

Sundheds- og Ældreministeriet

Enhed: MEDINT  
Sagsbeh.: DEPMDI  
Koordineret med: SPOLD  
Sagsnr.: 1909819  
Dok. nr.: 1042817  
Dato: 02-12-2019

## TALEPAPIR

Det talte ord gælder  
[Sundheds- og Ældreudvalget den 5. december kl. 15.00 – 16.00]

### Talepapir samråd N, O og P

#### ***Samrådsspørgsmål N***

*Ministeren bedes redegøre for, hvordan han vil sikre lighed i sundhed, når man får tilbudt forskellig behandling, alt efter hvor man bor, eller hvilken læge man møder*

#### ***Samrådsspørgsmål O***

*Ministeren bedes redegøre for ministerens holdning til lokale medicinråd, som man ser på Rigshospitalet, hvor det er økonomien som bestemmer om man får en behandling*

#### ***Samrådsspørgsmål P***

*Ministeren bedes redegøre for, hvorvidt alderen spiller en rolle i om man fortsætter medicinsk behandling*

\*\*\*

### **[Indledning]**

Tak for samrådsspørgsmålene. Og for indkaldelsen.

Jeg er blevet stillet tre samrådsspørgsmål om forskelle i de behandlingstilbud, man som patient kan få i sundhedsvæsenet. Jeg er fuldkommen enig med samrådsspørgeren - det er helt centralt at få det afdækket. Jeg antager, at baggrunden for spørgsmålene er to konkrete sager om kræftpatienters behandlingsforløb i sygehusvæsenet, som er afdækket i pressen

Som det fremgik af artikler i pressen, da sagerne kom frem, så anmodede jeg dengang Danske Regioner om en redegørelse for behandlingsforløbene. Redegørelsen er kommet, og den er sendt til udvalget, da vi fik den, mandag den 2. december.

Mere generelt vil jeg gerne kvittere for disse spørgsmål, for de berører en af de allervigtigste udfordringer, vores sundhedsvæsen står overfor, nemlig ulighed i sundhed.

Udgangspunktet for det danske sundhedsvæsen er, at vi alle har let og lige adgang til sundhedsydelser – de fleste af dem gratis. Det vil sige, at det går ikke efter økonomi eller, og det tror jeg er vigtigt også, social status, som også spørgeren er inde på, men efter behov.

Jeg må også være ærlig og sige, at vores sundhedsvæsen i dag er alt for meget på de ressourcestærkes præmisser. De patienter, der har overskud til at følge op – eller har pårørende med det overskud – har ofte nemmere ved at navigere i et sundhedssystem, som er komplekst med mange aktører.

Og det er et alvorligt problem. For det skal ikke være sociale forhold eller hvor man bor, der er afgørende for kvaliteten eller sammenhængen i den behandling, man får i det danske sundhedsvæsen.

\*\*\*

### **[Bekæmpelse af ulighed i sundhed]**

Vi har i Danmark en række værktøjer til at sikre, at patienterne får den behandling, de har brug for.

Der er kræftpakker, der er landsdækkende kliniske retningslinjer, patientrettigheder og Medicinrådet. Det er i dag med til at sørge for, at patienterne i det danske sundhedsvæsen kan få en ensartet behandling af høj kvalitet, og at patienterne så vidt muligt undgår unødvendig ventetid.

Derudover ved jeg, at Danske Regioner vil introducere et behandlingsråd til næste år, hvilket kan bidrage til yderligere ensartet behandling i sundhedsvæsenet.

Det, synes jeg, er positivt, at regionerne på tværs af partier og geografi har grebet bolden, og det betyder også noget for regeringen, når vi skal se på det behandlingsråd, der er beskrevet i vores forståelsespapir. Så må vi til den tid se, hvordan vi kan supplere det, som regionerne arbejder med.

Men vi kan stadig gøre mere.

Bekæmpelse af ulighed i sundhed vil derfor være indbygget i stort set alle de initiativer, regeringen kommer til at igangsætte på sundhedsområdet, og det kan man se allerede nu med finanslov, kommuneaftaler og regionsaftale.

\*\*\*

### **[Forskelle i behandlingstilbud]**

Når vi bliver svækkede som følge af sygdom eller alderdom, skal alle have mulighed for at få samme gode behandling.

Dét er en grundpille i et tillidsbaseret velfærdssamfund som det danske.

Men der findes ikke to patienter – eller to behandlingsforløb – som er fuldkommen helt identiske. Der kan opstå situationer, hvor den gode behandling kan være forskellig alt efter, hvilken patient der bliver behandlet.

Der kan også opstå situationer, hvor det blandt lægerne er svært at vurdere, hvilken behandling der kan have den bedste effekt.

Når en patient kommer tilstrækkeligt langt i et behandlingsforløb, og eksempelvis har haft 2, 3 eller 4 tilbagefald af f.eks. en kræftsygdom og samtidig har en krop, der er svækket af alvorlig sygdom og hårde behandlingsforløb, så er situationen den, at der ofte ikke foreligger kliniske retningslinjer og behandlingsvejledninger. Sådan som det eksempelvis er tilfældet med nogle af de sager, der har været i medierne.

I disse sager kan den behandlende læge ikke basere sine beslutninger på vejledninger fra Medicinrådet eller på eksakt viden fra den lægevidenskabelige litteratur om, hvad der virker bedst. Derfor er vi overladt til et samlet lægefagligt skøn, som fører til, at man laver en behandlingsbeslutning, naturligvis i samråd med patienten.

Ifølge Sundhedsstyrelsen, så bygger behandlingsbeslutninger blandt andet på en sundhedsfaglig vurdering af patienten. Det omfatter blandt andet sygdommens udbredelse og karakter, den forventede effekt af behandlingen overfor mulige bivirkninger eller komplikationer og selvfølgelig også patientens fysiske tilstand.

Og det er ifølge Sundhedsstyrelsen vigtigt, at lægen tager patientens sundhedstilstand med i vurderingen. Behandling af kræftsygdom kan i mange tilfælde være utroligt hårdt for patienten. Kemoterapi – som kan indgå i behandling for knoglemarvskræft – kan resultere i hjertesvigt, alvorlig skade på rask væv og organsvigt.

Danske Regioner oplyser i deres redegørelse, at i situationer, hvor lægerne kun har lidt eller ingen viden om, hvilken behandling der vil have den størst mulige virkning, så vil beslutningen afhænge af det lægefaglige skøn. Og det vil derfor være svært at undgå, at enkeltpatienter vil opleve forskelle fra læge til læge, og fra sygehus til sygehus. Fordi som sagt der findes ikke to patienter eller to læger, der er ens.

Og forskelle i behandling kan samtidig være en nødvendighed for, at en patient kan få den bedst mulige behandling – herunder en behandling, som den konkrete patient kan holde til og får bedst mulig gavn af.

Danske Regioner har oplyst, at indførslen af lægekonferencer netop er et forsøg på at reducere forskelle i behandlingstilbud, ved at flere læger drøfter patienter og behandlingsmuligheder på tværs.

\*\*\*

### **[Alder og forskelle i behandlingstilbud]**

Så bliver jeg spurgt til alderens betydning for den behandling, man som patient kan få. Alderens indflydelse på sundheden varierer naturligvis, som vi ved, fra person til person. Det kan afhænge af alt fra gener til livsstil, til held og uheld. Men vi ved jo også, at alle med alderen bliver mere sårbare for sygdom.

Aldring har også den effekt, at leverens og nyrernes evne til at omsætte medicin med årene bliver nedsat.

Ifølge Sundhedsstyrelsen bør en patients alder derfor altid tages i betragtning i den samlede vurdering af patienten forud for behandlingen.

Så derfor indgår alder også i flere af Sundhedsstyrelsens faglige visitationsretningslinjer, ligesom landsdækkende kliniske retningslinjer i flere tilfælde anvender alder som pejlemærke for, hvornår lægen skal være ekstra opmærksom på, om patienten kan klare behandlingen.

Alder kan altså være en markør for, at lægerne skal være særligt opmærksomme på, hvilken sundhedstilstand, en patient har.

Når det er sagt, så er det også vigtigt at holde sig for øje, at det er ikke patientens alder i sig selv, der skal være afgørende for, om en given behandling kan gives til patienten. Det er meget meget vigtigt at understrege.

\*\*\*

### **[Holdning til lokale ”medicinråd”]**

Jeg er også blevet spurgt til min holdning til lokale ”medicinråd”, som det bliver kaldt. Jeg vil gerne lægge ud med at slå fast, at Danske Regioner har oplyst mig, at der ikke findes lokale medicinråd.

Som I kan se i redegørelsen, som blev oversendt i mandags, så skriver Danske Regioner, at der på Rigshospitalet findes en lokal medicinkonference på hæmatologisk afdeling.

Danske Regioners Medicinråd, som vi alle kender, udarbejder anbefalinger om ibrugtagning af nye lægemidler og udarbejder *generelle* behandlingsvejledninger.

Medicinrådets anbefalinger dækker ofte en afgrænset patientgruppe, og anbefalingen gælder generelt, det vil sige for hele patientgruppen.

Danske Regioner har oplyst, at der på den lokale medicinkonference på Rigshospitalets hæmatologiske afdeling deltager 8 speciallæger, herunder også klinikchefen. På konferencen bliver der truffet beslutninger om de *enkelte* patienter. Beslutninger træffes under hensyntagen til den enkelte patients situation, og træffes i fællesskab af eksperterne og den behandlingsansvarlige læge.

Den lokale medicinkonference har således individet i centrum, og laver, i modsætning til Medicinrådet, ikke generelle anbefalinger for, hvordan patienterne skal behandles på afdelingen.

Det kan man ellers let foranlediges til at tro, hvis medicinkonferencen kaldes et "lokalt medicinråd". Og jeg synes faktisk, det vil være ærgerligt, hvis der med de historier, der har været, bliver plantet en utryghed hos meget syge patienter og pårørende om, at hospitalerne ikke skulle tilbyde dem den bedste behandling, for f.eks. at spare penge.



For det er god klinisk praksis, at hospitaler ved komplicerede patienter og behandlinger afholder fælles speciallægekonerferencer. Det sikrer et helhedsperspektiv på, hvad der er godt og mest sikkert for patienten.

Jeg er derfor heller ikke enig med den grundlæggende præmis i spørgsmålet om, at det skulle være økonomien, som bestemmer om en patient får en behandling eller ej.

Det er altid udgangspunktet, at den enkelte patient skal have den behandling, der passer bedst til patientens situation, men det betyder ikke nødvendigvis, at patienten skal have den nyeste eller dyreste behandling naturligvis.

Den beslutning er nu engang op til lægerne, som er de faglige eksperter ude på hospitalerne, og de tager den beslutning i samråd med patienterne.

Helt grundlæggende mener jeg, at det giver god mening, at eksperterne lokalt sætter sig sammen og diskuterer, hvilken behandling den enkelte patient skal have, når der ikke foreligger en vejledning fra Medicinrådet, eller der er evidens for om behandlingen virker.

Men hvis der findes evidens for, at en ny behandling har en betydelig effekt på en sygdom, skal denne viden selvfølgelig deles og anvendes. Det er soleklart.

Det er en af grundene til, at vi i Danmark har stærke faglige selskaber, der følger med i den nyeste viden på deres faglige område og er med til at sikre at ny viden og evidens indarbejdes i de landsdækkende kliniske retningslinjer. På lægemiddelområdet har vi med Medicinrådet en solid procedure med gennemgang af evidensen forud for en eventuel anbefaling om national ibrugtagning af det nye lægemiddel.

\*\*\*

### **[Afrunding]**

Afslutningsvis vil jeg gerne bemærke, at det er positivt, at behandlingsløb kan forløbe forskelligt. For der skal tages udgangspunkt i den enkelte patient.

Derfor er det vigtigt at lægerne ude i regionerne fortsætter med at afholde lægekonferencer og drøfter, hvilken behandling der er bedst for den enkelte patient i de komplicerede sager. Det er sådanne lægekonferencer, der er god klinisk praksis, for der findes ikke to patienter der er ens.

Dette ændrer dog ikke på, at let og lige adgang er et grundvilkår og skal være et grundvilkår i det danske sundhedsvæsen.

Desværre er der dette grundvilkår til trods stadig forskelle både i behandling, adgang til sundhedstilbud og middellevelevetid. Det mener jeg ikke, at vi kan være bekendt.

Derfor er det på tide, at vi nu for alvor begynder at tænke bekæmpelsen af ulighed i sundhed ind i fundamentet for vort sundhedsvæsen og sørger for, at den sundhedspolitik, vi fører, har øjne fast rettet mod at sikre, at udviklingen i sundhedsvæsen løfter *alle* grupper i samfundet.

Tak for ordet.