2019. I 2019 startede 8.957 patienter i specialiseret lindring, mens antallet i 2023 var faldet til 7.626, dvs. et fald på 15 %. Udviklingen i antallet af patienter har således ikke i sig selv gjort det sværere for regionerne at leve op til målene.

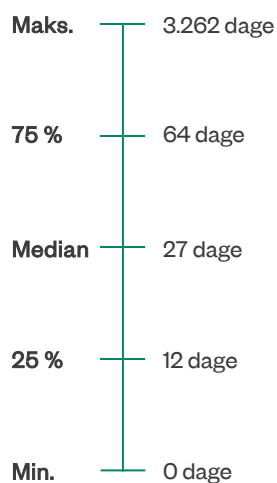
2.3. Udviklingen i patienternes levetid efter henvisning og antal dage i behandling

28. Vi har undersøgt udviklingen i patienternes levetid efter henvisning til specialiseret lindring og antal dage i behandling. Det har vi gjort, fordi levetiden ifølge fageksperterne i Dansk Palliativ Database kan indikere, hvornår i deres sygdomsforløb patienterne bliver henvist til specialiseret lindring. Det har i hele den undersøgte periode været vurderingen fra fageksperterne i Dansk Palliativ Database, at patienterne er blevet henvist sent i deres sygdomsforløb. Regionerne har i deres positionsrapport fra 2020 angivet, at de *"... vil sætte tidligt ind med lindrende behandling og understøtte flere uhelbredeligt syge i at træffe et aktivt valg om deres behandlingsforløb"*.

Vores undersøgelse viser, at der er indikationer på, at patienterne blev henvist senere i deres sygdomsforløb i 2023, end de gjorde i 2019.

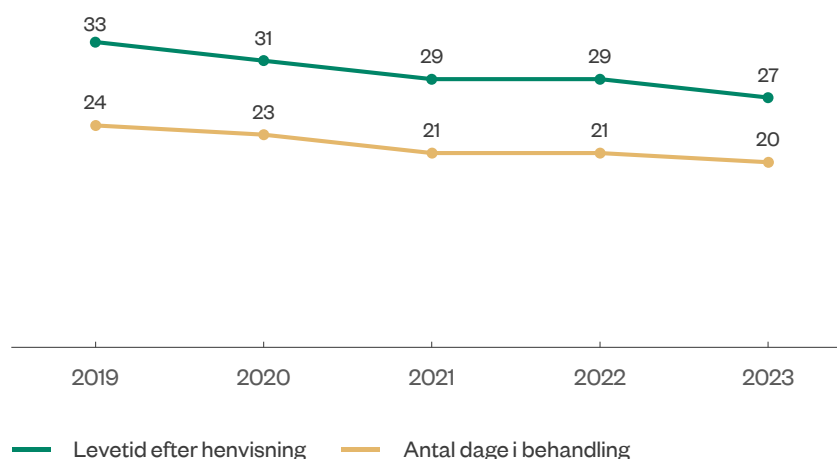
Figur 5 viser, hvor længe en typisk patient (medianpatienten) lever efter at være henvist til specialiseret lindring, og hvor mange dage den typiske patient modtager behandling.

Spredning i levetid i dage efter henvisning til specialiseret lindring i 2023



Figur 5

Medianpatientens levetid i dage efter henvisning til specialiseret lindring og antal dage i behandling (2019-2023)



Note: Analysen er baseret på de 35.202 forløb, hvor patienten er startet i behandling, og forløbet er afsluttet som følge af, at patienten er afdøet ved døden.

Kilde: Rigsrevisionens beregninger på baggrund af data fra Dansk Palliativ Database og Landspatientregisteret.

Det fremgår af figur 5, at den typiske patient lever i kortere tid, efter patienten er henvist til specialiseret lindring. I 2019 var medianlevetiden efter henvisning 33 dage, mens den i 2023 var faldet til 27 dage. Dette tyder på, at patienterne blev henvist senere i deres sygdomsforløb i 2023 end i 2019.

Det fremgår også af figuren, at antallet af dage, en typisk patient modtog specialiseret lindring før sin død, er faldet fra 24 dage i 2019 til 20 dage i 2023.

Region Midtjylland, Region Nordjylland og Region Syddanmark oplyser, at den faldende medianlevetid og de færre dage i behandling kan skyldes, at den basale lindring er blevet forbedret, så patienternes behov for specialiseret lindring viser sig senere i deres sygdomsforløb. Omvendt oplyser Region Hovedstaden, at en forbedret basal lindring er en forudsætning for, at patienternes behov for specialiseret lindring kan identificeres tidligere, end tilfældet er i dag.

Det ikke er muligt for Rigsrevisionen at undersøge, hvordan indsatsen med basal lindring påvirker den specialiserede lindring, og heller ikke, om den basale lindring som område er forbedret. Det skyldes, at der ikke systematisk indsamles data om den basale lindring.

Vi kan konstatere, at selv om en større andel af patienter starter i behandling inden for 10 dage efter henvisning, så henvises den typiske patient senere og modtager specialiseret lindring i kortere tid end tidligere.

2.4. Forskelle i ventetid fordelt på region og bagvedliggende sygdom

29. Vi har undersøgt, om regionerne har sikret ensartet ventetid til specialiseret lindring for patienter på tværs af landet og for patienter med forskellige bagvedliggende sygdomme. Statsrevisorerne kritiserede i 2020, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad havde sikret lige adgang til specialiseret lindring uanset bopæl og sygdom.

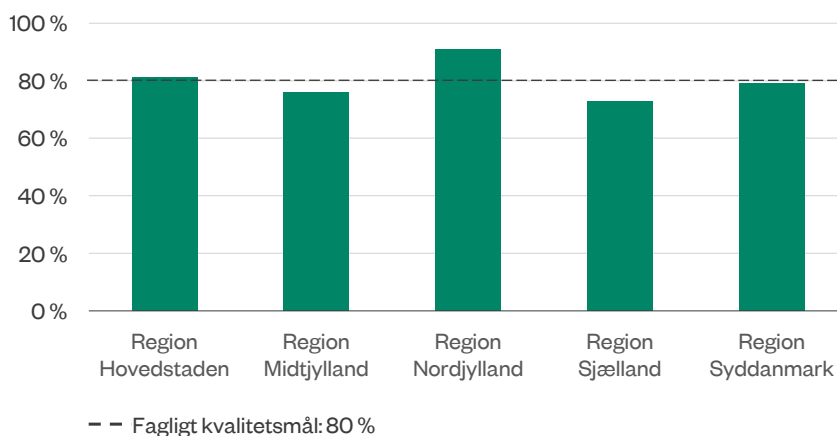
Det fremgår af sundhedslovens § 2, at sundhedsvæsenet skal opfylde behovet for bl.a. let og lige adgang til sundhedsvæsenet. Vi lægger derfor til grund, at der ikke bør være systematiske forskelle i patienternes ventetid på tværs af regioner og bagvedliggende sygdomme.

Vores undersøgelse viser, at der er regionale forskelle i andelen af forløb, hvor patienter starter i behandling, inden de bliver for syge eller dør, og betydelige regionale forskelle i andelen af forløb, hvor patienter højst venter 10 dage på at starte i specialiseret lindring. Disse forskelle medvirker også til betydelige regionale forskelle i, hvor mange dage patienterne er i specialiseret lindring i deres sidste tid. Undersøgelsen viser også, at der fortsat er forskelle i patienternes ventetid på behandling afhængigt af deres bagvedliggende sygdom.

30. Figur 6 viser de enkelte regioners opfyldelse af målet om behandling i 2023.

Figur 6

Mål om behandling: andelen af forløb, hvor behandling er startet, før patienten blev for syg eller døde, i 2023



Note: Analysen er baseret på alle 12.604 forløb i 2023. Én patient kan have mere end ét forløb.

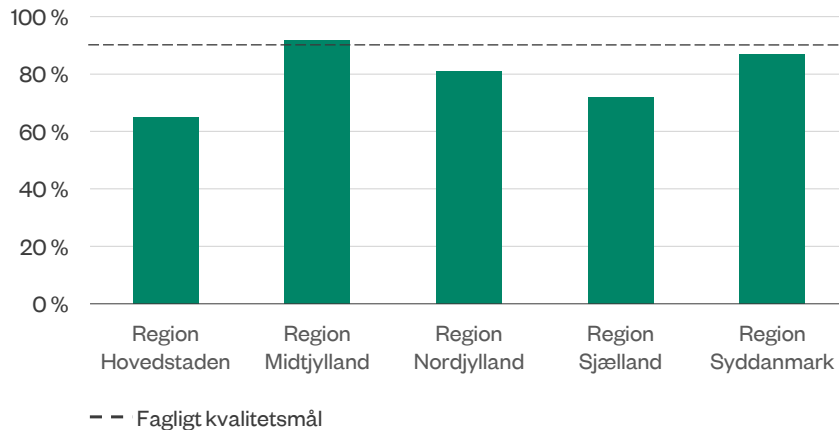
Kilde: Rigsrevisionens beregninger på baggrund af data fra Dansk Palliativ Database og Landspatientregisteret.

Det fremgår af figur 6, at Region Hovedstaden, Region Nordjylland og Region Syddanmark stort set eller fuldt ud lever op til målet om behandling. I de tre regioner når ca. 80 % eller flere af patienterne at starte i specialiseret lindring, inden de bliver for syge eller dør. De to øvrige regioner lever ikke op til målet om behandling. Andelen er lavest i Region Sjælland, hvor 73 % af patienterne starter i specialiseret lindring, inden de bliver for syge eller dør. Vores analyse viser, at de regionale forskelle er til stede i hele undersøgelsesperioden.

31. Der er betydelige regionale forskelle i opfyldelsen af målet om højst 10 dages ventetid, jf. figur 7.

Figur 7

Mål om højst 10 dages ventetid: andelen af forløb, hvor ventetiden efter henvisning har været højst 10 dage, i 2023



Note: Analysen er baseret på de 9.999 forløb, hvor patienten er startet i behandling i 2023. En patient kan have mere end ét forløb.

Kilde: Rigsrevisionens beregninger på baggrund af data fra Dansk Palliativ Database og Landspatientregisteret.

Det fremgår af figur 7, at Region Midtjylland er den eneste region, der lever op til målet om, at 90 % af de patienter, der starter i specialiseret lindring, skal starte behandling senest 10 dage efter henvisning. I Region Midtjylland er det 92 % af de patienter, som starter i specialiseret lindring, der venter i højst 10 dage. I Region Hovedstaden og Region Sjælland er det kun mellem 65 % og 72 % af patienterne, der starter i behandling inden for 10 dage. Disse forskelle er stabile i undersøgelsesperioden.

Forskelle i ventetid afhængigt af bagvedliggende sygdom

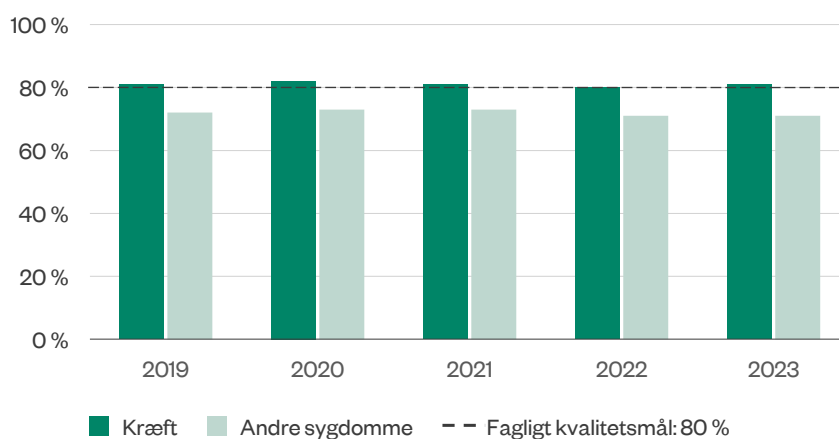
32. Vi har også undersøgt, om der er forskel på, hvor længe patienterne venter på specialiseret lindring, afhængigt af den bagvedliggende sygdom. I beregningen fra 2020 konstaterede vi, at der var forskel på adgangen til specialiseret lindring, afhængigt af hvilken livstruende sygdom patienten led af. Statsrevisorerne kritiserede, at regionerne ikke i tilstrækkelig grad havde sikret, at patienter ved behov blev henvist til specialiseret lindring uanset sygdom. Som nævnt i kapitel 1 fremgår det af regionernes positionsrapport fra 2020, at regionerne vil gøre op med uligheden i, hvem der får lindrende behandling.

Vores undersøgelse viser, at det ikke er sket.

Figur 8 viser, hvordan opfyldelsen af målet for behandling har udviklet sig i perioden 2019-2023 for patienter med henholdsvis kræft og andre sygdomme.

Figur 8

Mål om behandling: andelen af forløb, hvor behandling er startet, før patienten blev for syg eller døde, fordelt på sygdomstype (2019-2023)



Note: Analysen er baseret på alle 64.217 forløb. Én patient kan have mere end ét forløb.

Kilde: Rigsrevisionens beregninger på baggrund af data fra Dansk Palliativ Database og Landspatientregisteret.

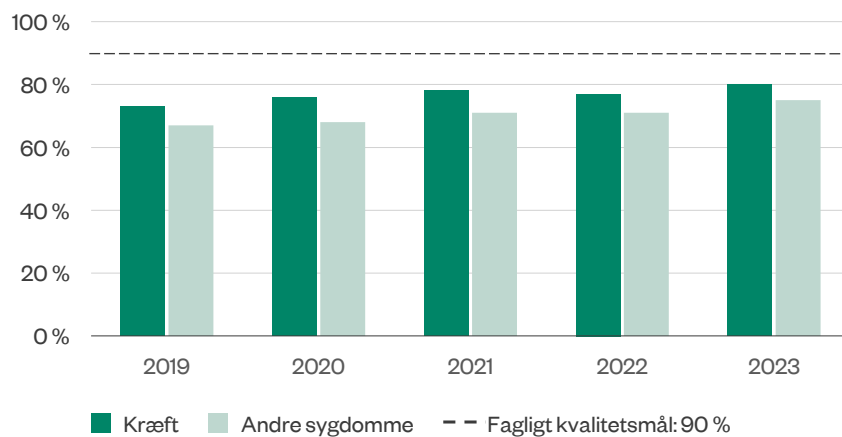
Det fremgår af figur 8, at der fortsat er forskel på, om patienterne når at få behandling, afhængigt af den bagvedliggende sygdom. I 2023 nåede patienter med en anden livstruende sygdom end kræft at starte i specialiseret lindring i 70 % af forløbene. For kræftpatienter var andelen 81 %. Denne ulighed har haft samme niveau siden 2019.

33. Vores undersøgelse viser derudover, at patienter med andre dødelige sygdomme end kræft også venter i længere tid, før de får behandling.

Figur 9 viser, hvordan opfyldelsen af målet om højst 10 dages ventetid har udviklet sig i perioden 2019-2023 for patienter med henholdsvis kræft og andre sygdomme.

Figur 9

Mål om højst 10 dages ventetid: andelen af forløb, hvor ventetiden efter henvisning har været højst 10 dage, fordelt på sygdomstype (2019-2023)



Note: Analysen er baseret på de 51.391 forløb, hvor patienten er startet i behandling. Én patient kan have mere end ét forløb.

Kilde: Rigsrevisionens beregninger på baggrund af data fra Dansk Palliativ Database og Landspatientregisteret.

Det fremgår af figur 9, at der over tid er en større andel af patienter med kræft og patienter med andre sygdomme, der starter i behandling inden for 10 dage. Det er dog stadig relativt færre patienter med andre sygdomme end kræft, der starter i behandling inden for 10 dage.

Rigsrevisionen, den 1. maj 2025

Birgitte Hansen

/Kristian Brink

Bilag 1. Metodisk tilgang

Undersøgelsen bygger på følgende:

- **Dokumentgennemgang.** Vi har gennemgået dokumenter fra de fem regioner, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsdatastyrelsen og Sundhedsstyrelsen.
- **Dataanalyser af ventetid til specialiseret lindring.** Vi har analyseret data om specialiseret lindring fra regionerne, som de indberetter til Dansk Palliativ Database (DPD) og Landspatientregisteret (LPR3).

Vi har holdt møder med Indenrigs- og Sundhedsministeriet og de fem regioner for at have dialog om undersøgelsens metoder og for at kvalificere vores anmodninger om data og øvrigt materiale. Vi har også holdt møder med underliggende styrelser i Indenrigs- og Sundhedsministeriet og repræsentanter for DPD for at få indsigt i området, kvalificere vores anmodninger om materiale og kvalitetssikre de metodiske beslutninger, der ligger til grund for vores dataanalyse om ventetid til specialiseret lindring. Yderligere har vi i oktober 2024 deltaget i konferencen "Klinisk Kvalitet 2024" for at få indsigt i, hvordan der arbejdes med kliniske kvalitetsdata i Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP) og herunder data fra DPD.

Dokumentgennemgang

Vi har gennemgået en række dokumenter, herunder:

- relevant lovgivning, bl.a. sundhedsloven og to underliggende bekendtgørelser om *godkendelse af landsdækkende og regionale kliniske kvalitetsdatabaser og indberetning til godkendte kliniske kvalitetsdatabaser og videregivelse af data til Sundhedsdatastyrelsen*
- Sundhedsstyrelsens vejledning om anbefalinger til den palliative indsats fra 2017
- DPD's årsrapporter for 2019-2023 og interne vejledninger til indberetning
- sager om Sundhedsdatastyrelsens godkendelse af DPD, herunder korrespondance mellem styrelsen og RKKP.
- datadokumentation fra LPR3 og DPD.

Formålet med gennemgangen af dokumenterne har været at skabe et grundlag for vores vurdering af, om regionerne har sikret kort og ensartet ventetid til specialiseret lindring for patienter med livstruende sygdomme.

Dataanalyser af ventetid til specialiseret lindring

Vi har gennemført fire dataanalyser for at undersøge, om regionerne har sikret kort og ensartet ventetid til specialiseret lindring for patienter med livstruende sygdomme. Analyserne er baseret på data om specialiseret lindring fra DPD og registerdata fra LPR3. Data omhandler de patienter, der afgik ved døden i perioden 2019-2023. Vi afgrænser undersøgelsesperiodens afslutning til 2023, fordi DPD endnu ikke havde komplette data for hele 2024 ved undersøgelsens start.

I det følgende præsenteres det overordnede datagrundlag for undersøgelsen. Herefter præsenterer vi de enkelte analysers metode og resultater. Vi præsenterer analyserne i den rækkefølge, som de optræder i beretningen.

Datagrundlag

Analyserne er baseret på indberetninger for forløb med specialiseret lindring til DPD og patientregistreringer i LPR3. RKKP har – efter aftale med den dataansvarlige myndighed (Region Midtjylland) – leveret data fra DPD, og Sundhedsdatastyrelsen har leveret data fra LPR3.

Data fra DPD

Vi har modtaget data om patientforløb fra DPD. Vi har gennemført en indledende datarens, hvor vi har frasorteret 245 forløb. Det drejer sig fx om forløb, hvor det er blevet indberettet, at patienten er startet i behandling efter sin død, eller at patienten er blevet henvist, efter vedkommende allerede er startet i behandling. Vi har i denne indledende datarens også frasorteret forløb med ekstrem lang ventetid mellem henvisning og start af behandling (ventetid over 500 dage). Efter den indledende datarens har vi data for 49.212 unikke patienter fordelt på 64.217 forløb. Der er 13.469 patienter, som optræder flere gange i data, fordi de har haft mere end ét forløb. Et forløb er defineret ved, at patienten er blevet henvist til specialiseret lindring og har fået sin henvisning godkendt af en læge (patienten er blevet visiteret).

Data fra DPD er organiseret efter patientens dødsår. Det skyldes, at regionernes indberetning til DPD sker i forbindelse med patientens død. Det betyder fx, at data for 2023 omhandler patienter, der døde dette år, uanset hvilket år patienten er blevet henvist til eller er startet i specialiseret lindring. Et eksempel kan se således ud: Patient A er død i 2023 efter ophold på et hospice. Patient A har også haft et forløb med specialiseret lindring på et hospital i 2022. Opgørelsesmetoden betyder, at begge forløb tælles med i 2023 og ingen af dem i 2022. Vi har valgt at benytte denne opgørelsesmetode, fordi det er den, der ligger til grund for de faglige mål, som regionerne følger.

Data fra LPR3

Fra LPR3 har vi modtaget data over registreringer, der knytter sig til de patienter, som indgår i data fra DPD. I LPR3 registreres alle møder, som danske patienter har med danske sygehuse og hospicer. Møder forstås bredt og dækker også over de enkelte, konkrete behandlinger, som en patient bliver givet.

Forskellige behandlinger registreres som *kontakter* og *procedurer* med bestemte koder. Ved at identificere *kontakt-* og *procedurekoder* for specialiseret lindring i den enkelte patients registreringer er det efterfølgende muligt at se, om patienten er blevet givet specialiseret lindring.

Analyse af indberetninger af oplysninger om ventetid (afsnit 2.1)

I afsnit 2.1 undersøger vi, om regionerne har sikret korrekte indberetninger af oplysninger om patienters ventetid til specialiseret lindring.

Metode og afgrænsning

For at teste, om indberetningerne af oplysninger om ventetid er korrekte, har vi undersøgt, om datoen for start af specialiseret lindring er indberettet korrekt. Det gør vi, fordi denne dato bruges til at beregne patientens ventetid, og fordi vi har fået indikationer på, at dette ikke gøres korrekt alle steder.

Måden, hvorpå vi tester, om indberetningerne er korrekte, er at sammenligne den indberettede dato for start af specialiseret lindring i DPD med de registrerede behandlinger i LPR3. Vi sammenligner med registreringer af specialiseret lindring i LPR3, fordi regionerne er forpligtede til at registrere alle behandlinger, som danske patienter modtager på danske sygehuse, private hospitaler og klinikker, i LPR3. Registreringerne i LPR3 sker uafhængigt af indberetningerne til DPD, og vi har ingen indikationer på, at der er systematiske fejl i oplysningerne om specialiseret lindring i LPR3.

Vi laver to tests for at undersøge, om indberetningen af datoen for start af specialiseret lindring til DPD er korrekt. Først tester vi, om vi på den indberettede dato kan finde en registrering af et fysisk møde mellem sundhedspersonalet og patienten i LPR3. Vi kigger på patientens registrerede kontakter, hvor vi afgrænser til koderne "fysisk fremmøde" og "udekontakt". Mødet skal være fysisk, fordi det ifølge DPD er en forudsætning for, at et hospice eller et sygehus må registrere, at en patient er startet i specialiseret lindring.

Hvis vores test viser, at der er registreret en kontaktkode for et fysisk møde mellem sundhedspersonalet og patienten i LPR3 på den samme dato, som er indberettet for start af specialiseret lindring i DPD, konkluderer vi, at indberetningen er korrekt.

Hvis vi *ikke* finder et fysisk møde i LPR3 på den dato, der er indberettet til DPD, laver vi en yderligere test. Det skyldes, at vi nødt til at undersøge, om der er tale om specialiseret lindring via tilsyn på en anden afdeling, som registreres i LPR3 med en procedure i stedet for en kontakt. Vi undersøger derfor, om vi kan finde en registrering af en procedurekode for specialiseret lindring på den dato, der er indberettet til DPD.

Procedurekoderne for specialiseret lindring er "specialiseret palliativ indsats (BXBA)", "specialiseret palliativ indsats med lægelig intervention (BXBA0)", "tilsyn (AAF4)" eller "tilsyn ved speciallæge (BWTT1)".

Hvis vores anden test viser, at der *er* registreret en procedure for specialiseret lindring i LPR3 på den samme dato, som er indberettet som startdato i DPD, konkluderer vi, at indberetningen er korrekt.

Hvis *ingen* af vores to tests er positive, konkluderer vi, at indberetningen af dato for start af specialiseret lindring til DPD ikke er korrekt. I de tilfælde har vi ændret datoen til den første behandling med specialiseret lindring efter patientens henvisning, der *er* registreret i LPR3. Det kan enten være procedurer med én af de nævnte procedurekoder eller en kontakt af typen "specialiseret palliation (DZ515S)".

Vi har valideret og tilpasset analysetilgangen, herunder kriterierne for udvælgelse af relevante kontakter og procedurer, med input fra regionerne, Sundhedsdatastyrelsen og fageksperterne fra DPD's styregruppe.

Analysen er afgrænset til de forløb, hvor patienten ifølge indberetning til DPD *er* startet i specialiseret lindring. Det skyldes, at vi undersøger overensstemmelsen mellem den indberettede dato for start af behandling i DPD og de registrerede behandlinger i LPR3. Analysen er endvidere afgrænset til forløb, hvor patienten er henvist til specialiseret lindring i perioden 4. marts 2019 - 31. december 2023. Det skyldes, at LPR3 blev åbnet den 4. marts 2019, og vi har derfor kun data fra begge datakilder i den angivne periode. Der er derfor nogle af de patienter, som indgår i data fra DPD, som vi ikke kan få data på fra LPR3, fordi denne gruppe af patienter har fået specialiseret lindring i perioden før den 4. marts 2019.

Resultater

I tabel A opgøres antallet og andelen af forløb med og uden fejl i indberettet dato til DPD på tværs af regioner i perioden 2019-2023.

Tabel A**Forløb med og uden fejl på tværs af regioner i perioden 2019-2023**

Region	Forløb uden fejl (%)	Forløb med fejl (%)	Forløb med forkert startdato (%)	Forløb uden startdato (%)
Hovedstaden	12.373 (94 %)	852 (6 %)	673 (5 %)	179 (1 %)
Sjælland	6.300 (98 %)	157 (2 %)	140 (2 %)	17 (<1 %)
Syddanmark	10.399 (97 %)	301 (3 %)	259 (2 %)	42 (<1 %)
Midtjylland	10.576 (97 %)	324 (3 %)	286 (3 %)	38 (<1 %)
Nordjylland	5.858 (96 %)	257 (4 %)	225 (4 %)	32 (<1 %)
I alt	45.506 (96 %)	1.891 (4 %)	1.583 (3 %)	308 (1 %)

Note: Analysen er baseret på alle 47.397 forløb, der er indgik i analysen af indberetninger af oplysninger om ventetid. En patient kan have mere end ét forløb. Procenter er afrundet til nærmeste heltal.

Kilde: Rigsrevisionens beregninger på baggrund af data fra DPD og LPR3.

Det fremgår af tabel A, at vi overordnet finder et højt niveau af overensstemmelse mellem datoen for start af specialiseret lindring i DPD og datoen for en relevant behandling i LPR3 på tværs af regionerne. Vi finder den største andel af fejl hos Region Hovedstaden (6 %) og den laveste andel hos Region Sjælland (2 %). Da der er tale om manuelle indberetninger, er et vist niveau af fejl forventeligt.

I størstedelen af fejlene kunne vi via oplysninger i LPR3 identificere en anden dato for start af specialiseret lindring. I 75 % af disse tilfælde viste registreringer i LPR3, at patienterne var startet i specialiseret lindring på et senere tidspunkt, end hvad der var indberettet til DPD. I gennemsnit var disse patienter startet i behandling 17 dage senere end det, der var oplyst til DPD.

Vores undersøgelse viser også, at der hertil er nogle forløb, hvor patienterne ifølge registreringerne i LPR3 ikke har fået specialiseret lindring efter tidspunktet for henvisning. For Region Hovedstaden gjaldt det ca. 1 % af forløbene, mens det gjaldt mindre end 1 % for de andre fire regioner.

Som supplerende analyse har vi i tabel B undersøgt udviklingen i forløb med fejl på tværs af regioner i perioden 2019-2023.

Tabel B**Forløb med fejl på tværs af regioner i perioden 2019-2023**

Region	2019	2020	2021	2022	2023
Hovedstaden	215 (9 %)	190 (7 %)	205 (7 %)	146 (5 %)	96 (4 %)
Sjælland	33 (3 %)	28 (2 %)	38 (3 %)	27 (2 %)	31 (3 %)
Syddanmark	49 (3 %)	72 (3 %)	65 (3 %)	68 (3 %)	47 (2 %)
Midtjylland	58 (3 %)	91 (4 %)	75 (3 %)	42 (2 %)	58 (3 %)
Nordjylland	54 (5 %)	103 (8 %)	50 (3 %)	39 (3 %)	11 (1 %)

Note: Analysen er baseret på alle 47.397 forløb, der er indgik i analysen af indberetninger af oplysninger om ventetid. En patient kan have mere end ét forløb. Procenter er afrundet til nærmeste heltal.

Kilde: Rigsrevisionens beregninger på baggrund af data fra DPD og LPR3.

Det fremgår af tabel B, at andelen af fejl generelt er aftagende eller relativt stabil på et lavt niveau i perioden. I Region Hovedstaden falder andelen af fejl fra 9 % til 4 % i perioden.

Som supplerende analyse har vi undersøgt fordelingen af forløb med fejl på tværs af de enheder, der giver specialiseret lindring (hospices eller hospitalsafdelinger). Tabel C viser fordelingen af fejl på tværs af regioner, hvor vi afrapporterer de tre regionale enheder, der har den største andel af fejl i perioden 2019-2023.

Tabel C**Forløb med fejl i de tre enheder med relativt flest fejl på tværs af regioner i perioden 2019-2023**

Region	Enhed med flest fejl	Enhed med næstflest fejl	Enhed med tredje flest fejl
Hovedstaden	195 (40 %)	316 (20 %)	46 (8 %)
Sjælland	25 (4 %)	28 (3 %)	20 (3 %)
Syddanmark	64 (6 %)	48 (4 %)	51 (3 %)
Midtjylland	50 (6 %)	36 (4 %)	34 (4 %)
Nordjylland	95 (9 %)	49 (8 %)	56 (4 %)

Note: Analysen er baseret på alle 47.397 forløb, der er indgik i analysen af indberetninger af oplysninger om ventetid. En patient kan have mere end ét forløb. Procenter er afrundet til nærmeste heltal.

Kilde: Rigsrevisionens beregninger på baggrund af data fra DPD og LPR3.

Det fremgår af tabel C, at fejlene primært er koncentreret hos to enheder i Region Hovedstaden. Vores undersøgelse viser også, at andelen af fejl i de to enheder er aftagende i undersøgelsesperioden. I enheden med flest fejl er andelen af fejl faldet fra 65 % til 15 %, mens der i enheden med næstflest fejl er sket et fald fra 21 % til 11 % i perioden.

Analyse af udviklingen i ventetid til specialiseret lindring (afsnit 2.2)

I afsnit 2.2 undersøger vi udviklingen i regionernes opfyldelse af de to faglige mål for patienternes ventetid i perioden 2019-2023. Vi undersøger også fordelingen af patienternes ventetid i antal dage og udviklingen i antallet af patienter, som starter i specialiseret lindring.

Metode og afgrænsning

Vi opgør udviklingen i regionernes opfyldelse af de to faglige mål for patienters ventetid med samme tilgang, som DPD bruger i deres årsrapporter. Det betyder, at forløbene organiseres efter det år, hvor patienten er død, og forløbet er blevet indberettet til DPD.

Ventetid i antal dage beregnes for hvert enkelt forløb som antallet af dage mellem dato for henvisning og dato for start af specialiseret lindring. Ventetiden er derfor kun opgjort for de forløb, hvor patienten nåede at starte i behandling.

Udviklingen i antal patienter, som starter i specialiseret lindring, er opgjort efter det år, hvor patienten er startet i behandling. Vores opgørelse måler, hvor mange unikke patienter der er startet i behandling i det enkelte år. Vi anvender dermed en anden tilgang end DPD's opgørelse af "patienter, der fik behandling". DPD tæller "antal patienter" på baggrund af, hvor mange unikke patienter hver enkelt enhed har behandlet. I DPD's opgørelse tæller én patient derfor med flere gange, hvis patienten har haft forløb hos flere forskellige enheder. Hvis patienten har haft flere forløb hos samme enhed, tæller patienten dog kun med én gang. DPD's opgørelse er desuden opgjort efter patientens dødsår.

Vi har valgt vores tilgang, fordi hver patient derfor tæller maksimalt én gang pr. år sammenlignet med DPD's metode, som potentielt tæller hver patient flere gange. Herudover opgør vi udviklingen efter det år, hvor patienten er startet i behandling, frem for det år, hvor patienten er død. Det har vi gjort for at få et mere retvisende billede af den faktiske udvikling af antallet af patienter, der får specialiseret lindring i perioden. I denne beregning har vi derfor også inkluderet forløb, der er indberettet efter 2023, hvis patienten er startet i behandling i perioden 2019-2023.

Analysen er baseret på oplysninger fra DPD om, hvorvidt patienten er nået at starte i behandling efter henvisning, samt oplysninger om ventetiden til start af behandling. I nogle tilfælde er patienten blevet tilbudt start af behandling på et tidligere tidspunkt end der, hvor patienten rent faktisk starter i behandling. I de tilfælde følger vi DPD's tilgang og beregner ventetiden fra henvisning til første tilbud om behandling. For de 1.891 forløb med fejl i oplysninger om ventetid, som vi identificerede i analysen af indberettede oplysninger om ventetid (afsnit 2.1 i beretningen), har vi lagt oplysningerne fra LPR3 til grund for beregningerne.

Analyserne baserer sig på tre forskellige populationer, der alle tager udgangspunkt i data fra DPD. Populationen er angivet i noten under hver enkelt figur eller i metodebilaget. De tre populationer er:

- **Alle forløb.** Alle forløb fra indberetningsperioden 1. januar 2019 - 31. december 2023. Et forløb er defineret ved, at patienten er blevet henvist til specialiseret lindring og har fået sin henvisning godkendt af en læge (64.217 forløb).
- **Forløb, hvor patienten er startet i behandling.** En delmængde af *Alle forløb*. Der er tale om de forløb, hvor patienten er startet i specialiseret lindring, fra indberetningsperioden 1. januar 2019 - 31. december 2023. En patient betragtes også som startet i behandling, hvis vedkommende er blevet tilbudt behandling, men har takket nej (51.369 forløb).
- **Forløb med henvisning eller start af behandling i perioden 2019-2023.** Alle forløb, hvor patienten er henvist til eller startet i specialiseret lindring i perioden 1. januar 2019 - 31. december 2023. Vi afgrænser her efter året for henvisning eller start af behandling frem for patientens dødsår (50.281 forløb).

I analysen af patienternes ventetid i antal dage har vi desuden afgrænset analysen til indberetningsåret 2023.

Resultater

I beretningens figur 2 opgøres udviklingen i regionernes opfyldelse af det faglige mål om behandling (mindst 80 % af de henviste patienter skal starte i specialiseret lindring, inden de bliver for syge eller dør). Udviklingen opgøres på baggrund af *alle forløb*, og vi beregner andelen af forløb i denne population, hvor patienten er startet i behandling.

I beretningens figur 3 opgøres udviklingen i regionernes opfyldelse af det faglige mål om højst 10 dages ventetid (mindst 90 % af de patienter, der starter i specialiseret lindring, skal starte deres behandling senest 10 dage efter henvisning). Udviklingen opgøres på baggrund af *forløb, hvor patienten er startet i behandling*, og vi beregner andelen af forløb i denne population, hvor patienten er startet i behandling senest 10 dage efter henvisning.

I beretningens figur 4 beregnes fordelingen af ventetiden efter henvisning opgjort i intervaller af 5 dage for forløb, hvor patienten er startet i behandling. Opgørelsen sker på baggrund af *forløb, hvor patienten er startet i behandling*, og er afgrænset til indberetningsåret 2023.

Vi har i beretningen også beregnet udviklingen i antallet af patienter, som er startet i specialiseret lindring i perioden 2019-2023. Her finder vi, at antallet af patienter, som starter i specialiseret lindring, er faldet med 15 %.

Som supplerende analyse har vi undersøgt robustheden af faldet i patienter, der er startet i specialiseret lindring i perioden. Det har vi gjort ved at sammenligne vores opgørelsesmetode af udviklingen i antallet af patienter med DPD's opgørelsesmetode.

I vores opgørelsesmetode tæller vi antallet af unikke patienter, der starter i et forløb med specialiseret lindring i et givent år. Hver patient tæller således kun én gang i hvert år, hvor patienten har et forløb. I DPD's opgørelsesmetode opgøres antallet af enheder, som hver patient har været i kontakt med, og alle disse kontakter tæller med i det år, hvor patienten dør. Resultatet af robusthedstesten er vist i tabel D.

Tabel D
Udviklingen i antal patienter i perioden 2019-2023 på tværs af opgørelsesmetoder

	2019	2020	2021	2022	2023	Fald 2019-2023
Rigsrevisionens opgørelsesmetode						
Hver patient tæller højst én gang i det år, hvor et forløb er startet	8.957	8.708	8.558	8.264	7.626	15 %
DPD's opgørelsesmetode						
Hver patient kan tælle mere end én gang, og alle gange tæller med i det år, hvor patienten dør	10.760	10.259	10.391	9.982	9.999	7 %

Note: Analysen er baseret på alle forløb, hvor patienten er startet i behandling i perioden 2019-2023. I Rigsrevisionens opgørelsesmetode omfatter det 41.462 forløb, mens det i DPD's opgørelsesmetode omfatter 51.391 på tværs af opgørelsesmetoder. Forløb tilknyttet patienter, der er døde efter 2023, er inkluderet i Rigsrevisionens opgørelsesmetode.

Kilde: Rigsrevisionens beregninger på baggrund af data fra DPD og LPR3.

Det fremgår af tabel D, at der på tværs af opgørelsesmetoder ses et fald i antallet af patienter og forløb i perioden. Dog er faldet mindre, hvis udviklingen opgøres efter DPD's opgørelsesmetode frem for Rigsrevisionens.

Som supplerende analyse har vi i tabel E også undersøgt udviklingen i antal patienter, der startede i behandling i perioden 2019-2023, på tværs af sygdomstyper.

Tabel E**Antal patienter, der startede i behandling i perioden 2019-2023**

År	Patienter	Patienter med kræft	Patienter med anden sygdom end kræft
2019	8.957	8.206	751
2020	8.708	7.965	743
2021	8.558	7.774	784
2022	8.264	7.474	790
2023	7.626	6.868	758

Note: Analysen er baseret på alle 49.219 forløb, hvor patienten er startet i behandling i perioden 2019-2023. Forløb tilknyttet patienter, der er døde efter 2023, er inkluderet. En patient kan have mere end ét forløb. Hvis en patient både har forløb med kræft og anden sygdom, er det patientens første forløb i året, der er talt med. Opgjort efter år for start af behandling.

Kilde: Rigsrevisionens beregninger på baggrund af data fra DPD og LPR3.

Det fremgår af tabel E, at faldet i antal patienter, der er startet i specialiseret lindring i perioden 2019-2023, er koncentreret i gruppen af patienter, der har kræft som primær livstruende sygdom.

Som supplerende analyse har vi endvidere undersøgt, om der i perioden også er sket et fald i antallet af henvisninger til specialiseret lindring. Tabel F viser udviklingen i antal patienter, der er blevet henvist i perioden 2019-2023.

Tabel F**Antal patienter, der er blevet henvist til specialiseret lindring i perioden 2019-2023**

År	Henvisninger	Heraf henvisninger for forløb med kræft	Heraf henvisninger for forløb med anden sygdom end kræft
2019	10.688	9.710	978
2020	10.294	9.340	954
2021	10.227	9.178	1.049
2022	9.901	8.846	1.060
2023	9.171	8.126	1.045

Note: Analysen er baseret på alle 50.281 forløb, hvor patienten er henvist i perioden 2019-2023. Forløb tilknyttet patienter, der er døde efter 2023, er inkluderet. En patient kan have mere end én henvisning. Hvis en patient både har henvisninger med kræft og anden sygdom, er det patientens første henvisning i året, der er talt med. Opgjort efter året for henvisning.

Kilde: Rigsrevisionens beregninger på baggrund af data fra DPD og LPR3.

Det fremgår af tabel F, at antallet af patienter, der henvises til specialiseret lindring, er faldet med 14 % i perioden 2019-2023. Samtidig er der sket en forskydning i fordelingen af henviste patienter mellem kræftpatienter og patienter med andre sygdomme. Henvisninger for patienter med andre sygdomme end kræft udgjorde i 2023 en relativt større andel af det samlede antal henviste patienter sammenlignet med 2019.

Det bemærkes, at datagrundlaget fra DPD kun indeholder forløb for patienter, der er døde. Det betyder, at det reelle antal startede forløb og henvisninger på tværs af årene vil være en smule højere, da forløb tilknyttet patienter, der stadig er i live, først indberettes til DPD, når de dør. Forløb tilknyttet patienter, der fortsat er i live, indgår derfor ikke opgørelserne i tabel E og F.

Udviklingen i patienternes levetid efter henvisning og antal dage i behandling (afsnit 2.3)

I afsnit 2.3 undersøger vi udviklingen i patienternes levetid efter henvisning. Vi undersøger også udviklingen i antallet af dage, som patienten er i specialiseret lindring.

Metode og afgrænsning

Vi beregner *patienternes levetid efter henvisning* som antallet af dage mellem dato for henvisning og dødsdato. Antal dage i behandling beregnes som antal dage mellem dato for start af specialiseret lindring (eller første tilbud om behandling) og dødsdato. Til begge analyser bruger vi samme metode til opgørelse af år som i afsnit 2.1.

Vi beregner *antal dage i behandling* via forskellen mellem datoen for start af behandling og dødsdatoen, fordi DPD ikke indsamler oplysninger om, hvor mange dage den enkelte patient har modtaget behandling. Idet de fleste patienter modtager behandling frem til deres død, giver forskellen mellem start af behandling og død et mål for, hvor mange dage patienten har været i behandling.

For at sikre, at opgørelsen af antal dage i behandling kun omfatter forløb, hvor patienten er nået at starte i behandling, og hvor patientens forløb er afsluttet med død, afgrænser vi analysen til følgende datagrundlag:

- Forløb, som er patientens sidste, hvor patienten er nået at starte i behandling, og hvor patientens forløb ikke er registreret som afsluttet i live (35.202 forløb).

Vi har valgt samme afgrænsning til analysen af levetid efter henvisning for at sikre sammenhængen mellem opgørelserne.

For begge analyser opgør vi udviklingen i perioden for den "typiske" patient forstået som medianpatienten. Vi opgør medianen (den midterste værdi) frem for gennemsnittet for at tage højde for tilstedeværelsen af outliers, idet medianen er mere robust over for tilstedeværelsen af outliers.

Resultater

I beretningens figur 5 har vi beregnet medianpatientens levetid efter henvisning på tværs af undersøgelsesperioden. I siden af figuren afrapporterer vi spredningen i patienternes levetid efter henvisning for 2023.

Som supplerende analyse har vi i tabel G opgjort spredningen for patienternes levetid efter henvisning for alle år i perioden i 2019-2023. Tabellen viser hertil gennemsnittet for alle årene.

Tabel G

Patients levetid i dage efter henvisning i perioden 2019-2023

År	Minimum	1. kvartil	Median	3. kvartil	Maksimum	Gennemsnit
2019	0	14	33	86	2.512	91
2020	0	13	31	84	2.751	98
2021	0	13	29	75	3.868	95
2022	0	13	29	71	2.834	94
2023	0	12	27	64	3.262	79

Note: Analysen er baseret på de 35.202 forløb i perioden 2019-2023, hvor patienten er startet i behandling, og forløbet er afsluttet som følge af, at patienten er afdøet ved døden.

Kilde: Rigsrevisionens beregninger på baggrund af data fra DPD og LPR3.

Det fremgår af tabel G, at der i datagrundlaget indgår en mindre andel patienter, som har en meget lang levetid i antal dage efter henvisning. Vi har ikke fjernet disse outliers fra analysen, fordi vi ikke har grund til at tro, at der er tale om fejlindberetninger. Selv om størstedelen af patienterne er døde med kort forventet levetid, er der også patienter, som ikke er døde. Denne gruppe af patienter har derfor en usædvanlig lang levetid efter henvisning sammenlignet med de patienter, som er døde.

Som supplerende analyse til beretningens figur 5 har vi undersøgt, om faldet i medianlevetid efter henvisning gælder både kræftpatienter og patienter med anden sygdom end kræft. Vores undersøgelse viser, at levetiden efter henvisning er aftaget for både kræftpatienter og patienter med andre sygdomme i perioden. For kræftpatienter er der sket et fald på 5 dage for den typiske patient, mens der for den typiske patient med andre sygdomme er sket et fald på 32 dage i perioden.

Vi har i pkt. 28 undersøgt udviklingen i patienternes antal dage i behandling i perioden, hvor vi finder, at antallet af dage, som den typiske patient har fået, er faldet med 4 dage fra 24 dage i 2019 til 20 dage 2023.

Som supplerende analyse har vi i tabel H undersøgt tendensen i antal dage i behandling opgjort som minimum, 1. kvartil, median, 3. kvartil, maksimum og gennemsnit for hele perioden 2019-2023:

Tabel H
Patienters antal dage i behandling i perioden 2019-2023

År	Minimum	1. kvartil	Median	3. kvartil	Maksimum	Gennemsnit
2019	0	8	24	74	2.505	82
2020	0	7	23	71	2.742	89
2021	0	7	21	64	3.859	86
2022	0	7	21	61	2.830	86
2023	0	7	20	54	3.255	72

Note: Analysen er baseret på de 35.202 forløb i perioden 2019-2023, hvor patienten er startet i behandling, og forløbet er afsluttet som følge af, at patienten er afgået ved døden.

Kilde: Rigsrevisionens beregninger på baggrund af data fra DPD og LPR3.

Det fremgår af tabel H, at antal dage i behandling er nedadgående, både når vi beregner median og gennemsnit. Det fremgår også af tabellen, at der i datagrundlaget indgår en mindre andel af patienter, som har mange dage i behandling. Vi har i lighed med analysen af levetid efter henvisning ikke fjernet disse outliers fra analysen.

Som supplerende analyse har vi undersøgt, om faldet i antal dage i behandling gælder på tværs af regioner og på tværs af sygdomstyper. Vores analyse viser, at antal dage i behandling for den typiske patient er faldet i perioden 2019-2023 i alle regioner og på tværs af sygdomstyper.

For kræftpatienter er antallet af dage i behandling for den typiske patient faldet fra 24 dage i 2019 til 20 dage i 2023. For patienter med andre sygdomme er antallet af dage i behandling faldet fra 45 dage i 2019 til 19 dage i 2023. Udviklingen i antallet af dage i behandling på tværs af regioner for alle sygdomstyper er vist i tabel I.

Tabel I**Udviklingen i antal dage i behandling for den typiske patient på tværs af regioner i perioden 2019-2023**

Region	2019	2020	2021	2022	2023
Hovedstaden	32	31	26	29	26
Sjælland	22	25	22	21	20
Syddanmark	22	21	19	17	17
Midtjylland	20	17	17	18	17
Nordjylland	25	23	23	20	18

Note: Analysen er baseret på de 35.202 forløb i perioden 2019-2023, hvor patienten er startet i behandling, og forløbet er afsluttet som følge af, at patienten er afgået ved døden.

Kilde: Rigsrevisionens beregninger på baggrund af data fra DPD og LPR3.

Det fremgår af tabel I, at antallet af dage i behandling for den typiske patient er faldet i alle regioner i undersøgelsesperioden.

Forskelle i ventetid fordelt på region og bagvedliggende sygdom (afsnit 2.4)

I afsnit 2.4 har vi undersøgt, om der er forskelle i regionernes opfyldelse af de to faglige mål for patienternes ventetid. Vi har analyseret, om der er forskelle i patienternes ventetid på tværs af regioner, og hvilken bagvedliggende sygdom de har.

Metode og afgrænsning

Forskelle i regionernes opfyldelse af de to faglige mål for patienters ventetid opgøres med samme metode som i afsnit 2.1.

Analyserne i afsnit 2.4 baseres på de samme datagrundlag, som er blevet anvendt til analyserne i afsnit 2.2 og 2.3. Nogle analyser har vi dog afgrænset til indberetningsåret 2023.

Resultater

I beretningens figur 6 har vi opgjort målopfyldelsen for målet om behandling på tværs af regioner i 2023.

Som supplerende analyse har vi i tabel J opgjort regionernes målopfyldelse for hele perioden 2019-2023.

Tabel J**Målopfyldelse for målet om behandling på tværs af regioner i perioden 2019-2023**

Region	2019	2020	2021	2022	2023
Hovedstaden	81 %	81 %	79 %	81 %	81 %
Sjælland	79 %	79 %	80 %	77 %	73 %
Syddanmark	79 %	80 %	77 %	78 %	79 %
Midtjylland	82 %	82 %	79 %	77 %	76 %
Nordjylland	78 %	83 %	90 %	88 %	91 %

Note: Analysen er baseret på alle 64.217 forløb i perioden 2019-2023. En patient kan have mere end ét forløb.

Kilde: Rigsrevisionens beregninger på baggrund af data fra DPD og LPR3.

Det fremgår af tabel J, at forskellen i regionernes opfyldelse af målet om behandling er øget i perioden.

I beretningens figur 7 har vi opgjort målopfyldelsen for målet om højst 10 dages ventetid på tværs af regioner i 2023.

Som supplerende analyse har vi i tabel K opgjort regionernes målopfyldelse for hele perioden 2019-2023.

Tabel K**Målopfyldelse for målet om højst 10 dages ventetid på tværs af regioner i perioden 2019-2023**

Region	2019	2020	2021	2022	2023
Hovedstaden	58 %	58 %	61 %	63 %	65 %
Sjælland	62 %	69 %	76 %	72 %	72 %
Syddanmark	78 %	86 %	86 %	84 %	87 %
Midtjylland	89 %	89 %	89 %	90 %	92 %
Nordjylland	77 %	77 %	80 %	76 %	81 %

Note: Analysen er baseret på de 51.369 forløb, hvor patienten er startet i behandling. En patient kan have mere end ét forløb.

Kilde: Rigsrevisionens beregninger på baggrund af data fra DPD og LPR3.

Det fremgår af tabel K, at forskellen i regionernes opfyldelse af målet om højst 10 dages ventetid på behandling er relativt stabil i perioden.

Kvalitetssikring

Undersøgelsen er kvalitetssikret via vores interne procedurer for kvalitets-sikring, som omfatter høring hos de reviderede samt ledelsesbehandling og sparring med chefer og medarbejdere i Rigsrevisionen. Gennemgangen er også kvalitetssikret ved, at dokumenter og analyser er behandlet og gennemgået af flere medarbejdere i Rigsrevisionen.

Dataanalysen er kvalitetssikret internt og eksternt. Vi har drøftet datarens og behandling af data fra DPD med repræsentanter fra DPD's styregruppe og fageksperter. Kodefilerne til dataanalyserne er skrevet i R og kvalitetssikret internt ved, at koden er blevet gennemgået af flere medarbejdere. I de tilfælde, hvor vi har fulgt metoder fra DPD's årsrapporter, har vi desuden sammenlignet resultater for at sikre, at vi har kunnet genskabe deres resultater.

Vi har også kvalitetssikret kodefilerne eksternt gennem høring og møder med repræsentanter fra DPD. I to høringer har de reviderede modtaget kodefiler sammen med analyseresultater. Hertil har vi holdt møder med Sundhedsdatastyrelsen og repræsentanter fra DPD, herunder databasens data-manager, hvor vi har drøftet og fået input til forståelse af data og kodning.

Standarderne for offentlig revision

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