

## **TALEPAPIR**

*Det talte ord gælder*

**Tilhørerkreds:**

**Anledning:       Åbent samråd 13. juni 2007**

**Taletid:**

**Tid og sted:       Folketinget S2-092, 13. juni 2007 kl. 12-13.30**

**Fil-navn:         Dokument 7**

Tak endnu en gang for denne lejlighed til, at vi kan få drøftet  
behandlingen af kræftpatienter i Danmark.

Denne gang handler det om nogle analyser, som trak overskrifter for en måneds tid siden. Det er analyser, der handler om konsekvenserne for kræftpatienter af, at der går længere eller kortere tid, før de kommer i behandling.

Og det synes jeg jo er et yderst relevant emne – måske i virkeligheden mere relevant for patienterne end spørgsmålet om opfyldelse af en garanti, som vi politikere har fastsat.

Og timingen er også upåklagelig – lidt held i uheld, fordi der jo er gået lidt tid siden spørgsmålene er stillet. Regeringen har her i weekenden lavet en ny økonomiaftale med regionerne, som netop adresserer nogle af de spørgsmål, vi skal snakke om i dag.

Men at der kommer noget fornuftigt ud af diskussionen forudsætter selvfølgelig, at vi forholder os til de resultater, der rent faktisk ligger i de her undersøgelser – frem for en eller anden forsimplet overskrift.

[ Spørgsmål BB: Vil ministeren drage konsekvenser af den internationale analyse, som Kræftens Bekæmpelse har refereret til på deres hjemmeside [www.cancer.dk](http://www.cancer.dk) den 12. maj 2007, og som viser, at patienter med brystkræft og hoved-/halskræft, der venter mere end otte uger på efterbehandling med stråleterapi, har væsentligt flere tilbagefald, end den gruppe som venter mindre end otte uger?]

Det første spørgsmål – BB – handler om et såkaldt "review", som er en sammenfatning af en række undersøgelser. Dette review drejer sig om strålebehandling som efterbehandling af to forskellige patientgrupper – brystkræftpatienter og patienter med hoved-halskræft.

Den undersøgelse, der refereres til i spørgsmålet, viser, at hvis brystkræftpatienter kommer i strålebehandling inden for otte uger efter operation, så er risikoen for tilbagefald inden for fem år 5,8%. Venter brystkræftpatienterne mere end otte uger, så er risikoen for tilbagefald ifølge undersøgelsen 9,1%. Risikoen for tilbagefald stiger altså, hvis patienterne først kommer i efterbehandling mere end otte uger efter operation.

For hoved-halskræftpatienter viser undersøgelsen højere risiko for tilbagefald for de patienter, der først modtog strålebehandling seks uger efter operation.

I Danmark er den maksimale ventetid på strålebehandling som bekendt fire uger - altså væsentlig skrappere end de 6-8 uger, der er målt på i undersøgelsen. Man kan altså ikke direkte overføre resultaterne til en vurdering af de danske behandlingsfrister.

Men undersøgelsen er jo en indikation på, at det generelt gælder om at få patienterne i strålebehandling så hurtigt som muligt.

Og på den baggrund synes jeg, det er relevant nok, at der spørges til, om jeg vil drage konsekvenser af undersøgelsen.

Men svaret er ikke, at jeg vil gøre en masse nyt. Der er jo allerede sat en betydelig indsats i værk, der skal sikre hurtigere strålebehandling til danske kræftpatienter i Danmark.

Vi – regeringen og Dansk Folkeparti – har skabt grundlag for en massiv investering i nye strålekanoner, og vi har nu fået gennemlyst området, så der også er grundlag for at udnytte apparaturet endnu bedre.

Derfor ser det nu ud til, at kapaciteten når på niveau med behovet allerede til næste år – hvis strålecentrene høster de mulige effektiviseringsgevinster, som er blevet afdækket i de analyser, der er lavet. Og vi har netop i økonomiaftalen med regionerne udbygget den pulje til flere strålebehandlinger, der så at sige gør det til en god forretning at behandle flere patienter.



Men samtidig er det klart, at uanset hvor meget eller hvor lidt kapacitet, der er, så er det en vigtig opgave for lægerne at prioritere patienterne efter behov. Og det er ikke mindst relevant i forhold til hovedhalskræftpatienterne.

[Spørgsmål BC: Hvilke konsekvenser vil ministeren drage af den undersøgelse, som professor Jens Overgaard fra afdelingen for eksperimentel klinisk onkologi på Århus Sygehus har gennemført af 61 patienter med hoved-/halskræft, og som bl.a. viser, at hos næsten to tredjedele af patienterne var svulsten vokset målbart inden for de fire ugers ventetid, og hos næsten en fjerdedel havde kræften spredt sig inden for de fire uger?]

Og det er jo det, den anden undersøgelse handler om – den, der spørges til i spørgsmål BC. Og mon ikke vi alle har set billederne af, hvor hurtigt en hoved-halskræft kan brede sig i løbet af få uger?

Professor Jens Overgaard har i sin undersøgelse sammenlignet det scanningsbillede, der er taget til brug for at stille diagnosen hoved-hals kræft, med det scanningsbillede, der er taget til planlægning af behandlingen.

Over en periode på godt 5 år har Jens Overgaard fundet 61 patienter til at indgå i undersøgelsen. Det er jo en ret lille patientgruppe, der – som jeg forstår det – er udvalgt efter, at der var to forskellige scanninger, der kunne sammenlignes. Derfor skal man nok også være forsigtig med, hvor meget man konkluderer alene på den undersøgelse.

Men undersøgelsen finder i hvert fald, at ventetid har betydning for kræftsvulstens størrelse. Hos 38 af de 61 patienter, der er med i undersøgelsen, var kræftsvulsten vokset målbart efter 4 uger.

Det er der sådan set ikke noget overraskende i. Vi ved at hovedhalskræft er en særlig aggressiv kræftform, og derfor er målet også helt enkelt: Det gælder om at få de her patienter hurtigt i behandling.

Forfatterne af undersøgelsen konstaterer i øvrigt, at de medtagede patienters kræftsygdom allerede ved diagnosescanningen var fremskreden.

Og det understreger jo, at det ikke bare er ventetiden til selve behandlingen, det kommer an på. Men den tid, der går med at få gennemført de nødvendige undersøgelser, så man kan se

- om det er kræft – og hvis ja:
- hvor den sidder og dermed hvordan den kan behandles.

Det er derfor, vi arbejder med at opgøre den interne ventetid – og det har vi jo også haft lejlighed til at vende her i udvalget.

Vi skal have den tid, der går, frem i lyset, så vi kan komme i gang med en systematisk indsats for at bringe den samlede forløbstid ned – generelt, men selvfølgelig særligt der, hvor ventetiden kan gøre mest skade, nemlig de mest aggressive kræftformer.

Jeg signalerede for en god uges tid siden, at vi nu – med udsigten til bedre tider i strålebehandlingen – sadler om og fokuserer på at bringe de interne ventetider ned.

Og det er lige præcis, hvad vi i weekenden aftalte med regionerne. Grundprincippet er, at sundhedsvæsenet skal reagere med det samme, når der er mistanke om kræft. Det skal gå hurtigt – og det skal der planlægges efter med standardforløb, der sikrer, at de nødvendige undersøgelser kommer hurtigt efter hinanden.

Og så er det selvfølgelig afgørende, at sygehusene hele tiden får prioriteret patienterne. Det kan jo ikke nytte noget, at en kræftpatient, der kæmper mod tiden, skal vente, fordi andre patienter har optaget tiderne ved skanneren – selv om de ikke har samme behov for tempo i forløbet.

[ Spørgsmål BD: Hvad vil det kræve - i form af penge og mandskab - at realisere Kræftens Bekæmpelses opfordring til, at enten alle eller visse afgrænsede grupper kræftpatienter behandles som akutte patienter?]



Så spørges der til, hvad det vil koste at behandle kræftpatienter som akutte patienter. Og det kan man ikke svare direkte på af i hvert fald to grunde.

*For det første* er begrebet noget misvisende. Fordi man ikke bare kan hente den typiske kræftpatient med ambulance og smække ham på operationsbordet i løbet af natten. Problemet er netop – som jeg har været inde på – at der går noget tid med undersøgelser, som er nødvendige, før man kan behandle.

Men når jeg siger, at de er nødvendige, siger jeg ikke, at de skal tage så lang tid, som de gør i dag. Det er netop det, vi skal gøre noget ved.

*For det andet* er det ikke så meget et spørgsmål om penge, måske lidt mere et spørgsmål om personale, men især et spørgsmål om tilrettelæggelse og prioritering.

Vi kender vel alle eksemplet fra Vejle, hvor man udreder folk for lungekræft med de forskellige undersøgelser, der skal til, i løbet af en god uges tid.

Det er gået alt for langsomt for de øvrige sygehuse med at indføre den slags procedurer.

Vi har brug for, at sygehusene kigger helt systematisk på,

- hvad det er for nogle patienter, de får ind
- hvilke undersøgelser, de skal igennem, og
- hvordan de kan planlægges, så de kommer systematisk lige efter hinanden.

Med opgørelserne af interne ventetider har vi et vigtigt udgangspunkt for at finde de ømme punkter i forløbene og dermed også få gjort noget ved dem. Og med økonomiaftalen med Danske Regioner har vi forpligtet det regionale sundhedsvæsen på, at der skal handles på det her område.

Så alt i alt forventer jeg, at der i den kommende tid vil blive arbejdet anderledes målrettet over en bred kam for at få forløbstiderne bragt ned.

[ Spørgsmål BE: Hvilke muligheder mener ministeren, der er på kortere og længere sigt for at prioritere sundhedsvæsenets knappe ressourcer yderligere til fordel for de mest syge patienter, herunder kræftpatienterne?]

Så er der spørgsmålet om prioritering af de knappe ressourcer. Og det ligger jo lidt i forlængelse af det foregående.

Økonomisk er ressourcerne jo ikke mere knappe, end at sundhedsudgifterne med den seneste økonomiaftale vil være 4,7 mia kr. højere i 2008 end i 2006 og 15,7 mia. kr. højere end i 2001.

Men der er selvfølgelig begrænset personale, og vi ser da også undertiden eksempler på for lange ventetider på skanninger og lignende.

På helt kort sigt handler det selvfølgelig om at prioritere patienterne, så patienter, der kan tage skade af at vente – og det er jo især kræftpatienter – bliver prioriteret i forhold til skanninger og lignende. At man f.eks. reserverer nogle tider til kræftpatienter, så de kan komme hurtigt til.

På lidt længere sigt er der to vigtige bidrag til løsninger. For det første investeringer i udstyr. Med de seneste års økonomiaftaler og regeringens aftaler med Dansk Folkeparti er der afsat milliarder til indkøb af skannere, strålekanoner og andet udstyr. De skal sikre kapaciteten – også i kræftpatienters udredningsforløb.

Men samtidig skal det eksisterende udstyr udnyttes bedre. Vi kan se eksempler på private skannere med en højere produktivitet. Og på, at målrettede offentlige projekter tilsvarende kan øge produktiviteten på de offentlige sygehuse. Her ligger en vigtig opgave for regionerne.

Og lad mig så til sidst tage det spørgsmål, som jo igen og igen er rejst af oppositionen. Om ikke det, at det udvidede frie valg fra oktober gælder allerede ved én måneds ventetid, vil betyde en prioritering af de "lette" patienter.



Svaret er nej. Den maksimale ventetid for patienter med livstruende sygdomme er en pligt for sygehuset til at sikre kort ventetid. Det udvidede frie sygehusvalg er en ret for patienten til at gå et andet sted hen, hvis ventetiden er for lang.

Det er en afgørende forskel. For den betyder, at sygehusene selvfølgelig skal prioritere de mest syge. Og hvis fristen så betyder, at de mindre syge vandrer til det private, så det offentlige kan koncentrere sig om de mest syge, så er det i mine øjne ingen ulykke. Nærmere en fornuftig arbejdsdeling med udnyttelse af alle de ressourcer, der er til rådighed.

