

Folketingets Sundhedsudvalg

Dato: 9. oktober 2007
Kontor: Kræftenheden
J.nr.: 2007-12102-430

Sagsbeh.: mir
Fil-navn: Dokument 2

. / . Vedlagt fremsendes besvarelse af spørgsmål nr. 752, (Alm. del), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 14. september 2007.

Med venlig hilsen

Lars Løkke Rasmussen / Mie Rasbech

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Dato: 9. oktober 2007
Kontor: Kræftenheden
J.nr.: 2007-12102-430
Sagsbeh.: mir
Fil-navn: Dokument 4

Besvarelse af spørgsmål nr. 752 (Alm. del), som Folketingets Sundhedsudvalg har stillet til indenrigs- og sundhedsministeren den 19. september 2007**Spørgsmål 752:**

"Ministeren bedes oversende sit talepapir fra samrådet den 14. september 2007 om samrådsspørgsmål BW-BØ (akutbehandling af kræftpatienter)"

Svar:

Vedlagt er talepapir om samrådsspørgsmål BW-BØ, som dannede grundlag for ministerens tale ved samrådet den 14. september 2007.

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

Tilhørerkreds: Folketingets Sundhedsudvalg

Anledning: Åbent samråd BW-BØ fredag den 14. september 2007 (stillet af Charlotte Fisher)

Taletid:

Tid og sted: Fredag den 14. september 2007 kl. 14.00

[Indledning]

Ligesom i sidste uge, og for tre uger siden og i perioden op til sommerferien er jeg endnu engang glad for at kunne komme her i Sundhedsudvalget og tale om kræftbehandling.

[BW: Hvordan begrundes ministeren, at han på et samråd før sommeren afviste forslaget om akut behandling til kræftpatienter, men nu selv fremsætter et sådant forslag?]

Første spørgsmål omhandler begrebet "akut", når vi taler om kræftbehandling.

Før sommeren afviste jeg rigtigt nok forslaget om at behandle kræft som en akut sygdom. Som jeg sagde på samrådet i juni, så er "*begrebet akut noget misvisende, når man taler kræftbehandling, da man jo ikke bare kan hente den typiske kræftpatient med blå blink, smide ham op på operationsbordet og operere ham i løbet af natten. Og det er det, der for mig statuerer akut behandling.*"

Man kan også sige det på en lidt anden måde. Efter Sundhedsstyrelsens gældende definitioner for patientregistreringer er en akut patient en patient, der er modtaget uden planlægning, uden indkaldelse og uden aftale. Det er ikke det, vi skal stræbe efter i kræftbehandlingen – med mindre patienten vitterlig er akut, og så bliver man jo også i dag behandlet akut [eksempel: tarmslyng].

På kræftområdet skal vi være mere ambitiøse – det er også derfor, at jeg har meldt ud, og statsministeren har meldt ud, at sundhedsvæsenet skal handle akut og resolut ved en kræftdiagnose eller mistanke om kræft. Jeg har derimod ikke meldt ud, at den enkelte undersøgelse og den præcise behandling af kræft – hvad enten det er operation, kemoterapi eller strålebehandling – skal iværksættes uplanlagt eller akut, som det er formuleret i spørgsmålet. Eller for at dykke ned i Sundhedsstyrelsens begrebsafklaring: "En akut indlæggelse finder sted uden iagttagelse af afsnittets normale planlægnings-, indkaldelses- og aftalerutiner" – det er ikke lige det, jeg havde forestillet mig.

Når jeg siger, at sundhedsvæsenet skal handle akut og resolut ved mistanke om kræft, og det er jo lanceret under overskriften: "Kræft kræver akut handling og klar besked", mener jeg helt konkret, at patienter med en kræftdiagnose eller ved mistanke om kræft med det samme skal tilbydes et fagligt optimalt pakkeforløb, hvor de enkelte dele i udrednings- og behandlingsforløbet ligger klart. Disse velplanlagte pakkeforløb skal igangsættes med det samme og uden unødigt ventetid.

Det svarer ganske til, hvad jeg sagde ved samrådet i juni: *"jeg har den mission, at hvis man visiteres med en mistanke om en kræftdiagnose, så skal det tænde - om end ikke blå blink - så en alarmklokke i hele det behandlende sundhedsvæsen, der gør, at en sådan patient behandles i et sammenhængende, gnidningsfrit, smidigt og hurtigt forløb."*

Det er den alarmklokke, der skal udløse akut og resolut handling, og det er et sammenhængende, gnidningsfrit, smidigt og hurtigt forløb, jeg vil sikre gennem udbredelsen af pakkeforløb.

Jeg kan tilføje, at den opfattelse af, hvad der skal til, så vidt jeg ved stemmer helt overens med Kræftens Bekæmpelse, som også har understreget, at det, man ønsker, ikke er akut behandling, sådan som det er defineret i patientregistreringen, men netop velplanlagte forløb på solidt fagligt grundlag og uden unødigt ventetid.

[Spørgsmål BX: Vil ministeren præcisere, hvor lang tid kræftpatienter, der bliver omfattet af regeringens garanti om akut behandling, skal vente fra første henvisning til sygehuse og til endelig behandling?]

Så bliver jeg spurgt til forløbstiderne i disse pakker.

Ventetidens betydning for en kræftpatients helbredelsesmuligheder og overlevelsesprognose er forskellig fra kræftform til kræftform. Men fælles for alle kræftformer er, at den enkelte kræftpatient oplever stor usikkerhed og angst i forbindelse med ventetid.

Sundhedsstyrelsen er gået i gang med at fastlægge fælles kliniske retningslinjer for udredning og behandling af hver enkelt kræftform. En vigtig del af dette arbejde er at fastlægge, hvor lang tid der maksimalt må gå mellem forskellige dele af udredning og behandling.

Så svaret på spørgsmålet er altså, at forløbene skal være fagligt optimale og uden unødigt ventetid. Det er det, der er ambitionen, at vi kræftform for kræftform opstiller det lægefagligt set optimale forløb. På den måde gør vi op med det, der er situationen nu, hvor man har sat politik over faglighed. For det er egentligt det, Folketinget har gjort - og jeg har min del af ansvaret – ved at lave de garantiordninger, som jo er ret firkantede, for hvor lang tid der må gå fra undersøgelse til behandling til efterbehandling. Det kan jo sende et signal om, at hvis man efterlever de frister, er man safe. Skal man gå seriøst til værks, må man sige, at i forhold til visse aggressive kræftformer, er det ikke godt nok at levere behandling inden for de frister, Folketinget har opsat. Det er baggrunden for, at vi diagnose for diagnose har sat arbejdet i gang.

Fagligt optimale pakkeforløb med frister for længden af forløbene skal udarbejdes for hver enkelt kræftform uden undtagelse.

Man har dog valgt fra Sundhedsstyrelsens side at begynde med de fire mest aggressive og hyppige kræftformer, nemlig lungekræft, hoved-halskræft, brystkræft og tarmkræft.

Arbejdsgrupperne for disse kræftformer mødes allerede på torsdag [den 20. september]. Og det forventes, at de kliniske retningslinjer ligger klar inden udgangen af 2007.

Dagen efter mødes Sundhedsstyrelsens nye Task Force for Kræftområdet, der skal sikre anvendelsen, overvågningen og understøttelsen af pakkeforløbene. Så vi drager omsorg for, at det der klinisk er rigtigt også gennemføres i den virkelige verden.

Planen er, at pakkeforløbene skal være udviklet for alle kræftformer inden udgangen af 2008.

Jeg forventer ikke, at udrednings- og behandlingsforløb tilrettelagt i gnidningsfri patientforløb med klar information for kræftpatienter får negative konsekvenser for alle andre patienter – tværtimod. Jeg tror, man vil kunne nyttiggøre erfaringerne i forhold til andre patientgrupper.

Hermed mener jeg også, at jeg har svaret på spørgsmål BY og BZ.

[Spørgsmål BY: Vil ministeren oplyse, hvilke kræftpatientgrupper, der allerede inden 2008 vil blive omfattet af regeringens garanti om akut behandling?]

[Spørgsmål BZ: Vil ministeren redegøre for, hvilke konsekvenser en sådan ny garanti om "akut behandling" til kræftpatienter i første omgang vil få for de kræftpatienter, der ikke er omfattet af garantien, og i anden omgang for øvrige patientgrupper?]

[BÆ: Vil ministeren overveje at udskyde frit valgs-garantien, der er planlagt til at træde i kraft her til oktober 2007, så sygehusene får bedre mulighed for at koncentrere indsatsen om en hurtigere behandling af kræftpatienter?]

Det korte svar er nej! Jeg har i øvrigt lige, mens jeg ventede, underskrevet den bekendtgørelse, der giver danske patienter denne nye rettighed. Med frit valgs-garantien går jeg i øvrigt ud fra, at man mener adgangen til det udvidede frie valg, der pr 1. oktober i år nedsættes fra to måneder til en måned.

Min klare holdning til dette spørgsmål er nej, fordi regeringen har et mål om, at der skal være lige adgang for alle til det danske sundhedsvæsen – som jeg i øvrigt også gav udtryk for på sidste uges samråd. Det betyder, at det udvidede frie valg *netop* er sat i verden for at sikre ALLE borgere ret til hurtig og effektiv behandling i sundhedsvæsenet, når og hvis det bliver nødvendigt – og altså ikke kun dem, der fx ved hjælp af en lukrativ friværddi kan købe sig ind på et privat hospital eller de heldige, der i deres ansættelse er udstyret med en sundhedsforsikring.

Jeg kan desuden gentage, hvad jeg også sagde på vores samråd i sidste uge, at de patientrettigheder, regeringen har indført og nu pr 1. oktober udvider, særligt har betydet to ting:

- For det første er vi i høj grad kommet den sociale ulighed i sundhedsvæsenet til livs, der eksisterede før den udvidede fritvalgsordning, hvor kun velbjegete havde fri adgang til hurtig sygehusbehandling, hvis man fandt ventetiden for lang
- Og for det andet har vi på baggrund af ordningen set en stor effektivitetsstigning i sundhedsvæsenet, blandt andet fordi patienternes øgede rettigheder og det politiske fokus gør, at man er oppe på tæerne ude på sygehusene samtidigt med, at der rent faktisk aldrig har været ansat så mange læger og sygeplejersker, som vi har i dag

Jeg vil også gerne igen nævne, at man ikke kan sætte lighedstegn mellem dem, der *kan* gøre brug af rettighederne, og dem der rent faktisk *bruger* dem. Det er med andre ord ikke givet, at ham der skeler på det ene øje, som fru Charlotte Fischer nævnte på sidste uges samråd, har lyst til at rejse udenbys eller udenlands for en operation frem for at vente 1½ måned på en operation tæt på hjemmet. Ordningen statuerer ikke en pligt for det offentlige sundhedsvæsen til at tvangsbehandle. Det er en rettighed, og den statuerer heller ikke en pligt for den enkelte patient til at lade sig behandle inden for en måned.

Det er en rettighed, der koster penge. Der er 120.000 danskere, der har gjort brug af ordningen. Jeg tror, at det, man afregnede de private sygehuse med sidste år, var 447 mio. kr. Derfor er det også tankevækkende, at der er nogen, der tror, at man kan spare en mia. kr. ved ikke at forbedre ordningen. Det er et fuldstændigt vanvittigt regnestykke. Hvis man ser på, hvor mange mennesker der i dagens sundhedsvæsen venter mere end 2 måneder, og så dem der alt andet lige får den nye rettighed, det vil sige dem der venter mellem 1 og 2 måneder, udgør den sidste gruppe 2/3 af den første gruppe. Dvs. antallet bliver ikke fordoblet.

Så alt i alt er jeg ikke bekymret for, om den udvidede adgang til det frie valg og håndteringen af kræft i veltilrettelagte akutte pakkeforløb kan realiseres på samme tid i det danske sundhedsvæsen. Og jeg har derfor ingen planer om at udskyde denne planlagte udvidelse.

[BØ: Kan ministeren oplyse, om der er lande, der er sammenlignelige med Danmark, der tilbyder kræftbehandling "akut" – og i givet fald med hvilken samlet ventetid?]

Jeg vil starte med at sige, at når vi sammenligner os med andre lande på dette felt, falder Danmark altså ganske godt ud. Kun Holland og England tilbyder kræftbehandling såkaldt "akut". I forhold til monitorering af de faktiske ventetider er Danmark helt i front. Kun i England er det også i dag muligt at opgøre ventetiderne nationalt og specifikt på kræftområdet.

Ser man nærmere på de enkelte lande, så har Holland opstillet generelle retningslinjer for ventetiden til "akut" behandling, som også omfatter kræftbehandling. Ifølge retningslinjerne må der samlet gå maksimalt 30 dage fra henvisning fra alment praktiserende læger til behandlingen er igangsat. Det er desværre ikke muligt at oplyse de faktiske ventetider på kræftområdet i Holland, da ventetiderne ikke opgøres og offentliggøres på nationalt niveau, men kun på sygehusniveau.

I England arbejdes med lignende modeller. England har fastsat særskilte nationale målsætninger på kræftområdet og for at opnå disse arbejdes med haste-henvisninger og hurtig-forløb. Ifølge de engelske målsætninger må der samlet gå maksimalt 62 dage fra en haste-henvisning fra alment praktiserende læge til første behandling for alle kræfttyper. Målsætningen er dog skærpet, når det gælder kræft hos børn, testikelkræft og akut leukæmi. Ved mistanke om disse kræftformer må der maksimalt gå 31 dage fra haste-henvisning fra alment praktiserende læge til første behandling. De seneste opgørelser viser, at det engelske sundhedssystem lever op til målsætningerne for ca. 99 pct. af patienternes vedkommende.

I de nordiske lande, Sverige, Norge og Finland, er der ikke opstillet specifikke garantier eller målsætninger for ventetiden på kræftområdet. Både Sverige og Finland har dog generelle målsætninger for ventetiden til undersøgelse og behandling, som også gælder for kræft. I begge tilfælde accepteres længere ventetider end i Danmark. Det er ikke muligt at oplyse de faktiske ventetider for kræftbehandling, da hverken Sverige, Norge eller Finland opgør disse på nationalt niveau i dag.

Denne gennemgang viser for mig to ting.

For det første, at sammenlignelige lande har lignende overvejelser om at forbedre kræftbehandling, så patienter hurtigst muligt bliver undersøgt og kommer under behandling. Dette bekræfter, at regeringens beslutning om kræftbehandling i veltilrettelagte pakker uden unødigt ventetid er rigtig og del af en international tendens.

Men det er ikke nyt. Vi har allerede aftalt det med regionerne i juni måned 2007, hvor der i aftalen mellem regionerne og regeringen står: "Sundhedsvæsnets skal reagere med det samme ved mistanke om, at en patient har kræft. Den nærmere undersøgelse heraf skal påbegyndes hurtigst muligt, og tilrettelægges i standardforløb der sikrer, at der ikke er unødigt spildtid mellem de forskellige undersøgelser. Patienter der udredes for en livstruende sygdom, herunder kræft, skal prioriteres i forhold til patienter med mindre lidelser." Det er den aftale, der, med udmeldingerne efter sommer, er skærpet. Man kan sige, at det rigtigt nye er, at vi har påtaget os et langt større centralt ansvar for at fremme, at denne målsætning de facto indfries.

Når jeg kigger nærmere på de målsætninger og garantier, som opstilles i andre lande, er regeringens målsætning endog rigtig ambitiøs. Men allerede med de eksisterende regler for maksimale ventetider på kræftområdet, er Danmark rigtigt godt med. Kun Holland og England har målsætninger om ventetider på kræftområdet, som minder om vores regler.

For det andet, er Danmark - sammen med England - et stort skridt foran, når det gælder monitorering og offentliggørelse af ventetider på kræftområdet. Vi er simpelthen de eneste, som opgør og offentliggør ventetider på nationalt niveau specifikt på kræftområdet.