

Sundheds- og Ældreministeriet

Enhed: SPOLD  
Sagsbeh.: DEPLCHR  
Koordineret med:  
Sagsnr.: 1803494  
Dok. nr.: 601034  
Dato: [Brevdato]

## TALEPAPIR

Det talte ord gælder

[Sundheds- og Ældreudvalget den 19. april 2018 kl. 15-16]

### Samråd om brystkræftscreening

*Samrådspørgsmål BC:*

*Ministeren bedes redegøre for, hvilke nye tiltag regeringen agter at tage for at sikre, at kvinders lovfæstede ret til at blive screenet for brystkræft hvert andet år, når de er mellem 50 og 69 år, bliver overholdt?*

*Samrådspørgsmål BD:*

*Ministeren bedes redegøre for, hvordan situationen ser ud på tværs af landet, når det kommer til overskridelse af ventetiderne på brystkræftscreeninger, herunder hvordan kapaciteten på tværs af landet er tilpasset opgaven?*

Tak til Flemming Møller Mortensen for de to spørgsmål, som jo, som spørgeren siger, både forholder sig til konkrete sager, der kører ved domsstolssystemet og vores samlede screeningsprogram.

Jeg vil kort indlede med nogle tal for at vise vigtigheden af screeningsprogrammet for brystkræft.

Danmark har en høj hyppighed af brystkræft ligesom andre vestlige lande. Hvert år får cirka 4.600 kvinder konstateret brystkræft, og omkring 1.100 dør af sygdommen.

En gennemgang af evidensen på området udarbejdet af U.S. Preventive Services Task Force i 2016 viste, at mammografi-screening kan reducere dødeligheden af brystkræft med ca. 22 pct. blandt kvinder i aldersgruppen 50-69 år, hvis man ser på alle inviterede.

Omregnet til faktiske tal betyder det, at hvis 10.000 kvinder i alderen 50-69 år følges i et screeningsprogram for brystkræft i 10 år, vil 13 ud af 58 kvinder undgå at dø af brystkræft, og det viser vigtigheden af de screeningsprogrammer, vi har i Danmark.

Men selvom vi har en høj hyppighed af brystkræft, så er det også sådan, at i Danmark lever mere end 88 pct. af kvinderne fem år eller længere efter diagnosen.

Og overlevelsen efter brystkræft har været stigende siden 2001-2003 - fra 81 pct. til 88 pct. i 2013-2015.

Der er selvfølgelig ikke tale om, at den stigende overlevelse udelukkende skyldes brystkræftscreeningsprogrammet. En lang række andre faktorer har også haft betydning for den forbedrede overlevelse, specielt de bedre behandlingsmetoder, som er udviklet over årene.

Men vi ved jo alle, at jo tidligere man finder kræftsygdommen, jo større er chancen for helbredelse. Derfor er brystkræftscreeningsprogrammet vigtigt – og det skal fungere.

Jeg vil gerne understrege, at det er selvfølgelig er helt afgørende, at loven overholdes, og at alle kvinder inviteres til at deltage i screeningsprogrammet for brystkræft - og at der følges op på screeningsresultaterne.

I forhold til de konkrete spørgsmål vil jeg starte med spørgsmål BD om redegørelse for ventetider og kapacitet - og derefter spørgsmål BC om regeringens tiltag.

I forhold til ventetid kan jeg oplyse, som det også fremgår af min besvarelse af SUU alm. del. 616, at screening for brystkræft ikke er omfattet af fx reglerne om maksimale ventetider eller de almindelige udrednings- og behandlingsrettigheder. Derfor opgøres de heller ikke på samme måde.

Det fremgår af Sundhedslovens § 85, stk. 1, at personer mellem 50 og 69 år, der har kvindeligt brystvæv, har ret til brystundersøgelse hvert andet år i bopælsregionen.

Det er ikke nærmere defineret i lovgivningen, hvornår dette er overholdt. Der er i Danish Breast Cancer Groups kliniske retningslinjer for mammografi-screening fastsat en kvalitetsstandard for rettidig invitation på 2 år +/- 3 måneder.

Data vedr. kræftscreeningsprogrammet for brystkræft registreres i dag i regionale databaser. Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening (DKMS) henter data fra de lokale invitationsdatabaser, Patobanken, CPR-registeret samt Landspatientregisteret, og udgiver en årlig rapport med et bredt spektrum af kvalitetsindikatorer. Det fremgår af årsrapporten for 2017, (som giver information om 3., 4. og halvdelen af screeningsrunde 5), at 90,4 pct. af screeningspopulationen på landsplan gen-inviteres inden for den fastsatte kvalitetsstandard på 2 år +/- 3 måneder. Det fremgår også, at der er sket en markant forbedring over de seneste runder.

Det fremgår også af årsrapporten, at 98,7 pct. af screeningspopulationen gen-inviteres inden for standarden fra European Guidelines, som er på 2 år +/- 6 måneder.

I forhold til kapacitet har regionerne, som det fremgår af min besvarelse af SUU alm. del 620, oplyst, at man ikke for nuværende er udfordret af manglende kapacitet.

Som en del af min besvarelse af SUU alm del. 615 fremgår det også, at Danske Regioner har oplyst, at:

Brystkræftscreening er en integreret del af de radiologiske afdelinger, og personalet indgår også i andre opgaver på afdelingerne. Personalet kan flyttes mellem de forskellige funktioner afhængig af ressourcebehov. Det er derfor vanskeligt præcist at opgøre antallet af stillinger i brystkræftscreeningen.

Regionerne oplyser også, at der generelt ikke er ledige stillinger i forbindelse med arbejdet med at foretage og vurdere brystkræftscreeninger.

Endelig fremgår det af min besvarelse af SUU alm. del 619, at antallet af invitationer til screening for brystkræft har svaret til det forventede. Der er en generel stigende tendens i screeningspopulationens størrelse, hvilket primært skyldes ændringer i demografien.

Det fremgår også, at samtlige regioner planlægger kapaciteten. Dette sker bl.a. ved at overvåge fremdriften i de enkelte screeningsrunder og planlægge efter summen af kvinder i screeningspopulationen. Der er i regionerne eksempler på, at der er tilvejebragt yderligere kapacitet ved udvidede åbningstider, omlægning af mobile tilbud og rekruttering og uddannelse af fotograferende personale.

Samlet er det min vurdering – på baggrund af oplysningerne fra Danske Regioner – at regionerne ser ud til at arbejdet målrettet med brystkræftscreeningsprogrammet, og at spørgsmålet om kapacitet også besvares af regionerne ift., at de har kapacitet.

Som tidligere nævnt følger det af sundhedsloven, at kvinder mellem 50 og 69 år har ret til brystkræftundersøgelse hvert andet år, dvs. med et interval på 24 måneder.

Lovgivningen fastsætter ikke nærmere regler om tilbuddet for mammografiundersøgelse, eller hvordan regionerne skal planlægge og tilrettelægge tilbuddet.

Egentlig er det også ganske simpelt – alle kvinder i aldersgruppen 50-70 år skal have tilbud om screening for brystkræft – og ansvaret for at det sker, ligger i regionerne.

Jeg har svært ved at se, at der kan være nogen "undskyldninger" for, at dette ikke kan lade sig gøre. Det handler i mine øjne jo om planlægning, da man jo ret sikkert kan beregne, hvor mange kvinder der er i screeningspopulationen.

Og tallene fra Kvalitetsdatabasen viser også, at antallet af kvinder, der geninviteres indenfor 2 år +/- 3 måneder, er på 90,4 pct. og på 98.7 pct. inden for 2 år +/- 6 måneder.

Af den seneste årsrapport fra Dansk Kvalitetsdatabase for mammografiscreening fra november 2017 fremgår, at der er en deltagelsesprocent på 82,8 i screeningsprogrammet. Der er tale om en svagt faldende deltagelse de seneste runder – fra 84,4 til 82,8.



Det er vigtigt, at der løbende er fokus på at oplyse og sikre en høj deltagelse i screeningsprogrammer som dette. Ikke mindst når man ser tallene, som jeg tillod mig at nævne i starten ift. betydningen af programmet.

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at styrelsen er i gang med at revidere sin patientrettede informationspjece, der sendes til de kvinder, der inviteres til brystkræftscreening.

Informationspjece fokuserer på både gavnlige og skadelige virkninger af screeningsprogrammet. Og forventes udgivet i april-maj 2018.

Sundhedsstyrelsen har også udarbejdet en FAQ om de mest stillede spørgsmål om brystkræft og brystkræftscreening, som lægges på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Jeg kan også oplyse, at der som led i den Nationale Strategi for Digital Sundhed 2018-2022 er igangsat et projekt i regi af Sundhedsdatastyrelsen, som skal afklare mulighederne for at give borgere og deres praktiserende læger adgang til et samlet overblik over borgerens deltagelse i befolkningsrettede, forebyggende tiltag, herunder kræftscreeningsprogrammerne.

Til slut vil jeg benytte lejligheden til at omtale sagen fra Østre Landsret om den såkaldte "ressourceregel". Som bekendt er sagen nu indbragt for Højesteret, og derfor vil jeg ikke gå nærmere ind i dommen her.

Men når det er sagt, så er jeg meget opmærksom på, at en række kvinder i Region Hovedstanden, der er ramt af brystkræft, har fået afslag på erstatning. Selvom de ikke er blevet indkaldt eller er indkaldt for sent til mammografiscreening.

Fordi regionen har henvist til, at den manglende eller sene indkaldelse kan henføres til ressourcemangel i regionen.

Dermed er betingelserne for at pålægge regionen et ansvar ikke er opfyldt.

Men det er jo faktisk sådan, at der her er tale om en lovfæstet ret for de her kvinder, som regionerne har fået penge til at sikre bliver opfyldt.

Og de her ting kan jo planlægges. For regionerne ved jo, at kvinderne skal indkalde hvert andet år. Derfor undrer det mig også, at regionen ikke har levet op til sit ansvar. Og at de har brugt ressourceargumentet som argumentation.

Jeg har også noteret mig, at Ulla Astmann (S), næstformand i Danske Regioner, har været ude at sige, at Region Nordjylland i hvert fald ikke vil bruge ressourceregel-argumentet i en lignende sag. Det er værd at notere sig i forhold til, at det kræver politisk opmærksomhed fra både Danske Regioner og fra regionsformændene.

Den her regel benyttes jo generelt meget sjældent; nemlig i 2-4 sager om året ud af ca. 11.000 afgørelser, Patienterstatningen træffer. Det er ikke et automatkort.

Og det skal ikke være sådan, at man i en region skal kunne slippe for erstatning på grund af dårlig planlægning og prioritering. Og da slet ikke, når vi taler et område, hvor der gælder nogle meget klare rettigheder, og hvor der er fulgt økonomi med.

Men nu synes jeg, at vi skal afvente Højesterets

dom i sensommeren, før vi træffer endelige beslutninger på området. Alt afhængig af, hvad dommen bliver, så kommer jeg til at følge op.

Tak for ordet.