

Sundhedsdriftskontoret

Dato: 29. maj 2009

Ministeren for Sundhed og Forebyggelses tale ved forespørgselsdebat F37 om indsatsen på kræftområdet

Det talte ord gælder

[Indledning]

Tak til Dansk Folkeparti for forespørgslen. Kræftindsatsen er vigtig, og det er et godt tidspunkt at gøre status.

Kræft er den hyppigste dødsårsag i Danmark, og derfor fylder kræft meget i mange danskeres liv – enten som kræftsyg eller pårørende. Og derfor fylder den danske kræftbehandling også meget i regeringens politik.

Med en lang række initiativer og investeringer for milliarder af kroner i bedre kræftbehandling, er det lykkedes regeringen og Dansk Folkeparti at vende den danske kræftbehandling, så patienterne i dag kan føle sig i trygge hænder.

Det er lykkedes, fordi vi har insisteret på at sætte handling bag ordene. Denne regering vil ikke bare have fine kræftplaner og aftaler med gode hensigter. For at skabe udvikling skal man turde se i øjnene, når noget ikke fungerer. Og så skal man turde handle og prioritere området. Det har regeringen gjort.

Resultaterne er begyndt at vise sig. Og jeg vil gerne give en stor ros til sundhedspersonalet for deres indsats – det er først og fremmest deres fortjeneste, at vi er kommet så langt på området til glæde for de danske kræftpatienter og deres pårørende.

Regeringen satte i samarbejde med Dansk Folkeparti Kræftplan II i søen i 2005. Hovedformålet var at få kræftbehandlingen i Danmark op på højeste internationale niveau.

Der er sket meget mere, end jeg har mulighed for at gøre rede for på de 15 minutter, som jeg i dag har til rådighed. Men jeg synes, at en grundig status er på sin plads. Derfor har jeg taget initiativ til, at der inden sommerferien vil blive offentliggjort en statusrapport med en grundig gennemgang af de initiativer, der er taget på baggrund af anbefalingerne i Kræftplan II.

Jeg tør godt skrive under på, at vi nu er meget tæt på målet i forhold til kræftplanen. Og det er derfor, jeg har meldt ud, at det er blevet tid til at sætte en Kræftplan III i søen. Formålet med Kræftplan III skal være at fastholde fokus på de gode resultater, der er opnået, og samtidig sætte nye mål for den danske kræftindsats. Men lad mig nu give et kort overblik over den hidtidige indsats. Jeg starter med forebyggelsen.

[Forebyggelse]

Regeringen har grebet forebyggelsesbolden. Med kommunalreformen er forebyggelsesindsatsen blevet placeret der, hvor den gør mest gavn – nemlig tæt på borgeren.

Det er veldokumenteret, at rygning er direkte årsag til mange kræfttilfælde. I 2007 blev der indført lov om røgfrie miljøer, som skal beskytte mod passiv rygning. Og så har Forebyggelseskommissionen netop færdiggjort sit arbejde, og regeringen vil på det grundlag udarbejde en handlingsplan for forebyggelsesområdet. Handlingsplanen skal bidrage til at nå regeringens ambitiøse mål, om at middellevetiden på 10 år skal hæves med 3 år – og det handler bl.a. om, at kurven over kræftforekomst skal knækkes.

Samtidig tog vi i 2008 i samarbejde med Dansk Folkeparti, Det Radikale Venstre og Liberal Alliance hul på et nyt lovende kapitel i forebyggelsen. For første gang er det blevet muligt at vaccinere i mod en kræftsygdom, og den mulighed har vi grebet. HPV-vaccination vil bidrage til et markant fald i antallet af tilfælde af livmoderhalskræft.

[Tidlig opsporing – screening]

Hvor kræften alligevel opstår, gælder det om at opdage den i så tidligt et stadie, at mulighederne for behandling er gode. Derfor prioriterer regeringen, at der indføres screeninger på de områder, hvor det muligt, og hvor undersøgelsesmetoderne er forsvarlige.

Som anbefalet i Kræftplan II er der i dag tilbud om screening mod livmoderhalskræft og brystkræft. Og Sundhedsstyrelsen er ved at færdiggøre sin indstilling om screening mod tarmkræft.

[Forløb organiseret i pakker]

Når mistanken om kræft er rejst i almen praksis eller ved screening, så skal udrednings- og behandlingsforløbet sættes i gang med det samme. I Kræftplan II anbefales, at udredningen og behandlingen organiseres i pakker. Det er nu sket over hele landet, og jeg vil vove at påstå, at det er en af de største succeser for sundhedsvæsenet nogensinde.

Men ikke en succes der har skabt sig selv – det har krævet vilje, engagement og handling. Både politisk og i alle led i sundhedsvæsenet. Og det har der været, fordi vi ved, hvor stor betydning et godt forløb har for de danske kræftpatienter og deres pårørendes livskvalitet – og vigtigst af alt for patienternes overlevelses-chancer.

I første omgang afsatte regeringen puljer til produktivitetsfremmende omlægninger i kræftbehandlingen på 150 mio. kr. Kapaciteten blev udbygget og aktiviteten steg.

Men der kom for alvor fremdrift i tingene, da regeringen i oktober 2007 indgik aftale med Danske Regioner om indførelse af akut handling og klar besked på kræftområdet. På bare ét år blev hele tankesættet om forløbsorganisering vendt, og der blev udviklet og indført pakkeforløb for alle kræftformer – 34 i alt. Det er imponerende.

[Høj faglig kvalitet]

Med pakkeforløbene er patienterne sikret behandling af høj international standard. De bedste hoveder på området har udarbejdet kriterier for hvilke symptomer, der skal udløse mistanke om kræft hos den praktiserende læge og kliniske retningslinjer for udredning og behandling af de enkelte kræftformer. Den faglige kvalitet er også løftet gennem udbredelsen af multidisciplinære teamkonferencer, hvor relevante faggrupper, specialer og afdelinger drøfter patienten.

[Veltilrettelagte forløb med klar information]

Før skete det ofte, at patienten mødte op til en undersøgelse eller behandling, hvorefter patienten blev sendt hjem i uvished, indtil der dumpede et brev ind af døren, om hvad der så skulle ske. Med pakkeforløbene har vi gjort op med denne måde at tænke forløb på.

- Det er beskrevet i pakkeforløbene, hvornår og om hvad patienterne skal informeres, så de hele tiden er velinformeret om deres videre forløb.
- Det er ved lov fastsat, at alle patienter skal tildeles en kontaktperson, som kan svare på spørgsmål om behandlingen og forløbet.
- Der er ved at blive udarbejdet patientinformationspjecer for hvert pakkeforløb, hvor patienterne kan læse om det forløb, de skal gennemgå.
- Der er udpeget forløbskoordinatorer og forløbsledere, der bidrager til at sikre en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af forløbet, og at patienten ikke tabes undervejs.
- Og der er beskrevet forløbstid for de enkelte elementer i forløbet, med det formål at sikre patienterne forløb uden unødigt ventetid.

[Kapacitet]

En forudsætning for, at pakkeforløbene kan fungere og patienterne undgå unødigt ventetid, er, at der er kapacitet til undersøgelse og behandling.

I 2006 kom det frem, at kræftpatienter ikke kom i strålebehandling inden for de maksimale ventetider. Et konkret svigt i håndteringen af sagerne, men også en afledt konsekvens af for lille kapacitet, som var en del af baggrunden for Kræftplan II.

Der var allerede på det tidspunkt sat over en milliard kroner af til at indkøbe scannere og strålekanoner. Men nu blev indsatsen yderligere accelereret med en Task Force for strålebehandling i Sundhedsstyrelsen, som satte gang i en række initiativer:

- det blev monitoreret om patienterne kom i strålebehandling inden for de maksimale ventetider,
- det blev analyseret, hvordan arbejdsgangene kunne forbedres og udstyret på stråle-centrene udnyttes bedre,
- der blev afsat 108 mio. kr. til meraktivitet på stråleområdet,
- og der blev indgået aftale med strålecentre i Norge og Tyskland og afsat penge, så patienterne kunne blive behandlet i udlandet, når det var nødvendigt.

Og indsatsen gav resultater! Den målrettede indsats på stråleområdet kombineret med en fortsat massiv udbygning af den danske strålebehandlingsskapacitet betyder, at langt hovedparten af de danske patienter kan få strålebehandling på deres regionale strålebehandlingscenter eller på et andet center i Danmark. Og vi har kun begrænset brug for at henvise patienter til udlandet, når der opstår lokale spidsbelastningssituationer.

Strålebehandlingen er stadig en udfordring i nogle dele af landet i forhold til de meget ambitiøse mål i pakkeforløbene. Men der er en verden til forskel fra situationen for nogle år siden, og med planlagte udbygninger er der udsigt til, at det bliver endnu bedre.

Da vi satte gang i pakkeforløbene, var det igen med massive investeringer i kapaciteten. Sygehusene har fået isenkram, som understøtter høj faglig kvalitet. Indtil videre har regionerne anvendt 750 mio. kr. ud af de 850 mio. kr. deres låneramme blev udvidet med i økonomiaftalen for 2008 til indkøb af kræftapparatur. Det har bidraget til indkøb af 44 scannere og 3 stråleapparater.

[Resultater]

Skal man helt i mål med indsatsene, gælder det om at følge resultaterne tæt. Det gør vi også med pakkeforløbene. Fra de første forløb blev indført har regionerne efter aftale med ministeriet og Sundhedsstyrelsen lavet kvartalsvise opgørelser over status for indsatsen. Den seneste status fra regionerne blev offent-

liggjort i sidste uge og viser, at regionerne efterlever de kliniske retningslinjer i pakkeforløbene, og at forløbstiderne overholdes på langt de fleste områder.

Allerhelst vil vi følge op med hårde data på patientniveau. Derfor har vi med pakkeforløbene indført et nationalt monitoreringssystem baseret på Landspatientregistret, som gør det muligt at følge tidsforløbet i pakkerne. Desværre er der endnu ikke nok registreringer i systemet til at kunne give et reelt billede af pakkeforløbene, men Sundhedsstyrelsen og regionerne samarbejder om fremadrettet at gøre datakvaliteten endnu bedre.

Det betyder heldigvis ikke, at der slet ikke findes gode, hårde data. I den kliniske database for tarmkræft kan vi se, at der er sket et fald i forløbstiden på 37 pct. Således tog hele forløbet fra første henvisning til operation 44 dage før pakkeforløb for tarmkræft. Samme forløb tager i dag 27 dage.

Også på lungekræftområdet ses flotte resultater. Her er sket en stigning på 20 pct. i antallet af patienter, som opereres senest 42 dage efter, at udredningsforløbet er blevet påbegyndt.

Samlet har vi altså et solidt grundlag for at sige, at pakkeforløbene er en succes. Men jeg skal også være den første til at erkende, at der stadig er hjørner, som skal helt på plads, og det stadig vil være muligt at finde patienter, som oplever længere forløbstider end pakkerne foreskriver. Men i hele sundhedsvæsenet arbejder man benhårdt på at komme helt i mål.

[Forskning]

Et andet emne, som jeg er blevet spurgt til, er forskning, som er en forudsætning for, at vi hele tiden kan levere behandling af høj international standard. Og vi kan være stolte af den danske sundhedsforskning, som ligger i top internationalt målt på antal citationer og publikationer pr. indbygger.

For at styrke kræftforskningen blev der i forlængelse af Kræftplan II afsat 113,5 mio. kr. til klinisk kræftforskning. Midlerne har bidraget til en national biobank, som er unik i international sammenhæng. Og så har midlerne styrket etableringen og udviklingen af kræftspecifikke og tværfaglige kræftgrupper. Grupperne bidrager til, at de kliniske retningslinjer for udredning og behandling af kræft er opdateret, og at der udvikles og vedligeholdes kliniske databaser for de enkelte kræftformer, hvor behandlingskvaliteten kan dokumenteres og følges.

[Personalesituationen]

Jeg er også blevet bedt om at redegøre for personalesituationen. Og her er det ingen hemmelighed, at vi har brug for flere hvide kitler, for også i fremtiden at kunne levere kræftbehandling på højt internationalt niveau. Regeringen har allerede taget en række initiativer, for at sikre dette.

- Der er gennemført en reform af den lægelige videreuddannelse, som vil give 1.600 flere speciallæger fra 2016 og frem.
- Antallet af pladser på sygeplejerskeuddannelsen er øget med 270 pladser fra 2007 og radiografuddannelsen med 50 ekstra pladser.
- Og i sidste uge blev kampagnen ”Hvid zone” skudt i gang. Det er en tre-årig rekrutterings-kampagne, som skal bidrage til, at flere vælger en uddannelse som sygeplejerske, radiograf og bioanalytiker, som alt sammen er vigtige faggrupper i kræftbehandlingen.
- At øge personalemængden løser ikke alene personaleudfordringerne på sundhedsområdet. Der er nedsat en Task Force, som udarbejder en strategi for fleksibel opgavevaretagelse og hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse.

[Afrunding]

Samtidig med den positive omlægning af kræftbehandlingen, er der sket

- stigning i behandlingsaktiviteten,
- fald i dødeligheden,
- stigning i overlevelsen,
- og 96 pct. af patienterne angiver i en stor landsdækkende undersøgelse af kræftpatienters oplevelser, at de er tilfredse eller meget tilfredse med deres samlede udrednings- og behandlingsforløb for kræft.

Vi er tæt på målet. Det vil I også kunne se i den statusrapport for anbefalingerne, som offentliggøres inden sommerferien. Til efteråret falder fremtidens specialefordeling på plads. Det vil betyde en yderligere samling af kræftbehandlingen til gavn for kvaliteten. På det solide grundlag vil vi udarbejde og iværksætte Kræftplan III. Og vi vil sætte handling bag planen, som vi med Kræftplan II har bevist, at vi kan.