

# Vejledning om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme

Vejledningen er udarbejdet i tilslutning til bekendtgørelse nr. 584 af 28. april 2015 om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme mv.

Formålet med vejledningen er at vejlede om reglerne om maksimale ventetider for patienter med mistanke om kræftsygdom samt patienter med kræftsygdomme og visse tilstande ved iskæmisk hjertesygdom, som skal have påbegyndt hhv. udredning og behandling inden for de maksimale ventetider for at sikre den bedst mulige prognose for den enkelte patient.

## 1 Definition af patientgruppe

### 1.1 Kræft

Reglerne om maksimale ventetider gælder for patienter med diagnosticeret kræftsygdom, der er henvist til behandling, og for patienter hos hvem, der er mistanke om kræftsygdom, som er henvist til udredning for kræft.

Patienter med erkendt eller mistænkt kræftsygdom efter en sygdomsfri periode (recidiv) er også omfattet af reglerne.

For hudkræft gælder, at reglerne kun omfatter patienter med diagnosticeret eller mistænkt modermærkekræft i huden. Reglerne om maksimale ventetider gælder ikke for patienter med kræftsygdom, der afventer behandling med stamcelletransplantation fra knoglemarv eller navlesnorsblod. I disse tilfælde bør ventetiden være så kort som mulig under hensyntagen til, hvad der vurderes lægefagligt forsvarligt og praktisk muligt.

### 1.2 Visse iskæmiske hjertesygdomme

Reglerne om maksimale ventetider gælder for patienter med behov for revaskulariserende indgreb (genetablering af hjertets blodforsyning) efter afsluttet udredning, og hvor der ved lægeundersøgelse enten er 1) påvist venstre hovedstammesygdom, 2) dokumenteret ustabil angina pectoris eller 3) dokumenteret angina pectoris indenfor 30 dage efter akut koronart syndrom.

Venstre hovedstammesygdom skal være diagnosticeret ved koronararteriografi (KAG) udført på kardiologisk specialafdeling.

Dokumenteret ustabil angina forstås som angina pectoris i hvile med samtidige forbigående ændringer på elektrokardiografi (EKG) eller stigninger i veldefinerede biokemiske markører i blodprøver.

Ustabil angina pectoris er en akut tilstand, der kræver indlæggelse, og tilstanden vil derfor som udgangspunkt være diagnosticeret på kardiologisk afdeling eller intensiv/akutmedicinsk enhed på sygehus.

Ved angina pectoris umiddelbart efter akut koronart syndrom forstås en tilstand, hvor en patient efter relevant behandling af akut koronart syndrom udvikler angina-smerter indenfor 30 dage efter akut koronart syndrom.

## 2 Forløb omfattet af reglerne om maksimale ventetider

De maksimale ventetider gælder både ved udredning og behandling på samme sygehus, samt når det foregår på forskellige sygehuse.

Ved udredning af kræft forstås sundhedsfaglige indsatser og undersøgelser, der har til formål at diagnosticere eller afvise kræftsygdom. I det omfang udredning foretages med bredt differentialdiagnostisk sigte uden konkret begrundet overvejelse om kræft som mulig forklaring, vil reglerne om maksimale ventetider ikke gælde. Eksempelvis vil en bred blodprøvescreening, som har til formål at rejse eller afvise mistanke om kræft, ikke være omfattet. I nogle af Sundhedsstyrelsens pakkeforløb for kræft er en filterfunktion beskrevet.

Undersøgelser i filterfunktion ligger forud for udredningsforløbet og er som udgangspunkt ikke omfattet af de

maksimalle ventetider, men det vil være den samlede kliniske vurdering, der afgør, om der er konkret begrundet overvejelse om kræft, og dermed om de maksimalle ventetider gælder.

Ved behandling af kræft forstås initial behandling og al efterfølgende behandling af kræftsygdom, dog ikke forskningsmæssig og eksperimentel behandling af kræftsygdom. I tilfælde hvor protokollert behandling finder sted som del af et behandlingstilbud, der anses for at være standardbehandlingen, gælder de maksimalle ventetider.

Ethvert behandlingsforløb, der er målrettet behandling af kræftsygdom, er omfattet af maksimalle ventetider. Et behandlingsforløb vil i mange tilfælde bestå af eksempelvis kirurgi efterfulgt af stråle- og medicinsk behandling, som patienten samlet informeres om og giver samtykke til. Opstart af nyt behandlingsforløb, der forudsætter indhentning af informeret samtykke fra patienten, vil være omfattet af de maksimalle ventetider. Øvrig behandling som sker i forlængelse af behandlingen af kræftsygdom er ikke omfattet af de maksimalle ventetider. Således vil eksempelvis tilbagelægning af stomi i forløbet efter behandling af tarmkræft og rekonstruktion af bryst efter behandling af brystkræft ikke være omfattet.

Reglerne omfatter også tilfælde, hvor der mistænkes eller diagnosticeres kræft som led i et udredningsforløb på sygehus, herunder også udredning for anden sygdom end kræft. Ligeledes gælder reglerne også tilfælde, hvor der mistænkes eller diagnosticeres kræft som led i et opfølgingsforløb på sygehus eller som led i et befolkningsrettet screeningsprogram.

### 3 Modtagelse af henvisning og situationer, der sidestilles hermed

Ved modtagelsen af en henvisning vil sygehuset foretage en lægefaglig visitation med udgangspunkt i de oplysninger, der fremgår af henvisningen. Hvis det ved lægefaglig visitation vurderes, at henvisningens oplysninger er et ufuldstændigt grundlag for visitation, eller det vurderes, at der skal henvises til andet sygehus eller afdeling, skal henvisningen uden unødigt forsinkelse, som udgangspunkt førstkommande hverdag efter modtagelse af henvisning, returneres til henvisende læge eller videresendes til relevant afdeling.

Tidspunktet for modtagelsen af henvisningen er datoen, hvor et sygehus modtager en henvisning til udredning eller behandling af en patient, som opfylder bekendtgørelsens anvendelsesområde, fra en alment praktiserende læge, en praktiserende speciallæge, praktiserende tandlæge, et privathospital eller fra en sygehusafdeling, samt situationer der sidestilles med modtagelse af henvisning jf. nedenstående afsnit.

Tidspunktet for mistanke om eller diagnosticering af kræft ifm. et udredningsforløb, opfølgingsforløb eller screeningsprogram er at sidestille med en modtagelse af en henvisning fra en læge og defineres som dag 0.

Det specifikke tidspunkt for en mistanke om kræft ved de tre screeningsprogrammer angives nedenfor:

- screening for brystkræft: Fra den dag, hvor der er registreret konsensus mellem to speciallæger om, at der er billeddiagnostiske suspekter forandringer. Dette kan enten være den dag, hvor der er konsensus på baggrund af 2. granskning, eller den dag, hvor der opnås konsensus mellem speciallægerne ved en 3. granskning
- screening for tyk- og endetarmskræft: Fra den dag, hvor der i sundhedsvæsenet foreligger et positivt svar på en afføringsprøve (den klinisk biokemiske afdeling o.l.), dvs. fra den dag, hvor sygehuset har påvist blod i afføringen
- screening for livmoderhalskræft: Fra den dag, hvor sygehuset har modtaget eller erkendt den histologiske diagnose Neoplasma malignum cervicis uteri

En beslutning ved en multidisciplinær teamkonference (MDT-konference) om konkret behandlingstilbud til en patient efter endt udredning er at sidestille med modtagelsen af en henvisning til behandling. Datoen for beslutning defineres som dag 0. Det gælder også, hvis MDT-konferencen finder sted mellem afdelinger på to eller flere forskellige sygehuse. I tilfælde hvor der ikke afholdes MDT-konference men der træffes klinisk

**Kommenterede [MD1]:** På baggrund af den sidste del af sætningen er det ikke klart, hvilke tilfælde, der herefter vil kunne være omfattet af de maksimalle ventetider.

Er det muligt at supplere med nogle eksempler på områder med filterfunktioner (fx prostatakræft og livmoderhalskræft) til belysning af, hvad der evt. kan ændre udgangspunktet om, at undersøgelser i filterfunktionen ikke er udredning jf. § 82b og dermed vil kunne omfattes af de maksimalle ventetider?

Og gælder det kun fsva. de kræftpakker, hvor der er nævnt en specifik "filterfunktion"?

Det kan man overveje at udspecificere.

Vi bemærker i øvrigt, at tidspunktet for en kræftmistanke ift. de maksimalle ventetider og indgangen til kræftpakkeforløb ikke kan sidestilles.

Den kliniske undersøgelse på Urologisk Afdeling bliver vel foretaget på baggrund af henvisningsbeskrivelsen fra den praktiserende læge, hvor der beskrives kliniske fund, der konkret giver mistanke om prostatakræft – og hvor der altså ikke er tale om en bred differentialdiagnose.

Vi mener umiddelbart, at en sådan klinisk undersøgelse på Urologisk Afdeling vil udgøre en forundersøgelse efter de maksimalle ventetider. Vi bemærker i den forbindelse, at en kræftmistanke efter de maksimalle ventetider ikke kan gradbojes. Man opererer således ikke med "oplagt mistanke"...

**Kommenterede [MD2]:** Er det muligt at uddybe, hvad der nærmere forstås ved "protokollert behandling"?

Menes der hermed, at alle typer af forsøgsbehandling er omfattet, så længe forsøgsbehandlingen kun er et "supplement" til en standardbehandling? Og gælder det også, hvis forsøgsbehandlingen tidsmæssigt iværksættes inden eller efter standardbehandlingen?

**Kommenterede [MD3]:** I praksis vil patienten efter en MDT-konference typisk give informeret samtykke på kirurgisk afdeling til operationen, hvorefter patienten efter endt operation og henvisning til onkologisk regi vil give et nyt informeret samtykke på onkologisk afdeling inden opstart af kemoterapi.

Det er vores opfattelse, at patienten sædvanligvis ikke giver et informeret samtykke ifm accept af en behandlingsplan, der består af flere behandlingsmodaliteter, og som er truffet på en MDT-konference.

I praksis giver patienten først sit informeret samtykke til behandlingsplanen (besluttet på den oprindelige MDT-konference) på den behandlende afdeling. ...

**Kommenterede [MD4]:** I boks 3 i afsnit 4.4. står der "modtaget henvisning".

Det kunne være rigtig fint også at uddybe med henvisningseksemplet vedr. screening for livmoderhalskræft her.

Henviser formuleringen "erkendt" i øvrigt til de tilfælde, hvor patienten får foretaget screeningen for livmoderhalskræft på et sygehus og ikke i primærsektoren, eller hvorfor denne sondring mellem "modtaget eller erkendt"?

beslutning om behandling, fx konferencebeslutning, er ligeledes at sidestille med modtagelse af henvisning til behandling, og dato for beslutning defineres som dag 0.

Dag 0 ændres ikke ved eventuel viderehenvisning til anden afdeling eller sygehus. Det betyder f.eks., at dato for konferencebeslutning eller beslutning på MDT-konference fortsat defineres som dag 0, hvis patienten viderehenvises til behandling på en anden afdeling eller andet sygehus. Patienten skal således opstarte behandling senest 14 kalenderdage fra patientens informerede samtykke til den konkrete behandling, dog maksimalt 28 kalenderdage fra modtagelse af henvisning til behandling eller situationer, der sidestilles hermed jf. ovenfor.

## 4 Maksimale ventetider for kræftsygdomme og opgørelse heraf

### 4.1 Om maksimale ventetider for kræftsygdomme og opgørelse heraf

Ved udredning af mistanke om kræft må der maksimalt gå 14 kalenderdage fra henvisning til udredning, til udredning opstartes.

Ved behandling af kræft må der maksimalt gå 14 kalenderdage fra patienten har samtykket til behandling, indtil behandlingen opstartes, dog maksimalt 28 kalenderdage fra henvisning til behandling, til behandling opstartes. Der gælder således to sideløbende tidsfrister for behandling af kræft. Den af de to tidsfrister, der forfalder først, er den dag, patienten senest skal tilbydes start på behandling.

Der kan efter en konkret lægefaglig vurdering være tale om, at patienten skal tilbydes start på udredning eller behandling hurtigere end de maksimale ventetider, fx ved tilfælde af akut blodkræft (leukæmi).

Opgørelse af de maksimale ventetider for kræft udtrykkes i det følgende.

### 4.2 Ved udredning for kræft

*Den maksimale ventetid fra »henvisning til udredning« til »tilbudt dato for start på udredning« er 14 kalenderdage.*

Datoen, hvor et sygehus modtager en henvisning til udredning af en patient, er dag 0. Sygehuset skal tilbyde patienten start på udredning senest dag 14. Ved start på udredning forstås den første dag for fremmøde på sygehuset. Dag 0 ændres ikke ved eventuel viderehenvisning til anden afdeling eller sygehus.

### 4.3 Ved behandling af kræft

*Den maksimale ventetid fra »samtykke til en konkret behandling« til »tilbudt dato for start på behandling« er 14 kalenderdage.*

Datoen for patientens informerede samtykke til den konkrete behandling er dag 0. Sygehuset skal tilbyde patienten start på behandlingen senest dag 14.

*Den maksimale ventetid fra »henvisning til behandling« til »tilbudt dato for start behandling« er 28 kalenderdage.*

Datoen, hvor et sygehus modtager en henvisning til behandling af en patient, er dag 0. Sygehuset skal tilbyde patienten start på behandlingen senest dag 28.

En forudsætning for, at fristen på 28 dage er gældende, er, at patienten har afsluttet relevant udredning med henblik på, at der kan gives behandlingstilbud.

Den af de to tidsfrister (hhv. 14 og 28 dage), der forfalder først, er den dag, patienten senest skal tilbydes start på behandlingen.

I tilfælde hvor patienten på samme tidspunkt giver samtykke til et samlet behandlingsforløb bestående af flere behandlingsmodaliteter, der skal opstartes i forlængelse af hinanden, gælder, at den førstkomende behandlingsmodalitet senest skal opstartes på dag 14 efter patientens informerede samtykke og senest 28 dage

**Kommenterede [MD5]:** Man bør overveje at skrive "... givet sit informerede samtykke.."

**Kommenterede [MD6]:** Bør rettes til "konkret behandlingstilbud"

**Kommenterede [MD7]:** Hvad med de tilfælde, hvor en patient er henvist til både kemoterapi og strålebehandling, og hvor der er sundhedsfaglig indikation for, at begge behandlinger kan opstartes samtidig?

Dette ser vi i praksis, hvor behandlingerne altså kan opstartes samtidig og ikke i forlængelse af hinanden.

Man bør derfor overveje om et sådant eksempel ikke også bør fremgå/beskrives i forbindelse med dette afsnit, og herunder udbyde med at begge behandlinger skal igangsættes inden for hhv. 14/28 dage.

efter henvisning til behandling. De efterfølgende behandlinger i behandlingsforløbet skal opstartes **hurtigst muligt** herefter.

#### 4.4 Eksempler på forløb omfattet af de maksimale ventetider (kræftsygdomme)

##### Boks 1: Tre forløb fra henvisning til udredning for kræft

1. Brystkirurgisk afdeling modtager henvisning af en kvinde fra sygehusets screeningsklinik. Radiologisk speciallæge har beskrevet screeningsmammografi den 12. juli med mistanke om kræft. Brystkirurgisk afdeling skal indkalde patienten til start på udredning med fremmøde senest den 26. juli.
2. I forbindelse med en ambulant aftale i et planlagt opfølgingsforløb efter afsluttet behandling opstår der mistanke om recidiv af modermærkekræft. Mistanken opstår ved ambulant besøg den 5. marts. Sygehuset skal indkalde patienten til start på udredning med fremmøde senest den 19. marts.
3. Klinisk biokemisk afdeling konstaterer spor af blod i afføringsprøve indsendt af borger som led i befolkningsrettet screeningsprogram for tyk- og endetarmskræft. Analyseresultatet foreligger den 2. december. Sygehuset skal indkalde patienten til start på udredning ved koloskopi med fremmøde senest den 16. december.

##### Boks 2: Forløb fra MDT-konference til tilbudt dato for start på behandling af kræft

En patient med kræft i blæren er på MDT-konference på urologisk afdeling d. 4. oktober, hvor der tages beslutning om **behandlingstilbud**.

I urologisk ambulatorium informeres patienten d. 9. oktober af læge om mulig kurativ behandling ved operation og samtykker samme dag til operation. Sygehuset skal tilbyde tid til operation senest d. 23. oktober. I det tilfælde at patienten afgiver samtykke til behandling senere end d. 18. oktober, skal patienten senest tilbydes tid til operation d. 1. november svarende til 28 dage efter datoen for beslutning på MDT-konference.

##### Boks 3: Forløb fra henvisning til tilbudt dato for start på behandling

En patient har fået diagnosticeret livmoderkræft, og den praktiserende speciallæge har henvist patienten til gynækologisk afdeling, der modtager henvisning til behandling den 5. maj.

Hvis patienten informeres om behandlingsmuligheder og afgiver informeret samtykke til konkret behandlingstilbud den 11. maj, skal sygehuset indkalde patienten til behandling, der opstartes senest den 25. maj. Hvis patienten dog først giver samtykke d. 21. maj eller senere, skal sygehuset tilbyde behandling, der opstartes senest d. 2. juni svarende til 28 dage efter henvisning til behandling er modtaget.

##### Boks 4: Samlet behandlingsforløb bestående af flere behandlingsmodaliteter

En patient med brystkræft diskuteres på MDT-konference d. 26. januar, hvor det besluttes at tilbyde patienten kemoterapi i 24 uger forud for operation og strålebehandling efter operation. Patienten informeres i ambulatoriet d. 27. januar om den samlede behandlingsplan og samtykker til planen bestående af tre behandlingsmodaliteter. Kemoterapi forud for operation skal senest være opstartet d. 10. februar. Hvis patienten dog først giver samtykke d. 10. februar eller senere, skal sygehuset tilbyde behandling, der opstartes senest d. 23. februar svarende til 28 dage efter beslutning på MDT-konference.

**Kommenterede [MD8]:** Når der står "hurtigst mulig" forstår vi det således, at patienten herefter ikke længere er omfattet af reglerne om maksimale ventetider. Er dette hensigten?

Som nævnt i forbindelse med præheringen, er det vores umiddelbare vurdering, at patienternes retsstilling skal være så klart formuleret som muligt.

Hvis I derimod mener, at patienten fortsat er omfattet, bør det uddybes, hvad der gælder i de tilfælde, hvor der fx efter endt kemoterapi bliver afholdt en MDT-konference, hvor man beslutter at fastholde planen om operation. Gælder der i sådanne tilfælde en ny 28 dags frist, eller vil operationen uanset en fornyet (opdateret) konferencebeslutning ikke være omfattet af de maksimale ventetider?

Det samme spørgsmål gør sig gældende i de tilfælde, hvor onkologisk afdeling sender en henvisning til den kirurgiske afdeling efter endt kemoterapi i overensstemmelse med den oprindelige behandlingsplan truffet på en MDT-konference. Herefter giver patienten typisk et informeret samtykke til det næste led af behandlingen ved sit fremmøde på den konkrete afdeling.

**Kommenterede [MD9]:** Bør rettes til "et konkret behandlingstilbud"

## **5 Maksimale ventetider for visse iskæmiske hjertesygdomme og opgørelse heraf**

### **5.1 Om maksimale ventetider for visse iskæmiske hjertesygdomme og opgørelse heraf**

Revaskulariserende indgreb (genetablering af hjertets blodforsyning) ved tre iskæmiske hjertesygdomme er omfattet af reglerne om de maksimale ventetider. Ved de tre hjertesygdomme gælder, at der maksimalt må gå hhv. 10, 14 og 21 kalenderdage fra patienten har samtykket til revaskularisering, til revaskularisering udføres, dog maksimalt hhv. 14, 21 og 35 kalenderdage fra henvisning til revaskularisering udføres. Der gælder således to sideløbende tidsfrister for behandling af visse iskæmiske hjertesygdomme. Den af de to tidsfrister, der forfalder først, er den dag, patienten senest skal tilbydes revaskularisering.

Opgørelse af de maksimale ventetider for visse iskæmiske hjertesygdomme samt de konkrete tidsfrister uddybes i det følgende.

### **5.2 Ved påvist venstre hovedstammesygdom**

*Den maksimale ventetid fra »samtykke til revaskularisering for venstre hovedstamme sygdom diagnosticeret ved koronararteriografi« til »tilbudt dato for udførelse af revaskularisering« er 10 kalenderdage.*

Datoen for patientens informerede samtykke til revaskularisering er dag 0. Sygehuset skal tilbyde patienten udførsel af revaskularisering senest dag 10.

*Den maksimale ventetid fra »modtaget henvisning efter afsluttet udredning« til »tilbudt dato for udførelse af revaskularisering« er 14 kalenderdage.*

Datoen, hvor et sygehus modtager en henvisning for diagnosen venstre hovedstammesygdom, er dag 0. Sygehuset skal tilbyde patienten udførsel af revaskularisering senest dag 14.

Den af de to tidsfrister (hhv. 10 og 14 dage), der forfalder først, er den dag, patienten senest skal tilbydes udførsel af revaskularisering.

### **5.3 Dokumenteret ustabil angina pectoris**

*Den maksimale ventetid fra »samtykke til revaskularisering for ustabil angina pectoris« til »tilbudt dato for udførelse af revaskularisering« er 14 kalenderdage.*

Datoen for patientens informerede samtykke til revaskularisering er dag 0. Sygehuset skal tilbyde patienten udførsel af revaskularisering senest dag 14.

*Den maksimale ventetid fra »modtaget henvisning efter afsluttet udredning« til »tilbudt dato for udførelse af revaskularisering« er 21 kalenderdage.*

Datoen, hvor et sygehus modtager en henvisning efter afsluttet udredning for dokumenteret ustabil angina pectoris, er dag 0. Sygehuset skal tilbyde patienten udførsel af revaskularisering senest dag 21.

Den af de to tidsfrister (hhv. 14 og 21 dage), der forfalder først, er den dag, patienten senest skal tilbydes udførsel af revaskularisering.

### **5.4 Stabil angina pectoris indenfor 30 dage efter akut myokardieinfarkt**

*Den maksimale ventetid fra »samtykke til revaskularisering for stabil angina pectoris efter akut myokardieinfarkt« til »tilbudt dato for udførelse af revaskularisering« er 21 kalenderdage.*

Datoen for patientens informerede samtykke til revaskularisering er dag 0. Sygehuset skal tilbyde patienten udførsel af revaskularisering senest dag 21.

*Den maksimale ventetid fra »modtaget henvisning efter afsluttet udredning« til »tilbudt dato for udførelse af revaskularisering« er 35 kalenderdage.*

Datoen, hvor et sygehus modtager en henvisning efter afsluttet udredning for stabil angina pectoris efter akut myokardieinfarkt, er dag 0. Sygehuset skal tilbyde patienten udførsel af revaskularisering senest dag 35.

Den af de to tidsfrister (hhv. 21 og 35 dage), der forfalder først, er den dag, patienten senest skal tilbydes udførsel af revaskularisering.

### 5.5 Eksempler på forløb omfattet af de maksimale ventetider (visse iskæmiske hjertesygdomme)

#### Boks 5: Forløb fra henvisning til revaskularisering ved diagnosticeret venstre hovedstammesygdom

Thoraxkirurgisk afdeling modtager henvisning for venstre hovedstamme sygdom diagnosticeret ved koronararteriografi udført på kardiologisk afdeling. Ved multidisciplinær team-konference den 2. juli er det blevet besluttet at tilbyde by-pass behandling.)

Hvis patienten giver informeret samtykke til operationen ved en samtale den 3. juli, skal sygehuset ~~skal~~ tilbyde patienten operation med start senest den 13. juli. Hvis patienten dog først giver samtykke den 8. juli skal sygehuset ~~skal~~ tilbyde operation senest den 16. juli svarende til 14 dage efter modtaget henvisning.

#### Boks 6: Forløb fra modtaget henvisning til revaskularisering ved ustabil angina pectoris

Kardiologisk afdeling modtager henvisning efter afsluttet udredning for ustabil angina pectoris den 2. juli. Sygehuset skal tilbyde patienten behandling senest den 23. juli. svarende til 21 dage efter modtaget henvisning.

Hvis patienten giver informeret samtykke til revaskularisering ved en samtale d. 3. juli, skal sygehuset tilbyde patienten behandling senest den 17. juli. Hvis patienten dog først giver samtykke den 11. juli skal sygehuset skal tilbyde operation senest den 23. juli svarende til 21 dage efter modtaget henvisning.

#### Boks 7: Forløb fra modtaget henvisning efter afsluttet udredning ved stabil angina pectoris efter akut koronart syndrom til revaskularisering

Kardiologisk afdeling modtager henvisning efter afsluttet udredning ved stabil angina pectoris efter akut myokardie infarkt den 3. juli.

Hvis patienten giver informeret samtykke til revaskularisering ved en samtale d. 9. juli, skal sygehuset tilbyde patienten behandling senest den 30. juli. Hvis patienten dog først giver samtykke den 21. juli, skal sygehuset tilbyde patienten koronararteriograf og revaskularisering senest den 7. august svarende til 35 dage efter modtaget henvisning.

## 6 Dokumentation af overholdelse af de maksimale ventetider

For dokumentation ift. reglerne om de maksimale ventetider gælder de generelle regler for journalføring jf. Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler, BEK nr. 1225 af 08/06/2021. Generelt for denne vejledning gælder, at nærværende vejledning angiver, *hvilken* dokumentation der som minimum skal anføres i patientens journal. Vejledningen angiver ikke *hvordan*, *i hvilken form* mv. dokumentationen skal fremgå af patientjournalen, da dette vil afhænge af patientjournalssystem mm. Specifik fremgangsmåde til dokumentation skal beskrives i lokale instrukser og vejledninger.

Overholdelse af de maksimale ventetider skal dokumenteres i patientjournalen, således at følgende fremgår:

- dato for modtagelse af henvisning til udredning/behandling eller situationer, der sidestilles hermed jf. afsnit 3

- tilbudt dato for start på udredning (ved kræft)
- dato for informeret samtykke til behandling
- tilbudt dato for start på behandling

Se afsnit 9.5 for dokumentation af overholdelse af handlepligten i tilfælde, hvor de maksimale ventetider ikke er overholdt.

## 7 Hensyn til patientens helbredstilstand og ønsker

### 7.1 Patientens helbredstilstand

De maksimale ventetider gælder ikke, hvis et fagligt vurderet hensyn til patientens helbredstilstand tilsiger, at udredningen og/eller behandlingen bør udskydes. Der kan fx være tale om, at patienten har anden samtidig sygdom (komorbiditet), som skal stabiliseres eller behandles, eller bør gennemgå præhabilitering før det er lægefagligt forsvarligt at tilbyde udredning eller behandling. Det gælder ligeledes i tilfælde hvor patienten vil få bedre helbredsmæssig gavn af udredning eller behandling opstartet senere end de maksimale ventetider. Af hensyn til patientens helbredstilstand skal et udrednings- eller behandlingsforløb således tilrettelægges, så det giver patienten størst mulig helbredsmæssig gavn. Det kan fx betyde, at strålebehandling skal opstartes senere end 14 dage efter patienten har givet samtykke hertil efter operation.

Der skal under alle omstændigheder foretages en løbende lægefaglig revurdering af patientens tilstand og forhold, således at der tilbydes start på udredning eller behandling inden for de maksimale ventetider, når patientens helbredstilstand tillader det. Når patientens helbredstilstand tillader udredning eller behandling gælder således nye frister for start på udredning eller behandling. Den løbende revurdering skal indføres i patientens journal.

### 7.2 Eksempler på forløb hvor de maksimale ventetider ikke gælder grundet patientens helbredstilstand

#### Boks 8: Forløb med infektion

Onkologisk afdeling modtager d. 14. december en henvisning på en patient med diagnosticeret lungekræft. Patienten indkaldes til samtale d. 20. december med henblik på tilbud om opstart på medicinsk behandling og samtykker hertil.

Fem dage efter at patienten har samtykket til behandling, konstateres det, at patienten har lungebetændelse og ikke kan opstarte medicinsk onkologisk behandling som planlagt, før infektionen er behandlet, og patienten er i bedring. Sygehuset skal indkalde patienten med henblik på behandlingsstart hurtigst muligt efter patientens helbredstilstand igen tillader det. [Eksempel uddybes med frister gældende fra patientens helbredstilstand tillader behandling]

### 7.3 Patientens ønske

Hvis en patient afviser det tilbudte tidspunkt for start på udredning eller behandling, som ligger inden for de maksimale ventetider, har patienten ikke ret til at få en ny tid inden for den maksimale ventetid. Patienten skal dog tilbydes et nyt tidspunkt hurtigst muligt. Patienten skal informeres om hvorvidt udskydelsen af tidspunktet for udredning eller behandling vurderes at have betydning for patientens prognose og i så fald informeres om de mulige helbredsmæssige konsekvenser. Formen for informationen afhænger af en konkret vurdering i det enkelte tilfælde og afhænger bl.a. af, om det vedrører udredning eller behandling. Eksempelvis kan information i et indkaldelsesbrev til udredning for kræft være tilstrækkelig information, hvis det fyldestgørende beskriver betydningen af hurtig udredning for den pågældende kræftsygdom mv.

Har patienten ønsket udsættelse af én eller flere dele af forløbet, fx i forbindelse med udredningen, gælder reglerne om maksimale ventetider for de øvrige dele af forløbet fortsat, fx initial behandling efter afsluttet udredning.

**Kommenterede [MD10]:** Vi forstår formuleringen således, at der ikke gælder en suspensionsperiode, men at der i det beskrevne tilfælde gælder en ny frist på 14/28 dage.

Vi bemærker i den forbindelse at en ny frist på 28 dage kan være meget lang tid at vente for en patient.



#### 7.4 Dokumentation af patientens helbredstilstand og ønsker

Såfremt patienten ikke påbegynder udredning eller behandling inden for den maksimale ventetid, fordi patientens helbredstilstand tilsiger det, eller fordi patienten ønsker det sådan, skal det dokumenteres i patientens journal og skal som minimum indeholde:

- tydelig beskrivelse af årsagen til, at patientens helbredstilstand enten ikke tillader start på udredning eller behandling indenfor de maksimale ventetider, eller at patientens helbredstilstand bedres gennem fx stabilisering eller præhabilitering, og effekt af behandling dermed øges.

Eller

- tydelig beskrivelse af, at patienten ønsker at opstarte udredning eller behandling på et senere tidspunkt end den tilbudte tid
- information der er givet om hvorvidt der er, og i så fald hvilke, mulige helbredsmæssige konsekvenser ved start på udredning eller behandling på et senere tidspunkt end den tilbudte tid;
  - i hvilken form informationen mest hensigtsmæssigt gives til patienten vil være en vurdering i det enkelte tilfælde og vil bl.a. afhænge af, om det vedrører udredning og behandling

### 8 Forholdet mellem bekendtgørelsens regler om maksimale ventetider, forløbstiderne i pakkeforløb for kræft samt reglerne om udredningsret og udvidet frit sygehusvalg

Reglerne om maksimale ventetider er fastsat ved bekendtgørelse nr. 584 af 28. april 2015, som er udstedt i medfør af sundhedslovens § 88, stk. 6 og § 89, stk. 5. Reglerne om maksimale ventetider udgør en patientrettighed, således at en patient altid skal tilbydes start på udredning eller behandling inden for de maksimale ventetider, medmindre patientens helbredstilstand tilsiger noget andet.

Reglerne om maksimale ventetider har forrang for de almindelige patientrettigheder, hvilket betyder, at patienten altid skal tilbydes udredning eller behandling i henhold til reglerne om maksimale ventetider, såfremt forholdet er reguleret herved. Hvis forholdet ikke er reguleret efter reglerne om maksimale ventetider, finder de almindelige patientrettigheder anvendelse i det omfang forholdet er reguleret heri. Dette gælder f.eks. i forhold til ret til hurtig udredning efter sundhedslovens § 82 b, hvorefter patienten har ret til hurtig udredning inden for 30 dage, såfremt det er fagligt muligt.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet pakkeforløb for kræft, der definerer et standardpatientforløb fra mistanke om sygdom over udredning, behandling og opfølgning samt rehabilitering og palliation med anbefalede standardforløbstider for udvalgte dele af forløbet. Standardforløbstiderne er faglige rettesnore og udgør ikke en patientrettighed som reglerne i sundhedsloven og bekendtgørelsen.

### 9 Handlepligt og procedure såfremt der ikke kan tilbydes start på udredning- eller behandling indenfor de maksimale ventetider

#### 9.1 Om regionens handlepligt

Ansvar for at tilbyde udredning og behandling inden for de maksimale ventetider påhviler bopælsregionen eller den udredende og/eller behandlende region, som bopælsregionen har indgået aftale med. Den udredende og/eller behandlede region er fortsat den ansvarlige region i tilfælde, hvor der ikke kan tilbydes tid inden for de maksimale ventetider. Den ansvarlige region (bopælsregion eller region, som bopælsregion har indgået aftale med) har en forpligtelse til at informere patienten om dennes rettigheder i forlængelse af bekendtgørelsen, herunder om klage- og erstatningsmuligheder såfremt reglerne om de maksimale ventetider ikke overholdes.

#### 9.2 Regionens handlepligt

Kan den ansvarlige region (bopælsregion eller region, som bopælsregion har indgået aftale med) ikke tilbyde start på udredning eller behandling på eget sygehus inden for den maksimale ventetid, følger det af regionens

**Kommenterede [MD11]:** Man bør overveje at indsætte et afsnit om det udvidede frie sygehusvalg (ligesom der er et afsnit om udredningsretten) eller ændre overskriften.

**Kommenterede [SE512]:** Det kommer til at fremstå, som om udredningsretten ikke gælder, hvis forholdet er omfattet af reglerne om maksimale ventetider.

**Kommenterede [MD13]:** Jf. klage- og erstatningsloven er sundhedspersoner kun forpligtet til at informere og i fornødent omfang bistå med anmeldelse til Patienterstatningen m.fl i tilfælde af skade. Det fremgår af KEL § 23.

Sundhedspersoner er dog ikke forpligtet til at informere om klagemuligheder.



handlepligt efter bekendtgørelsens § 8, at regionen er forpligtet til at tilbyde henvisning til andet sygehus i en anden region, et privat sygehus her i landet eller et offentligt eller privat sygehus i udlandet, der kan tilbyde udredning eller behandling indenfor den maksimale ventetid på et sygehus. Henvisning til andet sygehus skal ske med patientens samtykke.

Regionen skal ikke blot informere patienten om dennes rettigheder og mulighed for henvisning til andet sygehus, men regionen skal også aktivt sørge for, at patienten tilbydes henvisning til et andet sygehus, der kan tilbyde start på udredning eller behandling inden for de maksimale ventetider. Denne mulighed skal på forhånd være afsøgt, således at der ved information til patienten om udrednings- eller behandlingstilbud på andet sygehus, der kan overholde de maksimale ventetider, skal være et realistisk tilbud. Med realistisk tilbud forstås ikke, at det er en konkret tid på et andet sygehus der skal tilbydes og at eksempelvis en operationstid er fastsat og booket, men et tilbud om at finde en tid på et andet sygehus, hvor der er en realistisk forventning til at patienten kan tilbydes en tid inden for maksimale ventetider. Informationen til patienten om et realistisk tilbud skal ske på baggrund af forhåndsviden, som stiller patienten en mulighed i udsigt, som patienten kan have forventning om efterfølgende kan blive til noget. Muligheden for at give patienten et realistisk tilbud forudsætter, at regionerne samarbejder og løbende vidensdeler om udrednings- og behandlingskapacitet.

Henvisning til andet sygehus skal ikke ske med mindre, at patienten ønsker det, hvoraf det også følger, at der ikke skal blokeres udrednings- eller behandlingstid på et andet sygehus, før patienten har samtykket til henvisning til andet sygehus. Det allerede tilbudte tidspunkt for udredning eller behandling på eget sygehus skal fastholdes, indtil det er afklaret, om der kan henvises til hurtigere tilbud på andet sygehus, og patienten har samtykket hertil.

Regionen skal kunne understøtte, at andre udrednings- eller behandlingsmuligheder kan afsøges indenfor kort tid, så det er foreneligt med, at patienten kan få information om hvorvidt, der kan findes et andet tilbud inden for de maksimale ventetider.

### 9.2.1 Afsøgning af andre udrednings- eller behandlingsmuligheder

Regionens proaktive afsøgning af udrednings- eller behandlingsmuligheder på andre sygehuse i Danmark eller udlandet skal ske i relevant og rimeligt omfang under hensyntagen til, at der er tale om en lovbunden handlepligt. Der skal afsøges udrednings- eller behandlingsmuligheder af fagligt vurderet tilstrækkelig kvalitet, som patienten med rimelighed kan forventes at acceptere. Det indebærer bl.a., at der skal tages hensyn til geografisk afstand mellem patientens bopæl og udrednings- eller behandlingssted. Regionens proaktive afsøgning forstærkes ved systematiske kapacitetsudfordringer. Der er således proportionalitet i afsøgningen ift. enkeltstående tilfælde og systematiske udfordringer.

Afsøgning af udrednings- eller behandlingsmuligheder skal indledes i geografisk nærliggende regioner. For specialiserede funktioner (regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner) vil det typisk betyde, at udrednings- eller behandlingsmuligheder først skal afsøges på sygehuse i Danmark, der er godkendt af Sundhedsstyrelsen til varetagelse jf. gældende specialeplan, for herefter at afsøges i udlandet. For højt specialiserede funktioner, der kun varetages ét eller få steder i Danmark, skal der afsøges udrednings- eller behandlingstilbud i udlandet med kvalitet på samme eller højere fagligt niveau som danske.

### 9.2.2. Ved systematiske kapacitetsudfordringer

Specifikt for kræftområdet indebærer handlepligten desuden, at regionen til stadighed skal sikre en rimelig og tilgængelig kapacitet til behandling af kræftsygdomme, som angivet i pakkeforløb for kræft og retningslinjer, og som er dimensioneret efter befolkningsgrundlag mv. Ved varetagelse af specialiserede funktioner (regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner), der kun er godkendt ét eller få steder i landet, påhviler der denne eller de regioner, der varetager funktionerne, en særlig forsyningsforpligtelse. Har regionen udfordringer med kapacitet på egne sygehuse, skal regionen sikre adgang til supplerende kapacitet på andre sygehuse (i anden region, privathospital her i landet, eller udenlandsk sygehus).

Det følger heraf, at hvis en region har vedvarende eller tilbagevendende systematiske kapacitetsudfordringer på egne sygehuse (fx på grund af længerevarende knaphed i medarbejderressourcerne), så skal regionen ikke blot i det konkrete tilfælde afsøge udrednings- eller behandlingstilbud udenfor regionen, der overholder de maksimale ventetider, men regionen skal generelt og proaktivt arbejde for at sikre denne kapacitet udenfor

**Kommenterede [MD14]:** Bør rettes til "et konkret udrednings- eller behandlingstilbud"

regionen, således at regionen kan overholde sin handlepligt i de konkrete tilfælde. Jo større systematiske kapacitetsudfordringer med potentiale for overskridelser af reglerne om maksimale ventetider, desto mere proaktiv skal regionen agere. Har regionen systematiske kapacitetsudfordringer, skal regionen proaktivt indgå aftaler med andre relevante sygehuse i Danmark eller i udlandet om at kunne stå løbende til rådighed i forhold til henvisning af patienter, således at afsøgning af udrednings- eller behandlingstilbud kan ske hurtigt og smidigt, og patienter kan præsenteres for konkrete udrednings- eller behandlingsmuligheder ved information om, at reglerne om maksimale ventetider ikke kan overholdes på eget sygehus. De konkrete aftaler afhænger af, hvilken udredning eller behandling der er tale om og specialiseringsniveauet på den konkrete udredning eller behandling.

### 9.3 Dokumentation af overholdelse af handlepligt

Har regionen jf. reglerne i bekendtgørelsens § 8 stk. 1 tilbudt patienten at henvise til udredning eller behandling på andet sygehus, men ønsker patienten ikke at blive henvist, og samtykker patienten samtidigt til udrednings- eller behandlingstilbuddet på den ansvarlige regions sygehus, trods overskridelse af de maksimale ventetider, så er reglerne om de maksimale ventetider overholdt.

Overholdelsen af handlepligten i disse tilfælde skal tydeligt dokumenteres i patientens journal og skal som minimum indeholde:

- information der er givet om sygehusets eget udredning- eller behandlingstilbud, herunder tilbudt dato for start på udredning eller behandling
- information der er givet om tilbud om henvisning til udredning eller behandling på andet sygehus i Danmark eller i udlandet, herunder at dette tilbud er inden for de maksimale ventetider
- information der er givet om hvortidt der er, og i så fald hvilke, mulige helbredsmæssige konsekvenser ved patientens evt. accept af tilbudt tid til udredning eller behandling, der ligger udover den maksimale ventetid;
  - i hvilken form informationen mest hensigtsmæssigt gives til patienten vil være en vurdering i det enkelte tilfælde og vil bl.a. afhænge af, om det vedrører udredning og behandling
- patientens samtykke til den tilbudte tid, der ligger udover den maksimale ventetid

For at dokumentere overholdelsen af reglerne om maksimale ventetider og dermed regionens handlepligt, er det således ikke tilstrækkeligt blot at dokumentere, at patienten har accepteret en tilbudt udrednings- eller behandlingstid, der overskrider de maksimale ventetider. Det skal derudover også dokumenteres, at regionen har udøvet sin handlepligt ved at tilbyde henvisning til andet sygehus, der kan tilbyde udredning eller behandling indenfor de maksimale ventetider, og at denne mulighed på forhånd er afsøgt således, at der er tale om et realistisk tilbud.

### 9.4 Eksempler på dokumentation af handlepligt

I følgende fiktive uddrag fra patientjournaler i boks 9 og 10 er overholdelsen af handlepligten dokumenteret tilstrækkeligt ved hhv. enkeltstående overskridelser og systematiske kapacitetsudfordringer. Eksemplerne illustrerer den forudgående afsøgning af andre udrednings- og behandlingsmuligheder, dels ved enkeltstående tilfælde og dels ved systematiske kapacitetsudfordringer, hvor der er aftaler om hjælp for andre sygehuse, som patienten kan stilles i udsigt. I det fiktive uddrag fra patientjournal i boks 11 er overholdelsen af handlepligten ikke tilstrækkeligt dokumenteret. Disse er eksempler, og den konkrete opstilling og ordlyd kan således variere i praksis og stadig være tilstrækkelig.

**Boks 9: Eksempel på tilstrækkelig dokumentation af overholdelse af handlepligt ved enkeltstående overskridelser**

*Pt. er d.d. tilbudt operation [dato], hvilket ikke er indenfor den maksimale ventetid. Vi har oplyst patienten, at vi forventer, at sygehus X eller Y kan behandle indenfor den maksimale ventetid, hvilket vi har tilbudt patienten at undersøge nærmere. Pt. ønsker imidlertid at acceptere den tilbudte dato her på sygehuset på trods af, at dette forsinker patientens behandling. Pt. er i den forbindelse informeret om, at forsinkelsen kan have betydning for prognosen, da småcellet lungekræft har tendens til hurtig spredning.*

**Boks 10: Eksempel på tilstrækkelig dokumentation af overholdelse af handlepligt ved systematiske kapacitetsudfordringer**

*Pt. er d.d. tilbudt kikkertundersøgelse [dato], hvilket ikke er indenfor den maksimale ventetid. Vi har tilbudt pt. henvisning til sygehus X, der kan tilbyde start på udredning indenfor den maksimale ventetid. Pt. ønsker imidlertid at acceptere den tilbudte dato her på sygehuset på trods af, at dette kan udsætte patientens diagnose. Pt. er i den forbindelse informeret om, at en senere tid ift. udtagning af vævsprøve næppe har betydning for prognosen, og at skift til andet sygehus midt i udredningsforløb kan give afledte problemer.*

**Boks 11: Eksempel på ikke-tilstrækkelig dokumentation af overholdelse af handlepligt**

*Pt. er d.d. [dato] tilbudt operation [dato], hvilket ikke er indenfor den maksimale ventetid. Vi har tilbudt pt. henvisning til andet sygehus. Pt. ønsker at acceptere den tilbudte dato her på sygehuset.*

Jf. beskrivelse i afsnit 9.5 af, hvad dokumentation af overholdt handlepligt som minimum skal indeholde, mangler der i eksemplet i boks 11 beskrivelse af, at der er givet et realistisk tilbud om henvisning til andet sygehus med tid inden for de maksimale ventetider samt beskrivelse af information givet om mulige helbredsmæssige konsekvenser ved en tid, der ligger udover den maksimale ventetid.

**10 Overdragelse af handlepligten til Sundhedsstyrelsen**

Hvis regionen ikke kan tilvejebringe et tilbud om udredning eller behandling inden for den maksimale ventetid, skal regionen straks meddele dette til Sundhedsstyrelsen, såfremt patienten samtykker til det.

En sådan meddelelse til Sundhedsstyrelsen forudsætter, at regionen hurtigt har undersøgt og udtømt mulighederne for at henvise den konkrete patient til udredning eller behandling inden for de maksimale ventetider på et offentligt sygehus i en anden region, på privathospital her i landet eller et sygehus i udlandet. Med udtømmende forstås, at regionen har afsøgt de muligheder for den konkrete udredning eller behandling i ind- og udland, som der er kendskab til inden for det konkrete kræftområde og hvor det er vurderingen, at kvaliteten er at sidestille med Danmark. Regionens meddelelse skal indeholde en fyldestgørende beskrivelse af, at regionen for den konkrete patient har undersøgt og udtømt muligheder for at henvise til udredning eller behandling inden for de maksimale ventetider på relevante offentlige sygehuse i anden region, på privathospital her i landet eller på sygehuse i udlandet. Regionens tiltag, og patientens samtykke efter bekendtgørelsens § 10, skal dokumenteres i regionens meddelelse til Sundhedsstyrelsen. Samtykket kan eventuelt fremgå af vedlagt journal kopi. Regionens tiltag og patientens samtykke skal ligeledes dokumenteres i patientens journal.

Regionens meddelelse skal desuden indeholde information om patientens diagnose eller mistænkte kræftform, den tilbudte udredning eller behandling, dato for sygehusets modtagelse af henvisning, dato for informeret samtykke til behandlingstilbud (såfremt det vedrører behandling), dato for start på tilbudt udredning eller behandling samt informationer om andre udrednings- eller behandlingsmuligheder, som regionen har afdækket. Yderligere skal kontaktoplysninger på patient og konkret kontaktperson på afdelingen fremgå af meddelelsen, sådan at Sundhedsstyrelsen umiddelbart kan handle på meddelelsen uden forsinkelse.

**Kommenterede [MD15]:** Vi foreslår denne alternative og efter vores vurdering mere sigende overskrift:

”Meddelelse til Sundhedsstyrelsen, hvis regionen ikke kan tilvejebringe et rettidigt tilbud”

Regionens meddelelse skal være skriftlig og fremsendes til den krypterede e-mail: [maksimaleventetider@sst.dk](mailto:maksimaleventetider@sst.dk). Samtidig med afsendelsen af den skriftlige meddelelse skal Sundhedsstyrelsen i dagtid på alle hverdage fra kl. 9-15 kontaktes på hovednummeret 72 22 74 00 med omstilling til den ansvarlige afdeling, Enhed for det Primære Sundhedsvæsen. Udenfor dagtid skal Sundhedsstyrelsens døgnbemandet beredskabsvagt kontaktes på tlf. 61 50 81 81.

Såfremt regionens meddelelse opfylder ovenstående, overtager Sundhedsstyrelsen herefter handlepligten og informationen til patienten. Sundhedsstyrelsen skal om muligt henvise patienten til udredning eller behandling på et sygehus her i landet eller i udlandet inden for den maksimale ventetid. Sundhedsstyrelsen tager i den efterfølgende afsøgning udgangspunkt i de af regionen afsøgte muligheder og undersøger muligheden for udredning eller behandling af den pågældende patient inden for de maksimale ventetider. Kan Sundhedsstyrelsen ikke tilvejebringe et tilbud inden for den maksimale ventetid, skal styrelsen hurtigst muligt meddele dette til patienten og informere om muligheden for, at patienten under visse betingelser selv kan finde et udredning- eller behandlingstilbud på et offentligt eller privat sygehus her i landet eller i udlandet, hvortil der ydes betaling eller tilskud af regionen.

Efter bekendtgørelsens §13 kan Sundhedsstyrelsen i særlige tilfælde, hvor der ikke på anden måde kan tilvejebringes et behandlingstilbud, pålægge et offentligt sygehus her i landet at tage patienten i udredning eller behandling, hvis Sundhedsstyrelsen skønner, at sygehuset er i stand til det uden væsentlige ulemper. Ved en sådan vurdering indgår generelle patienthensyn, herunder konsekvenser for andre patienters helbredstilstand eller prognose.

Vejledningen træder i kraft den xx. xx 2024.

*Sundhedsstyrelsen, den xx. xx 2024*

NN

/ NN

**Kommenterede [MD16]:** OBS! ift., at disse kontaktoplysninger skal opdateres ved ændringer.