

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Dato: 14. maj 2009

Sags nr.: 0904440

Sagsbeh.: SUMMK / Sundhedspolitisk kontor

Dok nr.: 44359

Besvarelse af spørgsmål nr. 5 (Alm. del), som Finansudvalget har stillet til ministeren for sundhed og forebyggelse den 6. maj 2009.

Spørgsmål nr. 5:

"Vil ministeren generelt forholde sig til den kritik, der er rejst af statsrevisorerne i beretningen samt oplyse, hvilke initiativer kritikken har givet anledning til?"

Svar:

Beretning nr. 2/2007 om it-understøttelsen af sygehusenes opgaver har sammenfatte haft som formål at undersøge, hvorvidt sygehusenes it-systemer understøtter deres kerneopgaver, og om der foreligger udviklingsplaner for den videre it-understøttelse.

Statusgrundlaget for beretningen er tilvejebragt af Rigsrevisionen i marts 2007, altså umiddelbart efter regionsdannelsen i medfør af kommunalreformen den 1. januar 2007. Det følger heraf, at den enkelte region kommer til at fremstå med mange forskellige it-systemer, som de blev overtaget fra de tidligere amter.

Grundlæggende hæfter jeg mig ved, at det på trods af denne relative mangfoldighed af it-systemer overordnet fremgår af beretningen, at der med en høj grad af digitalisering i sygehusvæsenet foreligger en god status og udvikling med understøttelse af sygehusenes kerneopgaver.

Det er min opfattelse, at dette ganske positive billede af forholdene er tilfredsstillende umiddelbart efter de meget store udfordringer, der bl.a. var knyttet til it-understøttelsen i medfør af regionsdannelsen.

Jeg ser således ikke, at beretningen grundlæggende rejser kritik, men tværtimod anerkender at området er domineret af en god udvikling. Der er dog i beretningen identificeret nogle områder med potentiale for udvikling, hvilket til stadighed vil være tilfældet som følge af den hastige teknologiske udvikling og den tilknyttede organisationsudvikling, der ofte er en forudsætning for en hensigtsmæssig ibrugtagning af nyudviklet teknologi.

Jeg kan tilføje, at regionerne også siden har arbejdet intenst på fortsat sikring af driften af de sammenbragte it-systemer samtidig med konsolidering mod færre og mere sammenhængende systemer. Det bemærkes i tilslutning hertil, at en forceret udvikling med tilknyttet risiko for en usikker drift selvsagt ikke er acceptabel på området.

Fremadrettet ser jeg, at det grundlæggende hovedbudskab i beretningen er, at der etableres et forpligtende samarbejde, så kommende udvikling af it til understøttelse af sygehusenes kerneopgaver kan foregå koordineret og med sigte på hensigtsmæs-

sige sammenhænge mellem systemerne. Det er jeg enig i, jf. min besvarelse af spørgsmål nr. 6, som Finansudvalget ligeledes har stillet til mig den 6. maj 2009.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Dato: 14. maj 2009

Sags nr.: 0904440

Sagsbeh.: SUMMK / Sundhedspolitisk kontor

Dok nr.: 44358

Besvarelse af spørgsmål nr. 6 (Alm. del), som Finansudvalget har stillet til ministeren for sundhed og forebyggelse den 6. maj 2009.

Spørgsmål nr. 6:

"Ministeren bedes oplyse, om det forpligtende samarbejde som statsrevisorerne forventer mellem sundhedsministeren og regionerne om udviklingen af fælles it-løsninger på basis af fælles standarder og især udviklingen af den elektroniske patient journal der kan finde anvendelse på tværs af hospitaler og regioner er iværksat, og i bekræftende fald hvad er den aktuelle status på opgaven?"

Svar:

Som led i økonomaftalerne for 2007 mellem regeringen og henholdsvis Danske Regioner og Kommunernes Landsforening blev det aftalt, at etablere en tværoffentlig organisation ledet af en bestyrelse med deltagelse af staten, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening.

Formålet med denne organisation – Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (SDSD), i daglig tale Digital Sundhed – er at samle og koordinere indsatsen på området. Parterne bag SDSD offentliggjorde i fællesskab medio december 2007 en ny strategi for it i sundhedsvæsenet 2008-2012.

Af denne strategi fremgår det, at SDSD skal koordinere den fremtidige udvikling af it på hele sundhedsområdet, uanset om opgaverne varetages af staten, regionerne, kommunerne, praktiserende læger eller private sygehuse.

Strategien erkender, at det ikke er en realistisk tilgang at etablere fuldt elektroniske sammenhænge i sundhedsvæsenet på én gang og samtidig. I stedet angiver strategien en mere trinvis tilgang til over tid at få etableret hensigtsmæssige it-sammenhænge i sundhedsvæsenet.

Denne tilgang markerer et ambitionsniveau, der også er aktualiseret af, at de tidligere amters forskellige it-systemer først og fremmest skal konsolideres indenfor de enkelte regioner.

Strategiens bærende principper for den fremtidige it-udvikling i sundhedssektoren er et stærkere samarbejde gennem ledelse, styring og koordination og som sagt en mere trinvis tilgang bl.a. med hensyn til konvergens af lokale løsninger og i øvrigt overskuelige projekter og behovsbaseret udvikling med udgangspunkt i internationale standarder.

For så vidt angår standarder vil jeg nævne, at de er hensigtsmæssige som grundlag for såvel at sikre fornødne sammenhænge mellem it-løsninger som at sikre mulighed for konkurrence mellem forskellige leverandører. I den forbindelse vil jeg supplerende nævne, at fælles it-løsninger på sundhedsområdet i en del tilfælde har og

fortsat i et vist omfang vil kræve udvikling af helt nye systemer. Det følger heraf, at standardisering kan stille store krav til ressourcer og kræve lang tid til udvikling, test og implementering. Hvor sådanne forhold gør sig gældende vil rationalet i nationale initiativer omkring fælles standarder og nationale tjenester typisk først blive realiseret efter en årrække.

Det skal tilføjes, at regionerne har samstemt deres strategier på området med SDSD's nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet.

For ca. 1 år siden fremlagde SDSD på grundlag af strategien en handlingsplan med et tilknyttet økonomisk estimat på 1,1 mia. kr. Dette finansieringsbehov fandt ikke dækning ved de efterfølgende drøftelser heraf.

I stedet er der med kommissorium fra Regeringens Økonomiudvalg iværksat en analyse af sundheds-it-området med sigte på at levere indspil til økonomiforhandlingerne for 2010 og 2011. Denne analyse forløber under en styregruppe med parterne bag SDSD og med formandskab fra Finansministeriet.

Gruppen har fokus på en meget metodisk tilgang til analysen med en omfattende kortlægning og med sigte på bl.a. også at få afdækket og hjemtaget effektiviseringsgevinster ved kommende investeringer. Det er herved også tilsigtet at få grundlag for at prioritere kommende investeringer.

Det er min opfattelse, at de igangværende initiativer vil sikre et solidt grundlag for fortsatte investeringer i it-understøttelsen af sundhedsvæsenets kerneopgaver, således at en i international sammenhæng stærk dansk placering på området kan oprettholdes og gerne udbygges yderligere.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Dato: 14. maj 2009

Sags nr.: 0904440

Sagsbeh.: SUMMK / Sundhedspolitisk kontor

Dok nr.: 44357

Besvarelse af spørgsmål nr. 7 (Alm. del), som Finansudvalget har stillet til ministeren for sundhed og forebyggelse den 6. maj 2009.**Spørgsmål nr. 7):**

"Det fremgår af beretningen, at de patientadministrative systemer er kendetegnet ved ældre, egne udviklede systemer, ligesom det fremgår af beretningen, at på flere hospitaler mangler der understøtning af arbejdsgange relateret til booking. Er dette problem løst?"

Svar:

Set i international sammenhæng gælder det i alle landes sundhedsvæsener, at der findes områder, hvor it-understøttelsen af visse arbejdsgange ikke har fået fuldt gennemslag eller endnu ikke – bl.a. under hensyn til foreliggende teknologiudvikling – er prioriteret som tilstrækkelig investeringsværdig i forhold til alternativ anvendelse af investeringsmidlerne.

Det forhold, at der også på visse områder anvendes egenudviklede systemer, vil givet i en række tilfælde være udtryk for den lokale iderigdom og initiativtrang, der i et vist omfang har været forud for markedsudviklingen, og som har været medvirkende til, at Danmark i international sammenhæng er stærkt placeret på området.

Jeg henviser i øvrigt til min besvarelse af spørgsmål nr. 6, som Finansudvalget ligeledes har stillet til mig den 6. maj 2009, herunder især den igangværende sundheds-it-analyse som bl.a. skal give grundlag for at prioritere og udløse økonomi til kommende it-investeringer på sundhedsområdet.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Dato: 14. maj 2009

Sags nr.: 0904440

Sagsbeh.: SUMMK / Sundhedspolitisk kontor

Dok nr.: 44356

Besvarelse af spørgsmål nr. 8 (Alm. del), som Finansudvalget har stillet til ministeren for sundhed og forebyggelse den 6. maj 2009.

Spørgsmål nr. 8:

"Det fremgår af beretningen, at det kliniske område er præget af umoden teknologi og at der er arbejdsgange, der ikke er IT understøttede. Er dette problem løst og hvis ikke hvornår vil problemet blive løst?"

Svar:

Jeg henviser til min besvarelse af spørgsmål nr. 7, som Finansudvalget ligeledes har stillet til mig den 6. maj 2009.

Jeg bemærker i øvrigt, at den teknologiske udvikling til stadighed skaber nye muligheder med den følge, at ingen it-understøttelse af arbejdsgange er endelig "løst".

Der skal i den sammenhæng jo også foretages en afvejning mellem fordele ved ibrugtagning af nyere teknologi og en passende afskrivning af tidligere frontteknologi.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Dato: 14. maj 2009

Sags nr.: 0904440

Sagsbeh.: SUMMK / Sundhedspolitisk kontor

Dok nr.: 44351

Besvarelse af spørgsmål nr. 9 (Alm. del), som Finansudvalget har stillet til ministeren for sundhed og forebyggelse den 6. maj 2009.**Spørgsmål nr. 9:**

"Rigsrevisionen finder, at regionerne bør afsøge markedet for at finde velafprøvede IT løsninger, som bygger på standard løsninger til virksomhedsstyring. Er dette sket?"

Svar:

Baggrunden for anbefalingen i spørgsmålet er, at Rigsrevisionen ved undersøgelsen har erfaret, at området for sygehusadministration internt i regionerne understøttes af en række forskellige systemer indenfor økonomi, løn og indkøb m.v.

Disse forhold er i nogen grad en følge af regionsdannelsen, hvor den enkelte region kommer til at fremstå med mange forskellige it-systemer, som de blev overtaget fra de tidligere amter, jf. også min besvarelse af spørgsmål nr. 5, som Finansudvalget ligeledes har stillet til mig den 6. maj 2009.

Som det også fremgår af min besvarelse af spørgsmål nr.5 har disse forhold givet regionerne en række udfordringer med konsolidering af de sammenbragte systemer mod færre og mere sammenhængende systemer.

Jeg er enig i, at det i dette forløb vil være naturligt, at regionerne som en del af konsolideringsprocessen afsøger markedet for velafprøvede it-løsninger på området, når bedre funktionalitet ved nyere teknologi og afskrivningsforhold m.v. peger mod nyanskaffelser.

Folketingets Finansudvalg har den 12. maj 2009 stillet følgende spørgsmål nr. 10 (§16 Alm. del) til ministeren for sundhed og forebyggelse, som hermed besvares.

Spørgsmål nr. 10:

'Sundhedsministeren bedes generelt forholde sig til den kritik der er rejst af statsrevisorerne i beretning nr. 3/2007, samt oplyse hvilke initiativer kritikken har givet anledning til.'

Svar:

Som nævnt i min redegørelse til Statsrevisorerne af 5. februar 2008 har jeg overordnet taget kritikken af den manglende ajourføring og forsinkede modernisering til efterretning. Forvaltningen af Cancerregisteret har ikke i alle henseender været tilfredsstillende i den undersøgte periode.

Som opfølgning på kritikken udarbejdede Sundhedsstyrelsen en klar plan for afslutningen af Cancerregisterets ajourføring og modernisering. Planen omfattede en række milepæle samt udarbejdelse af offentlige statusrapporter hver tredje måned frem til projektets afslutning i oktober 2008, som blev fremsendt til Folketingets Sundhedsudvalg.

Desuden modtog Sundhedsstyrelsens direktion og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse hver måned en status for fremdriften i projektet, ligesom en nedsat opfølgningsgruppe med repræsentanter fra ministeriet og Sundhedsstyrelsen fulgte projektet tæt.

Som yderligere opfølgning har status for Cancerregisteret været et fast punkt på ministeriets concernledelsesmøder. Dette er fortsat tilfældet.

Med venlig hilsen

Jakob Axel Nielsen / Anders Jørgen Jensen

Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K
Tlf. +45 7226 9000
Fax. +45 7226 9001
E-mail sum@sum.dk
Hjemmeside www.sum.dk

Dato: 20. maj 2009
Sags nr.: 0904589
Sagsbeh.: SU-
MAJJ/Sundhedsstatistik
Dok nr.: 47752

Folketingets Finansudvalg har den 12. maj 2009 stillet følgende spørgsmål nr. 11 (§16 Alm. del) til ministeren for sundhed og forebyggelse, som hermed besvares.

Spørgsmål nr. 11:

'Statsrevisorerne finder det yderst kritisabelt, at formålet med overtagelsen af Cancerregisteret endnu ikke er opnået til trods for at det snart er 11 år siden Sundhedsministeriet overtog opgaven. Hvad er den aktuelle status efter kritikken?'

Svar:

Moderniseringen og ajourføringen af Cancerregisteret blev afsluttet med udgivelsen af årgangene 2005 og 2006 i oktober 2008. Dermed er registeret fuldt ajourført til og med 2006.

Det moderniserede Cancerregister er baseret på automatisk behandling af elektroniske indberetninger til en række registre i Sundhedsstyrelsen, særligt Landspatientregisteret. Dermed undgås den ressourcetunge og tidskrævende manuelle behandling af papirbaserede indberetninger, som kendetegnede det gamle Cancerregister. Det betyder, at registeret fremover vil blive opdateret hurtigere. Samtidigt har overgangen til den elektroniske indberetning betydet, at sygehusenes dobbeltregistrering af kræfttilfælde har kunnet afskaffes.

Det moderniserede register har en internationalt set meget høj grad af dækning og kvalitet. For det første bliver forskellige oplysninger om den enkelte patients kræfttilfælde valideret via samkørsel af de relevante registre i Sundhedsstyrelsen. For det andet giver den elektroniske indberetning mulighed for fejlretning, allerede mens lægen/sekretæren udfylder indberetningen. Dermed undgås mange af de typiske fejl, der ses i de papirbaserede indberetninger.

Sundhedsstyrelsen har som led i konsolideringen af det moderniserede Cancerregister igangsat et valideringsprojekt af Cancerregisteret i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse. Projektet forventes afsluttet ultimo 2009. Valideringsprojektet inddrager også de kliniske kvalitetsdatabaser på området. Formålet med projektet er at sikre den bedst mulige datakvalitet i Cancerregisteret, ikke mindst af hensyn til den registerbaserede kræftforskning.

Cancerregisteret 2007 offentliggøres juni 2009, mens fremtidige årgange herefter i fast kadance offentliggøres ved udgangen af det efterfølgende år. Sundhedsstyrelsen oplyser således, at f.eks. Cancerregisteret 2008 vil foreligge ved udgangen af 2009. Cancerregisteret vil dermed også have en høj international standard, hvad angår hurtighed i opdatering.

Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K
Tlf. +45 7226 9000
Fax. +45 7226 9001
E-mail sum@sum.dk
Hjemmeside www.sum.dk

Dato: 20. maj 2009
Sags nr.: 0904589
Sagsbeh.: SU-
MAJJ/Sundhedsstatistik
Dok nr.: 47764

Med venlig hilsen

Jakob Axel Nielsen / Anders Jørgen Jensen

Folketingets Finansudvalg



Folketingets Finansudvalg har den 12. maj 2009 stillet følgende spørgsmål nr. 12 (§16 Alm. del) til ministeren for sundhed og forebyggelse, som hermed besvares.

Spørgsmål nr. 12:

'Hvilke årgange mangler at blive registreret i Cancerregisteret siden overtagelsen?'

Svar:

Jeg henholder mig til besvarelsen af spørgsmål nr. 11

Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K
Tlf. +45 7226 9000
Fax. +45 7226 9001
E-mail sum@sum.dk
Hjemmeside www.sum.dk

Dato: 20. maj 2009
Sags nr.: 0904589
Sagsbeh.: SU-
MAJJ/Sundhedsstatistik
Dok nr.: 47769

Med venlig hilsen

Jakob Axel Nielsen / Anders Jørgen Jensen

Folketingets Finansudvalg har den 12. maj 2009 stillet følgende spørgsmål nr. 13 (§16 Alm. del) til ministeren for sundhed og forebyggelse, som hermed besvares.

Spørgsmål nr. 13:

'Hvad har den manglende registrering haft af konsekvenser for kræftbehandlingen i Danmark?'

Svar:

Cancerregisteret er et centralt register, fordi det indeholder validerede oplysninger om alle nye kræfttilfælde i Danmark, hvad angår tilfældenes type, grad og udbredelse på diagnosetidspunktet, helt tilbage til 1943. Oplysningerne ligger i bearbejdet form i registeret og er derfor lettilgængelige for forskere.

Kræftdata til brug for planlægning og overvågning af kræftindsatsen kan dog også hentes fra andre registre end Cancerregisteret, særligt Landspatientregisteret. Sundhedsstyrelsen skønner, at ca. 90 pct. af kræfttilfældene i Cancerregisteret stammer fra Landspatientregisteret.

Ved udarbejdelsen af Kræftplan II i 2005 blev der f.eks. brugt en sygehusbaseret overlevelsesstatistik for kræft med helt aktuelle tal for 2004. Statistikken er baseret på Landspatientregisteret og omfatter følgelig kræftpatienter, der har været i kontakt med sygehusvæsenet.

Desuden vil jeg fremhæve løbende rapporter fra Klinisk Epidemiologisk Afdeling på Århus Universitetshospital som et andet godt eksempel på overvågning af kræftbehandlings effekt uden brug af Cancerregisteret. Rapporterne omhandler kort- og langtids-overlevelsen efter indlæggelse for 10 udvalgte kræftsygdomme i Region Midtjylland og Nordjylland. Analysen i rapporterne er baseret på Landspatientregisteret (LPR) og kaldes derfor LPR-modellen. Den seneste rapport er fra december 2008 og omhandler overlevelsen i perioden 1996-2007.

Der findes desuden en række gode eksempler på aktuelle, publicerede forskningsresultater på kræftområdet, som udelukkende er baseret på Landspatientregisteret og de lokale patientadministrative systemer.

Afslutningsvist kan jeg oplyse, at der generelt er sket et fald i kræft dødeligheden i de senere år, jf. besvarelsen af spørgsmål nr. 14 (§16 alm. del), ligesom 1-års overlevelsen efter sygehusbehandling er forbedret for en række udbredte kræftformer i regeringsperioden.

Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K
Tlf. +45 7226 9000
Fax. +45 7226 9001
E-mail sum@sum.dk
Hjemmeside www.sum.dk

Dato: 20. maj 2009
Sags nr.: 0904589
Sagsbeh.: SU-
MAJJ/Sundhedsstatistik
Dok nr.: 47770

Med venlig hilsen

Jakob Axel Nielsen / Anders Jørgen Jensen

Folketingets Finansudvalg

Folketingets Finansudvalg har den 12. maj 2009 stillet følgende spørgsmål nr. 14 (§16 Alm. del) til ministeren for sundhed og forebyggelse, som hermed besvares.

Spørgsmål nr. 14:

'Hvad kan ministeren oplyse om antal kræftdøde opgjort for hver kræftsygdom siden overtagelsen af Cancerregisteret opgjort for hver kræftsygdom?'

Svar:

Sundhedsstyrelsen overtog ansvaret for Cancerregistret i 1997.

Af tabel 1 fremgår antal dødsfald pr. 100.000 indbyggere fordelt på kræftformer i 1995 samt perioden 2000-2007. Aldersstandardiseringen af tallene muliggør sammenligning mellem årene.

Som det ses er der generelt tale om faldende kræftdødelighed. Denne udvikling er sket på trods af, at antallet af nye kræfttilfælde samtidigt er steget.

Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K
Tlf. +45 7226 9000
Fax. +45 7226 9001
E-mail sum@sum.dk
Hjemmeside www.sum.dk

Dato: 20. maj 2009
Sags nr.: 0904589
Sagsbeh.: SU-
MAJ/Sundhedsstatistik
Dok nr.: 47764

Tabel 1. Aldersstandardiserede rater af dødsfald for mænd og kvinder pr. 100.000 indbyggere, med befolkningen i 2000 som standard

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007*
Kræft i læbe mundhule og svælg	4,9	5,8	5,2	5,3	5,8	5,1	5,7	5,3	5,7
Kræft i spiserør	6,6	7,7	7,4	8	6,9	7,5	7,1	7,0	6,9
Kræft i mavesæk	9,3	6,9	7,7	6,4	7,3	6,6	7,3	6,7	6,9
Kræft i tyktarm	28,4	27,7	26,9	26,5	26	25,2	26,7	26,6	23,6
Kræft i endetarm	11,2	10,6	11,5	9,6	9,5	10,2	9,3	10,0	8,5
Kræft i endetarmsåbning (ekskl. hud)	0,4	0,3	0,6	0,4	0,4	0,5	0,3	0,3	0,3
Kræft i lever og intrahepatiske galdeveje	5,7	4,8	5,1	4,3	4,6	4,2	5,8	5,5	4,6
Kræft i bugspytkirtel	13,6	14,9	13,8	12,9	13,6	14,6	14,3	14,8	15,3
Kræft i næsehule mellemøre og bihuler	0,4	0,5	0,4	0,5	0,2	0,6	0,4	0,2	0,5
Kræft i strubehoved	2,5	2,4	1,7	2,3	1,9	2	1,9	1,8	2,0
Kræft i luftrør bronkie lunge	67,7	64,3	64	61,3	62,7	65,3	64,4	66,7	60,2
Kræft i lungehinder	1,2	1,0	0,8	1,2	0,8	0,9	0,6	1,0	0,9
Kræft i knogler og ledbrusk	0,6	0,5	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,7	0,5
Ondartet modermærkekraft i hud	4,2	4,0	4,4	3,8	4,2	3,9	4,2	4,1	4,1
Kræft i bryst	29,0	25,1	25	25,8	23,6	23,1	22,8	22,2	21,9
Kræft i livmoderhals	3,4	2,7	2,8	2,1	2,6	2,6	2,5	1,9	2,4
Kræft i andre dele af livmoderen	4,3	3,4	3,1	3,4	3,5	3,1	3,1	3,3	3,1
Kræft i æggestok og nærliggende strukturer	8,7	8,7	8,3	8	7,8	7,4	7,2	7,5	6,5
Kræft i blærehalskirtel	20,0	20,3	21	21,2	19,7	20,4	20,1	21,1	19,3
Kræft i testikel	0,5	0,4	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2
Kræft i nyre (excl. nyrebækken)	6,5	6,9	6,8	5	5,7	5,7	6,2	5,6	5,1
Kræft i urinblære	11,9	11,3	10,4	9,3	10,6	10,7	9,8	9,8	8,2
Kræft i andre dele af urinveje	0,7	0,8	0,7	1	0,9	0,7	0,7	0,6	0,9
Kræft i hjernen, hjernehinder og andre dele af centralnervesystemet	6,2	6,6	6,6	6,4	7	6,6	6,2	7,3	6,6
Kræft i skjoldbruskkirtlen	0,5	0,7	0,5	0,6	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6
Kræft i lymfatisk væv	13,0	11,5	12,7	11	11,5	10,3	10,5	10,9	10,6
Leukæmi	9,6	8,5	7,7	9	7,5	7,9	8,4	7,7	9,0
Anden og ikke specificeret kræft i lymfatisk og bloddannende væv	0,1	0,1	-	0,4	0,2	0,4	0,2	0,1	0,1
Kræft i andre og uspecificerede lokalisationer og kræft uden specifikation	32,0	31,6	31,4	29,4	27,6	28,9	27,1	27,0	32,4
Kræft i alt	303,4	290,0	287,1	276,1	273,5	275,9	274,2	276,6	266,9

Kilde: Dødsårsagsregisteret, Sundhedsstyrelsen.

*Foreløbige tal.

Med venlig hilsen

Jakob Axel Nielsen / Anders Jørgen Jensen

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Dato: 20. maj 2009
Sags nr.: 0904594
Sagsbeh.: SUMIHO / Sundhedsdriftskontoret
Dok nr.: 47233

Besvarelse af § 16 spørgsmål nr. 15, som Folketingets Finansudvalg har stillet til ministeren for sundhed og forebyggelse den 12. maj 2009.

Spørgsmål 15:

"Med en viden om kræft dødsårsag for brystkræftpatienter, ville regionerne så have fremskyndet screeningen af brystkræftpatienter, og hvor mange brystkræftpatienter er døde som følge af den sene igangsætning af brystkræftscreeningen?"

Svar:

Sundhedsstyrelsen har i 1997 anbefalet, at kvinder i alderen 50 til 69 år tilbydes brystundersøgelse hvert andet år med henblik på at opdage eventuel sygdom på et tidligt tidspunkt og dermed reducere risikoen for at dø af brystkræft

På den baggrund blev det i 1999 besluttet at screene for brystkræft ved at tilbyde mammografiundersøgelse hvert andet år til kvinder, som er mellem 50 og 69 år.

En redegørelse fra Sundhedsstyrelsen viste imidlertid, at der ikke i 1999 var den nødvendige kapacitet af udstyr eller personale til at gennemføre et tilbud om regelmæssige brystundersøgelser på landsplan. Sundhedsstyrelsen vurderede, at det ville tage ca. 10 år, før personalekapaciteten er forøget i et tilstrækkeligt omfang til, at tilbud om regelmæssige brystundersøgelser kunne indføres i samtlige amter.

Derfor blev sundhedsministeren bemyndiget til at fastsætte nærmere regler om, hvornår forpligtelserne til at tilbyde brystundersøgelser skulle have virkning. Iværksættelsen skete som forventet successivt i de enkelte amter/regioner, men ifølge bemærkningerne til lovforslaget skulle tilbuddet være landsdækkende senest i år 2010.

Med aftalen mellem regeringen og Dansk Folkeparti om forbedring af behandlingen af kræft fra 2005 blev der imidlertid truffet aftale om at iværksætte tiltag med henblik på at fremrykke tidsfristen for indførelse af landsdækkende screening for derved at opprioritere Sundhedsstyrelsens anbefaling til gavn for patienterne. For at imødekomme de kapacitetsmæssige udfordringer blev der i den forbindelse afsat en pulje til projekter, der kan tilvejebringe yderligere eller forbedre udnyttelsen af den eksisterende kapacitet.

Tidsfristen for indførelse af det landsdækkende screeningstilbud blev rykket frem til udgangen af 2007, således at regionerne skal have afsluttet 1. screeningsrunde inden udgangen af 2009.

På baggrund af ovenstående mener jeg ikke, der er belæg for at sige, at brystkræftscreeningen er sent igangsat. Dertil kommer, at beslutningen om indførelse af screening blev truffet i 1999 på grundlag af Sundhedsstyrelsens faglige anbefaling.

Indførelsen af tilbuddet i de enkelte amter, siden regioner, har beroet på kapacitetsmæssige spørgsmål, ikke den nærmere udvikling i dødeligheden for brystkræft.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Dato: 20. maj 2009

Sags nr.: 0904594

Sagsbeh.: SUMIHO / Sundhedsdriftskontoret

Dok nr.: 47239

Besvarelse af § 16 spørgsmål nr. 16, som Folketingets Finansudvalg har stillet til ministeren for sundhed og forebyggelse den 12. maj 2009.

Spørgsmål 16:

"Sundhedsministeren bedes generelt forholde sig til den kritik, der er rejst af statsrevisorerne i beretning nr. 5/2007, samt oplyse hvilke initiativer kritikken har givet anledning til."

Svar:

1. Jeg har ved flere lejligheder redegjort for mine synspunkter i anledning af beretning nr. 5/2007 om maksimale ventetider på kræftbehandling, som Rigsrevisionen i december 2007 afgav til statsrevisorerne. Den 16. januar 2008 overfor sundhedsudvalget i forbindelse med min besvarelse af udvalgets samrådsspørgsmål G-I og den 26. februar 2008 har jeg endvidere besvaret Finansudvalgets spørgsmål § 16 nr. 2-9 om sagen. Min tale fra samrådet i sundhedsudvalget vedlægges til Finansudvalgets orientering og jeg henviser hertil. For en god ordens skyld vil jeg dog kort resumere min holdning til beretningen.

Indledningsvis vil jeg vedrørende Sundhedsstyrelsens sagsbehandling af sager efter reglerne om maksimale ventetider medgive, at Sundhedsstyrelsens sagsbehandling - som angivet i Sundhedsstyrelsens egen redegørelse herom fra november 2006 - har været kritisabel.

Sundhedsstyrelsen har som konsekvens heraf etableret en særlig visitationsenhed til behandling af patientsager i relation til bekendtgørelse nr. 1749 af 21. december 2006 om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme m.v. Styrelsen har desuden udarbejdet retningslinjer for styrelsens sagsbehandling af henvendelser efter bekendtgørelsens § 10. I resultatkontrakterne mellem Ministeriet og styrelsen for 2007 og 2008 stilles der krav til Sundhedsstyrelsens sagsbehandling efter bekendtgørelsen. I kontrakten for 2009 er der fastsat klare mål for sagsbehandlingen.

Dernæst vil jeg slå fast, at et ministerium efter gældende ret ikke på ulovbestemt grundlag har pligt til detaljeret overvågning og registrering af alle de rettigheder og forskrifter, der findes i den samlede lovgivning, herunder på kræftområdet bl.a. i bekendtgørelsen om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme m.v. Som det også fremgår af beretningen, har mit ministerium generelt overvåget, at lovgivningen under ministeriets ressort i almindelighed blev overholdt. Det er sket gennem kræftstyregruppen og ved overvågning af ventetider, sådan som de opgøres i sygehusvæsenet og endelig gennem sagsbehandling af henvendelser til ministeriet om konkrete sagsforløb, herunder i nogle tilfælde med indskærpelser over for de relevante amter til følge. Denne generelle overvågning er naturligvis opretholdt.

En eventuel ubalance mellem detaljerede regler og ikke-detaljeret overvågning kan efter min mening ikke begrunde nye overvågnings- og registreringssystemer. Derimod vil jeg naturligvis anerkende, at Folketingets behov for oplysninger kan begrunde en overvågning af efterlevelsen af reglerne på kræftområdet - også selvom ministeriet ikke i medfør af lovgivningen har en pligt hertil.

På den baggrund blev der med aftalen om akut handling og klar besked taget initiativ til etablering af en omhyggelig monitorering af pakkeforløbene.

Monitoreringen af pakkeforløbene ligger i forlængelse af den monitorering, der primo 2007 blev besluttet iværksat på stråleområdet som led i arbejdet i Task Force vedr. Strålebehandling. Strålecentre skal dokumentere, hvorvidt de overholder reglerne om maksimale ventetider i forhold til, om patienter, der ikke kunne behandles inden for fristen på eget strålecenter, fik tilbud om behandling andetsteds inden for den maksimale ventetid. Strålecentre indberetter disse informationer til Sundhedsstyrelsen.

Over for Sundhedsudvalget har jeg ligeledes tilkendegivet, at jeg på bedst mulig vis vil søge at imødekomme Folketingets behov for oplysninger om udviklingen på kræftområdet ved, at jeg i forbindelse med fremsættelse af forslag til nye regler på kræftområdet i bemærkningerne til forslaget vil give Folketinget indseende i, hvilken overvågning af de nye regler, der eventuelt kan forventes. Det har imidlertid endnu ikke været relevant at indfri dette løfte, men løftet står naturligvis fortsat ved magt.

For så vidt angår beretningens bemærkninger vedrørende ministeriets forvaltning af tilskudspuljer afsat til at øge kapaciteten vedrørende kræftbehandling medgiver jeg, at dele af ministeriets forvaltning - opfølgningen på projekterne - har været mangelfuld. På baggrund af beretningen er ministeriet blevet mere opmærksom på at definere effektmål, der både giver det fornødne grundlag for ministeriets opfølgende vurdering af projektet og samtidig er overkommelige for tilskudsmodtager at indberette.

Rigsrevisionen har i notat af 8. maj 2008 til statsrevisorerne angivet, at man samlet er tilfreds med min redegørelse af 16. april 2008, hvori ovennævnte synspunkter og initiativer fremgår. Sagen er ligeledes afsluttet af statsrevisorerne den 21. maj 2008.

Besvarelse af spørgsmål § 16 nr. 17 (Alm. del), som Finansudvalget har stillet til ministeren for sundhed og forebyggelse den 12. maj 2009

Spørgsmål 17:

Beretningen omhandler maksimale ventetider, som ikke blev overholdt. På den baggrund bedes ministeren fremsende en aktuel status som redegør for, i hvilket omfang de maksimale ventetider for kræftbehandling blev overholdt i de fire første måneder af 2009, samt i hvilket omfang de maksimale ventetider ikke blev overholdt.

Svar:

Der findes endnu ikke tal for de realiserede ventetider for de første fire måneder af 2009. Derfor anvendes de forventede ventetider til den efterspurgte status.

De forventede ventetider kan ikke anvendes til dokumentere om, hvorvidt de maksimale ventetider er blevet overholdt for den enkelte patient. De kan dog give en indikation af afdelingernes muligheder for at overholde de lovgivne maksimale ventetider.

I nedenstående tabel vises de gennemsnitlige forventede ventetider for 2006, 2007, 2008 og de fire første måneder af 2009. Desuden anføres den tilhørende lovgivne maksimale ventetid.

Fremadrettede forventede ventetider målt i uger for kræftpatienter

	Maksimal ventetid	2006	2007	2008	2009			
					Jan.	Feb.	Mar.	Apr.
Operation - inkl. ventetid til forundersøgelse	4 uger ¹	3,8	3,7	3,2	2,9	2,7	2,7	2,6
Kemoterapi ²	2-4 uger	2,3	2,7	2,4	2,4	2,3	2,6	2,7
Strålebehandling	4 uger	6,0	4,4	3,9	3,4	3,4	3,6	3,2

I 2006, 2007 og 2008 udtrykker den anførte ventetid den gennemsnitlige forventede ventetid for det pågældende år.

I 2009 udtrykker den anførte ventetid den gennemsnitlige forventede ventetid for den pågældende måned. Kilde:

www.venteinfo.dk

¹Såvel for forundersøgelse som operation er den maksimale ventetid fastsat til 2 uger – i alt 4 uger.

²For så vidt angår kemoterapi er der forskellige lovgivne ventetider alt efter om der er tale om primær behandling eller efterbehandling. Til primær behandling er den maksimale ventetid således to uger, mens den til efterbehandling er fire uger.

I forlængelse heraf kan det oplyses, at de forventede ventetider udtrykker sygehusenes vurdering af, hvor lang tid den ukomplicerede patient maksimalt kommer til at vente. Dette skal ses i lyset af, at de forventede ventetider bl.a. er et instrument i forhold til fritvalgsordningen med det formål at hjælpe til, at patienterne søger derhen, hvor der er ledige ressourcer.

Det vil således ofte forekomme, at patienter i praksis oplever en kortere ventetid i deres forløb.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Dato: 20. maj 2009

Kontor: Sundhedsdriftskontoret

J.nr.:

Sagsbeh.: lab

Fil-navn: Svar FIU § 16 spm. 18

Besvarelse af § 16 spørgsmål 18, som Folketingets Finansudvalg har stillet til ministeren for sundhed og forebyggelse den 12. maj 2009.

Spørgsmål 18:

”Af beretningen fremgår de maksimale ventetider, men ikke hvor lang tid f.eks. en forundersøgelse må vare, ministeren bedes derfor oplyse, hvor lang tid forundersøgelserne varer opgjort i uger/deciler.”

Svar:

I statsrevisorernes beretning refereres til bekendtgørelse nr. 1749 af 21. december 2006 om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme m.v. Bekendtgørelsen foreskriver, hvor lang tid der maksimalt må gå til påbegyndelse af de forskellige dele af forløbet. I forhold til forundersøgelse fremgår, at der maksimalt må gå 2 uger til forundersøgelse fra den dato, hvor sygehuset har modtaget lægehenvi-
sning til forundersøgelse, til den dato sygehuset har tilbudt at påbegynde forundersøgelse, med mindre hensynet til patientens helbredstilstand tilsiger noget andet. Såfremt regionen ikke kan overholde denne tidsfrist, har regionen pligt til at tilbyde patienten henvisning til et sygehus i en anden region, et privat sygehus her i landet eller et sygehus i udlandet, som kan tilbyde udredning inden for den fastsatte maksimale ventetid, såfremt et sådant tilbud kan tilvejebringes.

For bl.a. at sikre patienterne hurtigere forløb, end bekendtgørelsen foreskriver, indgik regeringen og Danske Regioner den 12. oktober 2007 aftale om gennemførelsen af målsætningen om akut handling og klar besked. I forlængelse af aftalen er der i 2008 udarbejdet og indført pakkeforløb for alle kræftformer omfattet af aftalen.

Formålet med pakkeforløb er at sikre patienter med begrundet mistanke om kræft eller en kræftdiagnose behandling af høj faglig kvalitet uden unødigt ventetid og med klar besked undervejs i forløbet. Pakkeforløbene er tilgængelige på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (www.sst.dk).

Pakkeforløbene indeholder tidsangivelser for hvor hurtigt forløbet – herunder udredningen – kan gennemføres, når der alene medtages tid til gennemførelse af undersøgelser, analyser af prøver og vurdering af svar samt information og inddragelse af patienten. Tiderne er fastsat ud fra den målsætning, at der ikke skal være unødigt ventetid i forløbet. Der er forskel på hvilke undersøgelser, der indgår i udredningen og behandlingen af de forskellige kræftformer, hvorfor der er udarbejdet pakkeforløb for hver kræftform – 34 i alt.

Der er patienter, som ikke kan følge et standardudredningsforløb. Det kan bl.a. skyldes, at patienten har andre sygdomme, at primærtumoren ikke umiddelbart kan findes, eller at der sker tilbagefald af sygdommen efter endt behandling. Selv om

disse patienters forløb ofte – af faglige grunde – vil blive længere end de angivne tider, er målsætningen, at også disse patienter sikres udredning og behandling uden unødigt ventetid.

Pakkeforløbene er ved at blive lagt i en ny skabelon, for at gøre dem mere læsbare i forhold til sproget. Samtidig er der i samarbejde med klinikerne sket en revision af tidsforløbene, for at sikre en mere ensartet forløbstid til identiske undersøgelser o. lign. på tværs af kræftformer, sikre kvalitet af den sundhedsfaglige indsats og sikre nødvendig tid til at inddrage patientens forventninger og behov i forløbet. Pakkeforløb i ny skabelon offentliggøres løbende på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, og arbejdet vil være afsluttet medio 2009.

I forbindelse med indførelse af pakkeforløb er der indført et monitoreringssystem, som gør det muligt at følge tidsforløbet i pakkerne. Monitoreringssystemet er primært udviklet som et ledelsesværktøj, som giver mulighed for løbende at trække forløbsdata på både lokalt og nationalt niveau. Derudover er valgt at publicere data fra monitoreringssystemet. Data for 2.-4. kvartal 2008 blev offentliggjort den 29. april 2009 og indeholder forløbsdata for de fire første pakkeforløb (hovedhalskræft, brystkræft, lungekræft og tarmkræft), som har været indført siden den 1. april 2008. Folketingets Sundhedsudvalg er med brev af 29. april 2009 blevet orienteret om offentliggørelsen, som viser, at datakvaliteten fortsat skal forbedres – jf. bilag. Dette var forventeligt i forbindelse med så ambitiøs en monitoreringsmodel, og der arbejdes målrettet på de nødvendige forbedringer. Data skal derfor fortolkes varsomt, og der kan ikke konkluderes håndfast på status for pakkeforløbene på baggrund af data. Publikationen vil løbende blive offentliggjort suppleret med forløbsdata for de øvrige pakkeforløb, hvilket Sundhedsudvalget er orienteret om.

Indtil monitoreringssystemet er fuldt oppe af køre for alle pakkeforløb, indberetter regionerne kvartalsvis status for efterlevelse af pakkeforløbene til Danske Regioner. Her er det muligt at følge, om sygehusene efterlever pakkeforløbenes målsætninger – herunder udredning uden unødigt ventetid. Den seneste status blev offentliggjort på Danske Regioners hjemmeside den 29. april 2009 og viser, at man langt de fleste steder overholder de udredningstider, som er angivet i pakkeforløbene. Udover regionernes angivelse af efterlevelse af forløbstid indeholder statusindberetningen også information om efterlevelsen af andre centrale dele af pakkeforløbsindsatsen som eks. forløbskoordinering, kontaktperson og multidisciplinære teams. Sundhedsudvalget har fået den seneste statusindberetning oversendt til orientering.

Med indførelsen af pakkeforløb er der således blevet sat standarder for, hvor hurtigt udredningen af de enkelte kræftformer kan tage, og der er indført systemer, som gør det muligt at følge efterlevelsen heraf.