

sådan at patienterne ikke er i tvivl, frem for sådan som det bliver ved servicedirektivet fra EU.

Men må jeg lige få lov til at sige til allersidst ... Nej, det må jeg ikke.

Kl. 16:03

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Der bliver en mulighed mere for ministeren – går jeg ud fra – for jeg tror, at fru Sophie Hæstorp Andersen også vil benytte sin sidste chance.

Kl. 16:03

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Det er rigtigt, at Socialdemokratiet og de øvrige i oppositionen bakker op om det udvidede frie sygehusvalg, men vi mener, at 1 måned er der ikke noget lægefagligt belæg for at sige. Vi har presset på og presset på, for at vi får akut behandling af livstruende sygdomme, kræft, hjertesygdomme og gerne andre sygdomme, som er livstruende, men det, vi kan se, er, at når man så samtidig i sundhedsvæsenet bliver mødt af krav om, at alt, uanset om det er meget, meget alvorligt eller livstruende, skal behandles inden for 1 måned, så bliver der nogle tabere. Taberne er altså dem med de livstruende sygdomme. Det er de hjertepatienter, der står på venteliste nu; det er de kræftpatienter, som stadigvæk ikke har fået del i de kræftpakker, som der er blevet indført; det er de mennesker, som kommer ind akut, og som opdager, at der pludselig ikke er sygeplejersker nok til at yde omsorg; det er de psykiatriske patienter, der oplever besparelse efter besparelse. Det er derfor, at vi siger, at 2 måneder har systemet allerede bevist at det godt kan håndtere, og vi har allerede bevist nu det sidste halve år, at det her med at differentiere mellem patienter i virkeligheden er en langt bedre idé end bare prøve at behandle alt inden for 1 måned.

Kl. 16:04

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Så er det ministeren.

Kl. 16:04

Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):

Der er ingen patienter med livstruende sygdomme i Danmark, der bliver tabere. De kommer nemlig til med det samme. De vedrører ikke diskussionen om det udvidede frie sygehusvalg. Diskussionen om det udvidede frie sygehusvalg vedrører patienter med ikkelivstruende sygdomme. Så er det jo besynderligt, at dengang vi indførte det udvidede frie sygehusvalg og i star-

ten havde en 2-måneders-frist, var Socialdemokraterne lodret imod. Der var det en principiel uenighed. Nu indførte vi så, at det blev en 1-måneders-frist. Så er man enig i, at det faktisk er meget godt at have det, altså den principielle uenighed er ikke længere til stede. Det er bare en gradsforskel mellem, at man synes, det er perfekt med 2 måneder, men med 1 måned er det rigtigt. Nej, jeg tror, jeg kan finde rigide eksempler inden for begge to, både med 1 måned og 2 måneder. Det ville jeg godt kunne finde enkeltstager på, men generelt er det godt.

I øvrigt vil jeg sige, at det er regeringens mål, at det udvidede frie sygehusvalg slet ikke kommer til nogen borgeres ret. Det kan lyde mærkeligt, men hvis nu det ude i det offentlige var sådan – f.eks. ved at man satte nogle ting i udbud på forhånd eller tilrettelagde det på andre måder – at man behandlede folk for de ikkelivstruende sygdomme inden 1 måned, kom retten slet ikke til udløsning, og det er faktisk det, vi ønsker – men det er nok for meget at forvente.

Kl. 16:06

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak til ministeren. Hermed er spørgsmålet sluttet.

Det næste punkt på dagsordenen er:

3) Forespørgsel nr. F 37:

Forespørgsel til ministeren for sundhed og forebyggelse:

Vil ministeren redegøre for kræftindsatsen i Danmark på baggrund af initiativerne i kræft-handlingsplan II, herunder redegøre for aftalen af 27. oktober 2007 om akutkræft med regionerne, redegøre for pakkeforløbene og anvendelsen af de afsatte 225 mio. kr., redegøre for investeringerne i kræftapparatur for den aftalte låneramme på 850 mio. kr., redegøre for personalesituationen inden for kræftområdet og redegøre for forskningsindsatsen på kræftområdet?

Af Liselott Blixt (DF), Anita Christensen (DF), René Christensen (DF), Kristian Thulesen Dahl (DF), Pia Kjærsgaard (DF), Karin Nødgaard (DF) og Peter Skaarup (DF).

(Anmeldelse 24.03.2009. Fremme 26.03.2009.

Eventuel afstemning udsættes til torsdag den 7. maj 2009).

Kl. 16:06

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Jeg gør opmærksom på, at afstemning om eventuelle forslag til vedtagelse udsættes til i morgen, torsdag den 7. maj.

For begrundelse er det ordføreren for forespørgerne, fru Liselott Blixt.

Kl. 16:06

Begrundelse

(Ordfører for forespørgerne).

Liselott Blixt (DF):

Jeg har glædet mig til denne debat i dag, da det for Dansk Folkeparti er vigtigt, at vi bevarer fokus på et område, som har haft vores bevågenhed i de sidste mange år. Formålet med at rejse debatten i dag er et ønske om, at vi til stadighed holder et skarpt øje med udviklingen på kræftområdet. Baggrunden skal også ses i lyset af, at vi løbende siden 2001 har været medvirkende til, at der er tilført mange økonomiske ressourcer til området, ikke bare i forhold til finansloven, men også som ekstra bevillinger. Dansk Folkeparti blev på et tidligt tidspunkt bevidste om, at det ikke blot var en 1-årig bevilling, der skulle til for at rette op på kræftområdet, og det er i det lys, at vores indsats over en årrække skal ses.

Der er ingen tvivl om, at indholdet i både kræftbehandlingsplan I og II afgørende var med til at skabe kvalitet i kræftbehandlingen, og hvis anbefalingerne bliver fulgt, er med til at styrke forebyggelsen af kræft samt udrednings- og behandlingsforløbene for patienterne. Kræftpakkerne blev indført i 2008 med det formål at sikre patienterne den bedste behandling, klar information og ingen unødigt ventetid. Der er blevet gjort en stor indsats, og det er blevet modtaget godt af den enkelte patient.

En ting er at sætte ting i værk, men det er samtidig meget nødvendigt at gøre status for at se, om der er steder, hvor der mangler at blive sat ind. Derfor ser vi gerne, at ministeren redegør for, hvordan regionerne arbejder med kræftpakkerne, det akutte forløb samt anvendelsen af de 225 mio. kr., investeringen i kræftapparatur, personalesituationen og forskningsindsatsen på kræftområdet. Vi har en klar forventning om, at målet på kræftområdet ikke et øjeblik tabes af syne, naturligvis også fordi vi hele tiden skal rette målet hen imod endnu bedre behandling. Det er årsagen til, at vi bringer denne forespørgsel op til debat her i dag.

Kl. 16:08

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Ja tak. Og så er det ministeren for besvarelse af forespørgslen.

Kl. 16:08

Besvarelse

Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):

Tak til Dansk Folkeparti for forespørgslen.

Kræftindsatsen er vigtig, og det er et rigtig godt tidspunkt at gøre status.

Kræft er den hyppigste dødsårsag i Danmark, og derfor fylder kræft naturligt nok meget i mange danskeres liv, enten som kræftsyg eller som pårørende, og derfor fylder også den danske kræftbehandling 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. I regeringen vil vi 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, og det har regeringen gjort.

Resultaterne er begyndt at vise sig, og jeg vil gerne give en stor ros til sundhedspersonalet for deres meget store indsats. Det er først og fremmest deres fortjeneste, at vi kommet så langt på området til glæde for de danske kræftpatienter og for 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, og 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, at 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 resulta-

ter, der er opnået, og samtidig sætte nye mål for den danske kræftindsats.

Men lad mig nu lige give et kort overblik over den hidtidige indsats, og jeg starter med forebyggelse:

Regeringen har grebet forebyggelsesbolden. Med kommunalreformen er forebyggelsesindsatsen blevet placeret der, hvor den gør mest gavn, nemlig tættest på borgeren. Det er veldokumenteret, at rygning er den direkte årsag til mange kræfttilfælde. I 2007 blev der indført en lov om røgfri miljøer, som skal beskytte mod passiv rygning, og så har Forebyggelseskommissionen netop færdiggjort sit arbejde, og regeringen vil på det grundlag udarbejde en handlingsplan på forebyggelsesområdet. Handlingsplanen skal bidrage til at nå regeringens mål om, at middellevetiden på 10 år skal hæves med mindst 3 år. Det handler bl.a. om, at kurven over kræftforekomster 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 blev det muligt at vaccinere mod en kræftsygdom, og den mulighed har vi grebet. HPV-vaccination vil bidrage til et markant fald i antallet af livmoderhalskræfttilfælde.

Hvor kræften alligevel opstår, gælder det om at opdage den så tidligt som muligt, på så tidligt et stadium, at mulighederne for behandling er gode. Derfor prioriterer regeringen, at der indføres screeninger på de områder, hvor det er muligt, og hvor undersøgelsesmetoderne er forsvarlige. Som anbefalet i kræftplan II er der i dag tilbud om screening mod livmoderhalskræft og mod brystkræft, og Sundhedsstyrelsen er ved at færdiggøre sin indstilling vedrørende screening mod tarmkræft.

Når mistanken om kræft er rejst i en almen praksis eller ved en screening, skal udrednings- og behandlingsforløbet sættes i gang med det samme. I kræftplan II anbefales det, at udredning og behandling organiseres i pakker, og det sker nu over hele landet. Jeg vil vove at påstå, at det er en af de største succeser i vores sundhedsvæsen nogen sinde. Men det er 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 er sket, fordi vi ved, hvor stor betydning et godt forløb har for kræftpatienters og deres pårørendes livskvalitet og vigtigst af alt for patienternes overlevelseschance.

I første omgang afsatte regeringen puljer til produktivitet fremmende omlægninger i kræftbehandlingen på 150 mio. kr. Kapaciteten blev udbygget, og aktiviteten steg. Men der kom for alvor fremdrift i tingene, da regeringen i 2007 indgik aftale med Danske Regioner om indførelse af akut handling og klar besked på kræftområdet. På bare 1 år blev hele tankesættet om forløbsorganiseringen vendt, og der blev udviklet og indført pakkeforløb for alle kræftformer, 34 i alt. Det er altså virkelig imponerende.

Kl. 16:14

Med pakkeforløbene er patienterne sikret behandling af høj, international standard. De bedste hoveder på området har udarbejdet kriterierne 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 udbredelse af multidisciplinære teamkonferencer, hvor relevante faggrupper, specialer og afdelinger drøfter patienten.

Før skete der ofte, at patienten mødte op til en undersøgelse eller behandling, hvorefter patienten blev sendt hjem i uvished, indtil der dumpede et brev ind ad døren om, hvad der nu skulle ske. Med pakkeforløbene har vi gjort op med den måde at tænke forløb på. Det er beskrevet i pakkeforløbene, hvornår og hvad patienterne skal informeres om, så de hele tiden er velinformerede om deres videre forløb. Det er ved lov fastsat, at alle patienter skal tildeles en kontaktperson, som kan svare på spørgsmål om behandlingen og om forløbet. Der er ved at blive udarbejdet patientinformationspjecer for hvert forløb, hvor patienten kan læse om det forløb, som vedkommende 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.

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 1 mia. kr. 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. Der blev monitoreret på, om patienterne kom i strålebehandling inden for de maksimale ventetider. Der blev analyseret, hvordan arbejdsgangene kunne forbedres og udstyret på strålecentre 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.

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 andre centre i Danmark. Og vi har kun begrænset brug for at henvise patienter til udlandet, når der opstår lokale spidsbelastningssituationer. Strålebehandling 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. Dem har de brugt til indkøb af kræftapparatur, og det har resulteret i indkøb af 44 scannere og 3 stråleapparater.

Skal man helt i mål med indsatsen, gælder det om at følge resultaterne meget tæt, og det gør vi også med pakkeforløbene. Fra de første forløb blev indført, har regionerne efter aftale med ministeriet og Sundhedsstyrelsen lavet kvartalsvise opgørelser med status for indsatsen. Den seneste status fra regionerne blev offentliggjort i sidste uge og viser, at regionerne efterlever de kliniske retningslinjer i pakkeforløbene, og at forløbstiderne overholdes på langt de fleste områder.

Kl. 16:19

Allerhelst vil vi følge op med hårde data på patientniveau, og derfor har vi med pakkeforløbene indført et internationalt monitoreringssystem baseret på Landspatientregistret, som gør det muligt at følge tidsforløbet i pakkerne. Des-

være 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 forløbet fra første henvisning til operation 44 dage før pakkeforløbet for tarmkræft. Samme forløb tager i dag 27 dage. Også på lungekræftområdet ser vi flotte resultater. Her er der 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 erklende, at der stadig er hjørner, som ikke er helt på plads, og at 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 i mål.

Et andet emne, som jeg er blevet spurgt om, er forskning, som er en forudsætning for, at vi hele tiden kan levere behandling af høj international standard. 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 grupper og tværfaglige kræftgrupper. Grupperne bidrager til, at de kliniske retningslinjer for udredning og behandling af kræft opdateres, og at der udvikles og vedligeholdes kliniske databaser for de enkelte kræftformer, hvis behandlingsskapaciteten kan dokumenteres og følges.

Jeg er også blevet bedt om at redegøre for personalesituationen, og her er det ingen hemmelighed, at vi har brug for flere i hvide kitler for også i fremtiden at kunne levere kræftbehandling på højt internationalt niveau. Regeringen har allerede taget en række initiativer for at sikre det. 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 207, og på radiografuddannelsen er det øget med 50 ekstra pladser. I sidste

uge blev kampagnen »Hvid Zone« skudt i gang. Det er en 3-årig rekrutteringskampagne, som skal bidrage til, at flere vælger en uddannelse som sygeplejerske, som radiograf eller som bioanalytiker, som alle sammen er meget vigtige faggrupper inden for 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.

Samtidig med den positive omlægning af kræftbehandlingen er der sket en stigning i behandlingsaktiviteten. Der er sket et fald i dødeligheden og en stigning i overlevelsen, og 96 pct. af patienterne angiver i en stor landsdækkende undersøgelse, at de oplever, at de er tilfredse eller meget tilfredse med deres samlede udrednings- og behandlingsforløb for kræft.

Vi er tæt på målet. Det vil vi også kunne se i den statusrapport for anbefalingerne, som offentliggøres inden sommerferien. Til efteråret falder fremtidens specialeplanlægning på plads. Det vil betyde en yderligere samling af kræftbehandlingen til gavn for kvaliteten, og 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.

Kl. 16:23

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak til ministeren for besvarelse af forespørgslen. Så går vi i gang med forhandlingen, og det er ordføreren for forespørgerne, der kommer først. Det er fru Liselott Blixt.

Kl. 16:23

Forhandling

(Ordfører for forespørgerne)

Liselott Blixt (DF):

Jeg takker ministeren for de 15 minutters redegørelse og glæder mig selvfølgelig til at se resten af den her, var det inden sommerferien?

Men efter Dansk Folkepartis overbevisning skal Danmark være i stand til at nå internationale standarder, når det gælder overlevelse med en kræftsygdom, men også når det gælder livskvalitet for patienterne. Dertil er vi ikke nået endnu. Selv om vi har taget kvantespring, ved at kræft skal behandles som en akut sygdom, ved at der er indført pakkeforløb, ved at der er afsat økonomiske ressourcer til ny teknologi, ved at man vil samle kræftkirurgien på særlige sygehuse, og

ved at man har fokus på personalesituationen, så får vi stadig væk tilbagemeldinger fra patienter om, at udredningstiden for deres sygdom er alt for lang, inden de får stillet den endelige diagnose og kommer i gang med behandlingen.

Vi må også se i øjnene, at flere danskere får kræft. Men hvis den indsats, som der i realiteten er lagt op til nu, holder, skal der være flere patienter, som overlever en kræftsygdom.

Nu fortæller ministeren, at han gerne ser en kræftbehandlingsplan III søsat, og jeg vil da gerne spørge ministeren, om alle de indsatsområder, som er nævnt i kræftbehandlingsplan I og kræftbehandlingsplan II er blevet gennemført. Vi bliver nødt til at være realister og ikke sætte nyt i gang uden at se i bakspejlet, om det, vi har lovet de danske kræftpatienter, er blevet indført.

Når nu der bliver slået til lyd for, at vi skal sikre bedre muligheder for patienter til at få en bedre rehabilitering i en Kræftbehandlingsplan III, ved vi udmærket, at det er et område, som også har været nævnt i de tidligere kræftplaner. Jeg tror, vi alle kender eksempler på kræftpatienter, som ikke har fået tilbud om genoptræning. For en rehabilitering handler jo om flere ting; det fysiske, psykiske, men også om sociale og erhvervs-mæssige forhold for en patient.

For nylig kunne vi læse en patienthistorie, hvor vedkommende, en kvinde, havde fået diagnosen brystkræft, gik hjem, ryddede op og næsten bestilte, om ikke andet i tankerne, sin egen begravelse. Det er meget almindeligt for en kræftpatient. Dem skal vi naturligvis hjælpe til en bedre tilværelse, for ikke nok med, at det er et chok at bære på en kræftsygdom, de skal tillige kæmpe med et system, som ikke er gearet til at hjælpe patienter med ordentlige råd og kompetent vejledning.

Men ud over rehabiliteringen er hele den forebyggende indsats meget vigtig. Selv om det har været et langt og sejt træk at få kørt den regelmæssige mammografiscreening på skinner til kvinder fra 50 til 69 år, bør vi også fremadrettet se om ikke, det var en god idé at ændre grænsen til 75 år. Sådant en aldersgrænseændring vil Dansk Folkeparti gerne have en økonomisk beregning på. Hvad vil det koste? Vi anser også, at tarmkræftscreening skal implementeres som et tilbud til kvinder og mænd i aldersgruppen 50-75 år. Der er omkring 3.500 tilfælde om året, og 5-års-overlevelsen er under 50 pct. Det kunne være en rigtig god forebyggelsesstrategi, og der er gode evalueringer fra forsøgsprojekter i Vejle og København.

For mange dør af livmoderhalskræft, og mange tager ikke imod tilbud om screening. Her bør gøres en ekstra oplysningsindsats for at gribe fat i kvinder til denne forebyggende indsats, ligesom en vedvarende udvidelse af vaccinationen for unge piger op til 26 år bør indføres.

Endvidere så vi i Dansk Folkeparti gerne, at der sker en certificering af kræftkirurger, for selv om vi samler kræftkirurgien på få sygehuse, skal det også være således, at kirurgerne udfører et vist antal operationer for netop at kunne yde en kvalitativ kirurgisk indsats.

Til sidst vil jeg nævne, hvor vigtigt det er at få indført den rette palliation over for patienterne; at der her på det rette tidspunkt sættes fokus på den indsats, nemlig når der ikke er udsigt til en helbredende behandling. For det er efterhånden en lang periode, hvor mange lever med en kræftsygdom i 10-15 år. Derfor hilser vi det videncenter, som er oprettet i samarbejde med flere aktører, velkommen, og vi ser frem til deres anbefalinger.

Vi bør hele tiden tænke fremad, også på den forebyggende indsats, for i dagens Danmark er der stadig 15.000 kræftpatienter, der dør om året, og 33.000, der får kræft hvert år.

Med disse ord kommer Dansk Folkeparti på vegne af fru Birgitte Josefsen, fru Liselott Blixt og fru Vivi Kier med følgende:

Forslag til vedtagelse

»Folketinget konstaterer, at der siden 2001 på baggrund af anbefalingerne i kræftplan I og II er taget vigtige sundhedsfaglige og økonomiske initiativer, således at kvaliteten i den danske kræftbehandling er højnet og samtidig har skabt bedre behandlingsmuligheder for kræftpatienterne. Second opinion-ordningen har sammen med den styrkede eksperimentelle behandling forbedret kræftbehandlingen. Resultaterne er gjort mulige af, at regeringen og Dansk Folkeparti har prioriteret indsatsen på de årlige finanslove.

Folketinget ønsker, at den danske kræftindsats til stadighed styrkes, og at der sættes nye mål med kræfthandlingsplan III i forlængelse af, at de tidligere planlagte initiativer i kræftbehandling er blevet implementeret.

Kräfthandlingsplan III skal fremlægges i 2010 og bør ud over behandlingsindsatsen over for patienterne indeholde klare mål om tidlig opsporing og hurtig diagnosticering samt bedre forebyggelse, rehabilitering og palliation, såle-

des at bestræbelserne på at nedbringe antallet af kræfttilfælde, øge overlevelseschancerne og højne livskvaliteten for kræftpatienterne fremadrettet bliver yderligere styrket.«
(Forslag til vedtagelse nr. V 70).

Kl. 16:30

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak til ordføreren. Det fremsatte forslag til vedtagelse vil nu indgå i debatten.

Den næste er fru Birgitte Josefsen som ordfører for Venstre.

Kl. 16:30

(Ordfører)

Birgitte Josefsen (V):

Den seneste opgørelse fra Danske Regioner viser, at danske kræftpatienter nu får en langt hurtigere behandling end tidligere. De interne ventetider på kræftområdet har i årevis været et problem. Vi erklærede så ventetiderne krig og har med de såkaldte kræftpakker brugt et stærkt våben, som nu har vist sig at være brugbart, og som også vil kunne finde anvendelse på andre områder inden for sygdomsbehandling. Eksempelvis viser det sig nu, at ventetiden er halveret på tarmkræftområdet.

Jeg har det sådan: Kunne vi bare slå øjnene op en morgen, åbne for nyhederne og få en besked om, at forskerne nu havde fundet et vidundermiddel, som kunne helbrede alle kræftpatienter! Men den besked er jo nok ikke lige om hjørnet, og derfor skal vi selvfølgelig også fremadrettet gøre alt, hvad vi kan, for at optimere behandlingsforløbet, optimere efterbehandlingen og gøre tilværelsen lettere og mere smertefri for dem, der desværre ikke kan opnå helbredelse.

Som Venstres ordfører på sundhedsområdet glæder jeg mig imidlertid over, at vi trods alt har nået nogle positive resultater. Man kan sige, at det, der rykkede med henblik på at nå de gode resultater, var projektet »Akut handling og klar besked til de danske kræftpatienter«, som blev iværksat i oktober 2007. Det er herudfra, at de positive resultater er kommet. Ikke mindst er aftalen om tilknytning af en kontaktperson til alle kræftpatienter i et behandlingsforløb et vigtigt element, ligesom inddragelse af de praktiserende læger i et tættere samspil med sygehussektoren har haft stor betydning for alle kræftpatienter.

Klar besked til patienten og god information er en hjørnesten i et godt forløb, og sygdomsbehandling skal altid ses fra patientens synsvinkel. En kræftdiagnose er jo nemlig ikke blot en mistanke om, at man har en sygdom; det er også

en voldsom oplevelse for hver og en, der modtager en sådan besked. Mange spørgsmål rejser sig, og derfor skal patienten og de pårørende have god information og god vejledning under hele forløbet – ikke bare om undersøgelser og resultater, men om hele kræftforløbet. Patienten skal kunne stille spørgsmål og modtage klare svar, og patienten skal opleve et gennemskueligt forløb.

Høj kvalitet, klar besked og hurtige forløb er nøglen til at få os til at kunne rykke på hele kræftområdet. Og det er det, der ligger i den proces, som er sat i gang, og i hele den proces og hele det virkefelt, der nu er implementeret ude i hele det danske sundhedsvæsen. Kræftens Bekæmpelse med formand Frede Olesen i spidsen har for nylig udtalt, at dansk kræftbehandling er på vej ind i verdensklasse. Og jeg synes, at det udsagn taler for, at de nye fremskridt ikke mindst skyldes den massive indsats på området, og at sundhedsvæsenet dygtigt har implementeret det, der er sat i værk, og dermed har kunnet vise de gode resultater.

Det er imidlertid ikke ensbetydende med, at alt er rosenrødt. Nej, tværtimod. Desværre møder vi jo sikkert alle i det daglige mennesker, som kan berette om, hvordan deres kræftsygdom har udviklet sig i en mindre positiv retning, og om behandlingsforløb, som ikke har været helt optimale. Derfor skal vi ikke slække på fokus, men fortsætte med at holde øje med hele kræftområdet og også betrede nye veje, eksempelvis i forhold til forskning.

Indimellem hører vi jo bl.a. om, hvordan udenlandske læger arbejder med nye behandlingsformer, som giver gode resultater. Derfor vil jeg gerne fra Venstres side appellere til, at vi ikke sætter skotter op om Danmark, men suger viden til os og udvikler det second opinion-projekt, som vi også har fået implementeret i Danmark, og som har vist nogle rigtig gode resultater. Vi skal nemlig sørge for også fremadrettet at få implementeret nye behandlingsformer i vores faste behandlingsprogrammer.

Jeg vil ligeledes appellere til, at systemet udviser den største fleksibilitet. Jeg kan godt forstå en dansker, der rejser til eksempelvis Frankfurt, når beskeden er: Vi kan desværre ikke hjælpe dig mere. Men vi må ikke lade patienten i stikken. Vi må ikke være kolde og kyniske ved at meddele, at vedkommende så ikke kan indgå i et dansk behandlingssystem. Der skal være et tilbud, som den pågældende kan henvende sig til. Der skal være vejledning, der skal være råd-

givning, og der skal altid være mulighed for at kunne få hjælp. Det skylder vi alle patienter.

Den gode udvikling i den danske kræftbehandling skal fortsætte, og ny viden og nye behandlingsmetoder skal afprøves og implementeres. Det skylder vi hinanden. Det skylder vi alle.

Kl. 16:35

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak til Venstres ordfører. Og så er det fru Sophie Hæstorp Andersen som ordfører for Socialdemokraterne.

Kl. 16:35

(Ordfører)

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Det danske sundhedsvæsen er igennem generationer bygget op om princippet om fri og lige adgang til behandling og forventningen om, at kvaliteten af behandlingerne på de danske sygehuse kan måle sig med kvaliteten på de bedste sygehuse i verden. Pensionist, arbejdsløs eller direktør – vi skal alle have samme ret til gratis behandling af høj kvalitet. Det er Socialdemokraternes grundlæggende sundhedspolitik. Patienter med livstruende sygdomme, ikke kun kræft, skal prioriteres højest.

Sundhedsvæsenet er i disse år under stort pres for at levere akut behandling til hjerte- og kræftpatienter, og alligevel halter det mange steder. I medierne bringes der historier om 15.000-20.000 hjertepatienter, der står på venteliste; nogle venter næsten et år. Vi hører også om patienter med brystkræft, som kun via adgang til private sygehuse og indædt kamp mod systemet får akut behandling. Jeg kender selv til en af dem og ved også, at andre her kender nogle stykker.

Det er ikke så mærkeligt, at de svageste kræftpatienter ikke altid får kæmpet sig til den akutte behandling, som Socialdemokratiet mener at de har krav på. Vi kæmpede hårdt for at få den akutte behandling i foråret og sommeren 2007, og vi stoppede ikke og helmede ikke, før Anders Fogh Rasmussen, tidligere statsminister, kom hjem og dikterede, at vi skulle have akut behandling i Danmark. Det var et kvantespring, som Dansk Folkeparti også benævnte det.

Selv om ventetiderne på de diagnoser, der nu er omfattet af pakkeforløb, tyder på at være for nedadgående, er der jo fortsat ventetider for de mange patienter, der ikke kan komme ind i et pakkeforløb – det gælder f.eks. mange af dem, der har lungekræft – og ikke alle steder er pakkeforløbene fuldt igangsat. En af årsagerne til

det skal måske findes i det faktum, at regionerne her i 2009 skal spare 1,2 mia. kr. på sygehusbudgetterne, og hverken hjerte- eller kræftafdelingerne har kunnet regne med at gå fri. Meget tyder således på, at de fremskridt, vi trods alt ser på primært kræftområdet, er blevet til på baggrund af en imponerende indsats fra hospitalernes personale.

På Socialdemokratiets forslag til finanslov for 2009 foreslog vi, at man lavede en særlig meraktivitetspulje for livstruende sygdomme, hvor der ikke er noget loft over, hvor meget aktiviteten kan stige. Vi vil simpelt hen ikke acceptere, at patienter med så alvorlige sygdomme som f.eks. kræft sendes om bag i køen af hensyn til budgettet.

Men kræftbehandling er selvfølgelig mere end blot ventelister. Kræftbehandling handler også om overlevelse, kvaliteten i behandlingen, smertelindring, rehabilitering, forebyggelse og opsporing. Socialdemokratiets mål for overlevelse er, at vi for alle kræftformers vedkommende skal være blandt de fem bedste i Europa. Det er et meget ambitiøst mål.

I de seneste 10 år er danskernes levetid steget med 2,7 år, men danskerne lever stadig kortere, end man gør i alle andre vesteuropæiske lande. Når sundheden og antallet af gode leveår uden sygdomme og skavanker alligevel halter, er det, fordi vi ikke altid er gode nok til at passe på os selv og til at passe på hinanden. Mange danskere lever for usundt, og vi har ikke prioriteret vores fælles sundhedsvæsen højt nok. Det betyder, at vi i dag bruger 60 pct. af alle vores udgifter i sundhedsvæsenet på at helbrede sygdomme, der kunne have været forebygget.

I Socialdemokratiet vil vi satse målrettet på at forbedre sundheden gennem øget forebyggelse – på områderne kost, rygning, alkohol og motion og også seksuel sundhed. Der skal opstilles ambitiøse målsætninger for alle områderne, eksempelvis for andelen af danskere, der ryger eller drikker. Vi vil søge at se fordomsfrit på alle virkemidler, der kan medvirke til at indfri målsætningerne. Regeringen har tværtimod brugt de seneste uger på at skyde næsten alle væsentlige forslag ned fra den Forebyggelseskommission, den selv har nedsat.

I Danmark er vi for langsomme til at indføre generelle screeningsprogrammer for kræft. Eksempelvis bliver alle kvinder på mellem 50 og 69 år endnu ikke tilbudt en screening for brystkræft, og der gives ikke generelle tilbud om

screening for tarmkræft. Mange sygdomme opdages alt for sent, fordi udredningen hos den praktiserende læge tager for lang tid. Her ville det være godt, hvis de praktiserende læger f.eks. kunne henvise direkte til de relevante scanninger eller alternativt, hvis symptomerne er for uklare, til et diagnosecenter på et større hospital, hvor patienten hurtigt kan komme til den rigtige specialist. Det ville betyde, at eksempelvis kræftpatienter kunne diagnosticeres hurtigere.

Nye behandlingsmetoder, ny medicin, nyt apparatur kommer for langsomt de danske patienter til gode. Årsagerne er både inert i systemet og for få ressourcer. Vi vil insistere på, at alle danskere – også de, der ikke bor i nærheden af universitetssygehuse – får adgang til den bedste behandling.

Derfor skal jeg på den baggrund fremsætte et forslag til vedtagelse, som er støttet af Socialdemokratiet, SF, Det Radikale Venstre og Enhedslisten:

Forslag til vedtagelse

»Folketinget konstaterer, at der på baggrund af anbefalingerne i kræftplan I og II er taget vigtige sundhedsfaglige initiativer, således at kvaliteten i den danske kræftbehandling er blevet højnet. Resultaterne er gjort mulige af en imponerende indsats af hospitalernes personale.

Folketinget beklager, at regeringen ikke har leveret en tilsvarende engageret indsats i forhold til at sikre tidlig, hurtig og bedst mulig diagnostik af patienter med alvorlige symptomer, som bl.a. kan være tegn på kræft. Der er fortsat alt for lang ventetid på undersøgelser, som skal afklare den præcise diagnose, og hvilken behandling der skal gives. Manglende økonomiske rammer for hospitalerne og mulighed for at sikre prioritering af de mest alvorligt syge patienter samt mangel på udstyr og personale betyder, at kvaliteten stadig ikke er i verdensklasse.

Folketinget er enig med regeringen i, at der er behov for en kræfthandlingsplan III.«
(Forslag til vedtagelse nr. V 71).

Kl. 16:41

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak til ordføreren. Dette forslag til vedtagelse vil også indgå i den videre debat.

Så er det hr. Jonas Dahl som ordfører for SF.

Kl. 16:42

(Ordfører)

Jonas Dahl (SF):

Som vi også har kunnet se og høre i medierne i dag, går det bedre og bedre på kræftområdet. Det vil vi gerne erkende fra SF's side. Det skyldes ikke mindst en dedikeret indsats fra regionerne, men også en meget flot indsats fra medarbejdernes side; de har gjort meget for at nedbringe den alt for lange ventetid.

Fra SF's side glæder vi os også over, at Folketinget i fællesskab har sat fokus på kræftområdet – det var der behov for, og det er der fortsat behov for – men vi skal også passe på ikke at drukne os selv i selvros og tro, at nu er alle problemer løst. Det er de ikke. Lad mig blot i al stilfærdighed erindre om, at kræftskandalen jo fandt sted under denne regering. Det var i hvert fald hr. Lars Løkke Rasmussen, som havde ansvar for området dengang.

Der hersker stor uenighed om, hvor mange der rent faktisk behandles inden for pakkernes frister. Regeringen siger, at det er 90 pct., regionerne sagde i sidste uge – tror jeg, det var – 75 pct., og Kræftens Bekæmpelse er kommet med tal på bl.a. tarmkræftområdet, hvor vi er nede på 50 pct. Usikkerheden er altså temmelig stor. Jeg vil ikke stå her og sige, hvad der er det rigtige, for jeg ved det simpelt hen ikke, dataindsamlingen er simpelt hen ikke god nok. Det er ikke muligt at skelne mellem de kræftpatienter, som indgår i kræftforløb, og dem, som ikke gør. Tallene er derfor ikke komplette, og det skal vi have gjort noget ved. Det er ekstremt vigtigt, at vi har nogle valide tal at arbejde med, netop når vi skal diskutere problemstillinger som denne.

Problemet med opgørelserne af kræftforløbene er, at de kun dækker omkring 10-15 pct. af patienterne. Senest i april kom det frem, at nogle kræftpatienter venter mere end 100 dage, og som fru Sophie Hæstorp Andersen netop var inde på, er der også patienter, der venter op mod et år, og det til trods for, at regeringen har brugt ressourcer på det; det anerkender vi, men vi må også gøre det klart, at der stadig væk er rum for forbedring.

Den alt for lange ventetid gælder bl.a. patienter, som lider af prostatakræft. Det er den hurtigst voksende kræftform i Danmark, og derfor er det også dybt problematisk, at ventetiderne er så lange.

Som det er nu, er det umuligt at gennemskue, hvor mange kræftpatienter som rent faktisk bliver behandlet uden for pakkerne. I SF ser vi der-

for frem til, at vi får en større viden om, hvad det rent faktisk er for nogle tal, vi arbejder med. Vi skal have sikkerhed for, at også de patienter, som ikke indgår i standardpakkeforløbene, bliver udredt til tiden og også får behandlingen til tiden, så de undgår unødigt ventetid, som man ellers kan have en frygt for.

I England, hvor man også indførte pakkeforløbene, var erfaringerne rent faktisk dårlige. Her steg den samlede ventetid for kræftpatienter som følge af en lignende ordning med et accelereret pakkeforløb. En enkelt patientgruppe oplevede kortere ventetid, mens de andre grupper med mere komplicerede lidelser oplevede det modsatte, nemlig en betydelig stigning i ventetiden. Hvorvidt noget tilsvarende finder sted i Danmark, ved vi ikke. Vi har en formodning om, at det ikke er tilfældet, men vi har behov for at få nogle tal, vi kan stole på.

Hvis vi fremover skal have en positiv debat om kræftpakker og eventuelt en kræftplan III, som ministeren netop lovede, vil jeg blot opfordre til, at vi får undersøgt det her til bunds, således at vi rent faktisk får et kvalificeret grundlag at debattere på.

I forhold til rehabiliteringen har 70 pct. af de 32.000 personer, som årligt bliver ramt af kræft, brug for et tilbud om rehabilitering, der både er fysisk, psykisk og socialt. Kun 17 kommuner tilbyder i dag rehabilitering af kræftpatienter. Det burde være alle kommuner, der havde rehabiliteringsprojekter i gang, så også her er vi langt fra i mål.

I forhold til den palliative indsats har vi nogle steder i landet specialiserede palliative enheder og hospicer, mens der i andre områder kun er begrænset viden og få tilbud. Vi er kommet alt for langsomt i gang her, og vi skal have sat tempoet ganske betydeligt i vejret.

Et andet problem, som regeringen ikke har taget hånd om, er sommerferien. Vi ser patienter, der venter og venter i sommerferien. Man kan sammenligne det med et elværk, som godt kan finde ud af at holde sommerferie, mens der stadig væk er strøm, men vi har den problemstilling på hospitalerne, at folk går på ferie og der rent faktisk ikke er behandlingstilbud. Det betyder, at patienter, som skal behandles i løbet af sommeren, ikke kan få den behandling, de har krav på og skal have.

På uddannelsessiden venter vi også. Mangelen på speciallæger vokser, de ledige sygeplejerskestillinger tælles ikke i hundreder, men i tusinder. På uddannelsesområdet har vi stadig

væk et efterslæb, og det skal vi have taget hånd om.

Derudover er det dybt beklageligt, at regeringen har fravalgt at gøre en helt nødvendig indsats på kræftområdet ved at se på forebyggelsen. Hvis regeringen og Dansk Folkeparti for alvor ville konstruere en fremadrettet indsats på kræftområdet, kunne man jo passende have lyttet til Forebyggelseskommissionens forslag om at hæve tobaksafgifterne. Det udspil så vi i SF på med meget positive øjne, mens regeringen og Dansk Folkeparti valgte at skyde det ned, inden blækket var tørt. Der er i vores øjne ingen tvivl om, at højere tobakspriser er en forebyggende indsats, som virker på lang sigt. Paradoksalt nok nævnes det også i kræftplan II, at der skal være fokus på tobaksforebyggelsen, men her venter vi stadig.

Så overordnet set går det altså fremad, ja, men vedrørende såvel rehabiliteringen, den palliative indsats, på uddannelsesområdet og i særdeleshed vedrørende den forebyggende indsats er vi stadig væk langt fra i mål.

Kl. 16:47

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak til SF's ordfører. Vi går videre med fru Vivi Kier som ordfører for De Konservative.

Kl. 16:47

(Ordfører)

Vivi Kier (KF):

Kræftbehandlingen sættes med denne forespørgsel til debat. Det er et meget vigtigt fokusområde, for der bliver heldigvis gjort mange, mange rigtige og fornuftige tiltag på hele kræftområdet. I forespørgslen her er der fokus på mange væsentlige områder, som tilsammen udgør et hele, men som også bliver svære at kommentere på enkeltvis.

For mig som konservativ er det vigtigt, at vi har reageret og handlet på de u hensigtsmæssigheder, vi har set i hele kræftbehandlingen. Først kom kræftpakke I dernæst kræftpakke II, og begge har højnet kvaliteten i kræftbehandlingen, samtidig med at der er skabt bedre behandlingsmuligheder.

Kræftområdet er et område, hvor der hele tiden forskes, og vi ser igen og igen nye behandlingsformer og nye tilbud. Derfor finder jeg det også væsentligt at rose regeringen for second opinion-ordningen, som har gjort det muligt, at vi får styrket den eksperimentelle behandling. Så er der indført en HPV-vaccine, der er indført screening for livmoderhalskræft og brystkræft, pakkeforløb for 34 kræftformer, kontaktpersons-

ordning, effektivitet i arbejds gange og målrettet indsats i strålebehandling.

Når jeg står og nævner alt det her, kan det jo lyde, som om jeg vil gøre regeringen både hellig og selvfed, men det vil jeg ikke på nogen som helst måde. Men det er for at sige, at vi gennem alle årene lige siden 2001, da vi overtog regeringsmagten og stod over for en enorm udfordring med kolossale ventelister på det her område, faktisk har sat en masse handling i gang.

Det næste indsatsområde skal være en langt tidligere opsporing af kræftsygdomme. Forebyggelseskommissionen er kommet med deres bud, og stort set alle partier har været ude og levere deres vinkel på spørgsmålet. Så kræftplan II skal naturligvis også lægge vægt på den tidlige opsporing – hvilke signaler man som borger skal være opmærksom på, og hvad man som borger selv kan gøre for at leve lidt sundere. Ikke mindst er der hele rehabiliteringsindsatsen, som også skal have et langt større fokus.

Det allerallerbedste ville jo være, hvis vi helt kunne udrydde kræft, for kræft er en alvorlig sygdom, som medfører store menneskelige omkostninger, ikke bare for den syge, men også for alle de nærmeste pårørende. Og mange forbinder desværre også det at få kræft med at få afsagt en dødsdom. Heldigvis ser vi med de mange nye initiativer på kræftområdet, at flere og flere mennesker bliver helbredt for deres sygdom, og for at kunne få en høj grad af helbredelse kræver det også, at vi kan registrere symptomer langt tidligere, end vi gør i dag.

Hermed signalerer jeg også, at der stadig væk ligger et stort arbejde forud. Alt er bestemt ikke rosenrødt, og alle kan stadig væk fortælle negative enkelthistorier. Men med alle de mange handlinger, tiltag og pakkeforløb, der er sat i gang, vidner det altså også om et område, hvor vi heldigvis også oplever positive historier. Kræftområdet skal fortsat have en stærk bevågenhed og et stærkt fokus.

Kl. 16:51

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak til den konservative ordfører. Så er det fru Lone Dybkjær som ordfører for Det Radikale Venstre.

Kl. 16:51

(Ordfører)

Lone Dybkjær (RV):

Tak. Ministeren sagde i sin indledning, at vi var tæt på målet. Det kan man selvfølgelig godt sige ud fra den vinkel, at vi har nået nogle målsætninger i nogle af de handlingsplaner, vi har sat i

gang. Men man kan jo ikke sige, at vi er tæt på målet, når det drejer sig om kræfttilfælde eller om at udrydde kræfttilfælde her i landet. Og det synes jeg sådan set bør være den overordnede målsætning, som også den tidligere ordfører var inde på.

Derfor skal der jo satses meget mere på forebyggelse, og derfor er det surt, at regeringen allerede nu har skudt en del af Forebyggelseskommissionens forslag ned, f.eks. spørgsmålet om forhøjede cigaretafgifter, for jeg tror faktisk, at det ville have haft en effekt på de unge. Jeg tror, at det ville have betydet noget, hvis vi virkelig havde fordoblet cigaretprisen. Jeg tror, at det ville have været med til at sende et nødvendigt signal, at det ville have givet både en signaleffekt og en økonomisk effekt, som måske kunne have været med til at forhindre de unge i at begynde at ryge. Selvfølgelig skulle det kombineres med en eller anden form for oplysning i tilknytning til de her afgifter. Men oplysning gør det ikke alene, der skal også nogle effektive økonomiske midler til, og vi ved jo, at det virker.

Det har regeringen så ikke villet. Men i det mindste kan vi så opfordre regeringen til at arbejde i EU for, at man der får fordoblet cigaretafgifterne og de øvrige tobaksafgifter. Og der synes jeg virkelig man skal gøre energisk indsats. Det er jo alment kendt, at rygning er en medvirkende årsag til kræft.

Men ellers vil jeg koncentrere mig om to ting, nemlig den ene, som er spørgsmålet om personalemangel, og den anden, som er spørgsmålet om at få en tidligere udredning af, om man har kræft, så man kan komme i behandling. For det er jo ikke nok med en behandlingsret, det vigtige er jo sådan set at finde ud af, om man har en kræftsygdom eller ej, så man hurtigt kan komme i gang.

Der er mangel på personale, og jeg må sige, at det jo er noget, som Det Radikale Venstre har sagt hele tiden: Der vil komme mangel på personale i den offentlige sektor og altså også på det her område. Det skyldes flere ting, nemlig regeringens manglende vilje til at lave de nødvendige reformer, 1 måneds ventetidsgaranti – og ministeren behøver ikke at gå op i det røde felt, når jeg siger det, for det har indflydelse på personalespørgsmålet – og selvfølgelig også, at personalet nu går over i den private sektor, hvorved vi ikke får prioriteret de mest livstruende sygdomme først. Det er jo en realitet, og det er det, rege-

ringen har villet, men det kommer altså til at gå ud over andre.

Det kommer altså til at gå ud over de alvorligt syge patienter, hvis der ikke er sygeplejersker nok. Og der mangler sygeplejersker – det sagde ministeren jo også selv – og regionerne melder, at der mangler sygeplejersker, og regionerne melder også, at der mangler speciallæger. Mangelen på sygeplejersker er jo nærmest eksploderet i de senere år, der mangler allerede nu 2.400 sygeplejersker, og i år 2015 vil der mangle op til 6.900, vurderer Dansk Sygeplejeråd. Det kan måske godt være, at tallene ikke er helt præcise, men det er dog i hvert fald det niveau, vi snakker om.

Det, der er det afgørende, er jo, at det betyder, at der vil blive færre sygeplejersker pr. patient. Og det, som vi har fået dokumenteret både fra England og Amerika, er, at risikoen for, at patienterne dør af deres lidelser, stiger med 25 pct., hvis antallet af patienter pr. sygeplejerske stiger fra f.eks. 7 til 13. Tilsvarende er det sådan i USA, at hver gang en sygeplejerske får ansvaret for en patient mere, stiger patientens risiko for at dø med 7 pct. Så det er altså ikke helt ligegyldigt med de normeringer, og det er jo også derfor, at vi har haft fokus på det i ganske lang tid.

Det andet område, jeg vil koncentrere mig om, er spørgsmålet om en hurtigere udredning. Og der skal man, som der står i vores forslag til vedtagelse, sikre en tidlig, hurtig og rigtig diagnosticering af patienter med alvorlige symptomer. Patienter, som meddeler, at de har alvorlige symptomer, bør tages alvorligt og komme til en diagnosticering og blive diagnosticeret så hurtigt som muligt. Det er jo her, der går tid, det er jo her, der er ventetid, og derfor må man give praksissektoren en mulighed for at få en lettere adgang til at kunne få patienterne ind, sådan at de kan blive diagnosticeret ved hjælp af de højteknologiske apparaturer, vi har nu, og andre ting. Man bliver simpelt hen nødt til at sige, at det er vigtigt, at der direkte fra praksissektoren er meget kort og hurtig adgang til de nødvendige diagnostiske muligheder, måske også et diagnosticenter.

Det vil så sige, at det muligvis kræver, at praksissektoren styrkes uddannelsesmæssigt, men så må vi tage det med. Hvis vi overhovedet skal lykkes på det her område, skal praksissektoren og adgangen til diagnosticering styrkes betragteligt.

Kl. 16:56

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak til den radikale ordfører. Jeg ser, at der ikke er flere ordførere til stede. Så er det ministeren for sundhed og forebyggelse.

Kl. 16:57

Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):

Tak for debatten. Det er jo et meget vigtigt emne – og jeg synes, Folketinget har haft svært ved rigtig at komme op i det røde felt og kritisere og sige, at det ikke går godt, men man har gjort sig megen umage med ikke at nævne regeringen. Vi har dog også sat det her i gang, men det kan nu være lige meget, for vi skal ikke sådan sole os, vi skal glæde os over, det går godt, og det er jeg glad for at kunne konstatere at alle anerkender.

Til fru Lone Dybkjær vil jeg med hensyn til det, der blev sagt om at nå målet, sige, at jeg sådan set er enig i, at det når vi aldrig, men det blev i den sammenhæng sagt, at målet med kræftplan II var, at vi kom op i international standard. Det var også det, der fik formanden for Kræftens Bekæmpelse til at sige, at krisen kan aflæses, men at vi stadig væk og hele tiden skal have fokus på det.

Så vil jeg gerne lige rette den misforståelse, at jeg eller andre fra regeringen skulle have skudt hele Forebyggelseskommissionen ned. Tværtimod har jeg flere gange takket for et godt og solidt stykke arbejde, som kommer til at danne et grundigt afsæt for den nationale handlingsplan, som jeg vil lancere efter sommerferien. Der er mange forslag i den plan, bl.a. er der forslag om afgiftsforhøjelser, men det er vi jo allerede kommet med, og jeg var en af de første til at tale om det sidste sommer i forbindelse med et interview til Politiken. Så det blev født af regeringen. Vi har gjort tingene, da tid var. Jeg er fuldstændig enig med fru Lone Dybkjær i, at rygning er en af de værste faktorer, der er med til at fremkalde kræft, og derfor er det jo så paradoksalt, at hvor alle i dette Ting, fra Enhedslisten til regeringen og Dansk Folkeparti, er enedes om en rygelov, er Det Radikale Venstre det eneste parti, der står uden for vedtagelsen af den lov.

Må jeg så også få lov til at aflive en af de myter, der er om, at regeringen ønsker, at personalet i det offentlige sundhedsvæsen overgår til det private. Det er dog det værste sludder, jeg har hørt. Vi har tilført yderligere 2.500 læger og sygeplejersker til det offentlige. Der er ca. 43.000 offentligt ansatte sygeplejersker, heraf er ca. 235 – 235! – privatansat. Vi har 13.000-14.000 læger,

25 – og det er ikke i procent, det er 25 personer – er fuldtidsprivatansat. Så det er altså ikke rigtigt, hvad der bliver sagt. Men jeg forstår godt, hvor man politisk vil hen, når man siger, regeringen skubber alt personalet over fra det offentlige, selv om vi rent faktisk har tilført yderligere kræfter til det offentlige.

Jeg er også enig i, at vi skal sætte ind med forebyggelse mod kræft, for det er jo evident, at antallet af kræfttilfælde desværre er stigende i det vestlige samfund, og derfor skal vi selvfølgelig sætte ind med tidlig opsporing, og tidlig opsporing og forebyggelse vil også blive et element i kræftplan III. De praktiserende læger skal jo bl.a. have hjælp til den tidlige opsporing, ved at de får nogle meget præcise kliniske retningslinjer, for nogle kræftsygdomme er forholdsvis sjældne, og det er derfor ikke sikkert, at den praktiserende læge ser disse sygdomstilfælde så ofte, så derfor skal lægen have nogle kliniske retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen, så lægen kan finde ud af, hvilke lamper der er advarselsslamper. Det er igennem de praktiserende læger, vi skal have borgerne til at henvende sig tidligt, og det er de praktiserende læger, der skal kunne se advarselsslamperne.

Men som sagt vil jeg gerne takke for en god forespørgselsdebat, og jeg vil gerne takke for den brede enighed, Folketinget viser, om, at der sker store fremskridt på det her væsentlige område.

Kl. 17:01

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak. Der er lige et par korte bemærkninger, og den første er fra fru Lone Dybkjær.

Kl. 17:01

Lone Dybkjær (RV):

Det første er, at ministeren jo udmærket godt ved, at når Det Radikale Venstre stod uden for rygeloven, var det, fordi vi mente, at den var for slap – bl.a. syntes vi, det var for dårligt, at man kunne tillade rygning på private kontorer, fordi det for rengøringspersonalet indebærer, at der er tale om passiv rygning, og ministeren har selv erkendt, at det er et problem med passiv rygning generelt, altså, at det ikke er ufarligt.

Det andet er, at ministeren siger, at det er ministeren, der ligesom virkelig har gjort noget i forbindelse med cigaretafgifter. Nu bliver jeg nødt til at sige, at der er nogen, der har levet før ministeren, ikke? Det har jeg bl.a., og jeg har faktisk talt om øgede cigaretafgifter, ganske længe før ministeren har gjort det. Det, jeg har bebrejdet regeringen, er, at man har fastlåst nogle af-

gifter, som så oven i købet ligger helt fast de næste mange år, og det vil sige, at de udhules. Der kommer 4 kr. på cigaretter eller noget i den størrelsesorden, og det, jeg har sagt, er, at det langt fra er nok, og at jeg synes, at man skulle være gået meget højere op. Det vil man ikke, og det er derfor, de cigaretafgifter er for slappe og ikke kommer til at virke.

Kl. 17:02

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak. Så er det ministeren.

Kl. 17:02

Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):

Hvis vi skal have cigaretafgifterne højere op, hvad jeg sådan set gerne vil, skal det være i international sammenhæng; så skal det altså ske i EU-regi, for det kan jo ikke nytte noget, at vi meddeler vores borgere, der er rygeafhængige, at de skal gå ned og tage færgen til Polen og så i øvrigt købe et års forbrug og tage en masse dåseøl og alkohol og slik med hjem.

Med hensyn til rygeloven vil jeg sige, at det godt kan være, at det var begrundelsen fra Det Radikale Venstres side, at man måtte ryge på kontorer, men så må jeg bare sige, at så kan jeg bedre lide den arbejdsform, som Folketingets øvrige politiske partier har. Men blot fordi man ikke kan få det hele, vil man slet ikke være med til noget som helst. Rygelovgivningen er en lovgivning, der går et langt stykke i den rigtige retning, og jeg tror også, at den er med til at ændre opfattelsen af rygning og tilgangen til at ryge. Men Det Radikale Venstre har altså valgt, at kan man ikke få alt, vil man intet.

Kl. 17:03

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak. Så er det fru Lone Dybkjær for endnu en kort bemærkning.

Kl. 17:03

Lone Dybkjær (RV):

I denne sammenhæng er det, fordi vi kommer til at lave det om. Vi kommer også til at lave det med restauranterne om, og det synes vi bare er ærgerligt for de restauranter, der har investeret i det.

Men så vil jeg lige vende tilbage til det med, at regeringen sagde et eller andet om at sole sig. Jeg synes, det er for dårligt, at regeringen her har villet lave en dagsorden, hvor man ikke har villet forhandle overhovedet, og hvor man absolut ville have det med, at det er regeringen og Dansk Folkeparti, der har lavet alt det vidunder-

lige på det her område. Så kan ministeren jo ikke forlange, at vi skal stå her og rose det, når ministeren bare mener, at det vigtigste for ministeren er at markere, at der er et VKO-flertal, og at det gør alt det vidunderlige her i landet.

Kl. 17:04

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak. Så er det ministeren.

Kl. 17:04

Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):

Jeg vil sådan set gerne have brede aftaler, men nu taler vi jo om et historisk forløb, der går tilbage til 2002, og der er det jo – det er et historisk faktum – regeringen sammen med Dansk Folkeparti, der har løftet kræftbehandlingen; med stor hjælp fra personalet, men vi har dog skabt den økonomiske ramme. Det er jo historisk, at sådan er det.

Kl. 17:04

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak. Så er det fru Sophie Hæstorp Andersen for en kort bemærkning.

Kl. 17:04

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Det sidste synes jeg ærlig talt er noget værre vrøvl. Ministeren ved lige så godt som alle os andre, at der også er andre partier i Folketinget, som er meget optaget af kræftbehandlingen, og som også har været til forskellige forhandlinger og har ønsket, at det her blev sat på dagsordenen. At man så insisterer på, at der skal stå, at det netop er regeringen alene, der har gjort noget på det her område sammen med Dansk Folkeparti, er jo i hvert fald ikke at række hånden ud til brede aftaler om det, vi alle er enige om, nemlig at man skal være helt i top i dansk kræftbehandling.

Noget af det, som jeg var inde på i min ordførertale, var jo det her med, at man sikrer, at der hurtigt er medicin, men også i høj grad at der bliver investeret nok i nyt udstyr. Der er det jo meget sigende, at de midler, der er blevet afsat til at indkøbe nyt udstyr for de seneste par år, primært har været i form af låneadgang for regionerne til at købe ind. Det er bare ikke godt nok i længden. Vi står over for, hvis vi gerne vil blive ved med at være førende på kræftområdet, at vi måske skal have investeret i en partikelaccelerator på Rigshospitalet, og den koster jo nok en lille milliard. Der vil jeg bare spørge ministeren, om man også forventer, at det alene skal tilvejebringes via låneadgang.

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak. Så er det ministeren.

Kl. 17:05

Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):

Selvfølgelig er oppositionspartierne også optaget af at få en god kræftbehandling. Jeg kunne aldrig finde på at sige andet. Selvfølgelig er de det, men historisk set er det jo da VKO-flertallet, der har stemt tingene igennem via finanslovene. Det var såmænd bare det, jeg svarede på, og det er derfor, forslaget til vedtagelse er, som det er.

Med hensyn til investeringerne vil jeg sige, at de 850 mio. kr., der er sat af til at købe scannere og de tre strålekanoner, ifølge Danske Regioner er verdens største enkeltstående indkøb, og derfor har vi ifølge Danske Regioner gjort en meget, meget god handel. Jeg kan ikke stå her og sige, at der så ikke skal foretages yderligere investeringer. Tværtimod vil jeg tro, at der skal foretages yderligere investeringer. Hvad angår partikelkanonen, vil det, som jeg ser det, være en ting, der har så stor national interesse, at det ikke vil være en enkelt region, der vil skulle indkøbe den.

Kl. 17:07

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak. Så er det fru Sophie Hæstorp Andersen for endnu en kort bemærkning.

Kl. 17:07

Sophie Hæstorp Andersen (S):

Ja, det er historisk, at der bliver brugt rigtig mange penge på strålekanoner og scannere, men det må også siges, at det hele tiden sker for lånte midler ude i regionerne, fordi man ikke kommer med reelle penge. Det vil sige, at regionerne hele tiden skal ud og gældsætte sig yderligere for at få adgang til at købe både scannere og strålekanoner. Så vi får altså i stigende grad et sundhedsvæsen for lånte midler.

Et andet spørgsmål, jeg så vil stille, er om rehabilitering. Det er sådan, at vi allerede i dag i Folketingets Sundhedsudvalg har haft besøg af en deputation, som vi har talt med om rehabilitering af hjerneskadede. Men der er også mangel på rehabilitering af andre patientgrupper og især kræftpatienter. Hvornår udviser regeringen en grundlæggende forståelse for, at da man lavede strukturreformen og udelukkende lagde rehabilitering og genoptræning som et kommunalt ansvar og dermed også udelukkende gjorde det afhængigt af den kommunale økonomi, om der kom genoptræning og rehabilitering, så

gjorde man altså rigtig mange patienter en dårlig tjeneste? Og hvornår vil man gøre noget, der sikrer, at alle patienter – ikke kun kræftpatienter, men også andre patienter – får adgang til rehabilitering og genoptræning efter et sygdomsforløb?

Kl. 17:08

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak. Så er det ministeren.

Kl. 17:08

Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):

Nu er det jo sådan, at regionerne ikke kan opkræve skat, så der er kun et sted, regionerne kan få penge fra, og det er fra skatteyderne. Det får de altså så i de årlige økonomiforhandlinger, som indledes her i maj måned. Det er helt normalt, så længe vi har haft regioner, at de får deres penge fra skatteyderne, altså fra staten.

Med hensyn til rehabilitering mener jeg ikke, at vi skal lovgive om enkelt diagnoser. For det er rigtigt, at det ikke kun er kræftpatienter eller hjertepatienter eller hjernepatienter, som har brug for rehabilitering. Det har alle. Rehabilitering betyder at kunne komme tilbage til livet efter en sygdom og leve med sin sygdom og fokusere på livet i stedet for at fokusere på sin sygdom.

Der har jeg i kommuner set nogle barrierer for ikke at løfte den her opgave, og derfor har jeg indkaldt til møder – de møder foregår allerede på embedsmandsniveau – mellem KL og Danske Regioner for at få klarlagt de her barrierer og for at finde ud af, hvordan vi får en bedre rehabilitering. For det skylder vi diabetespatienterne, det skylder vi KOL-patienterne, det skylder vi patienterne med muskel- og skeletbesvær, i det hele taget alle de kroniske patienter. Der har vi afsat 585 mio. kr. til at få nogle kronikerpakker, og det opfatter jeg også som rehabilitering.

Kl. 17:09

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak. Så er det hr. Jonas Dahl for en kort bemærkning.

Kl. 17:09

Jonas Dahl (SF):

Jamen jeg blev lidt overrasket, da jeg hørte, hvad ministeren sagde. Man kører igen den her trummerum med at sige, at man overhovedet ikke vil kigge på de her tobaksafgifter i Danmark, for der kan man ikke gøre så meget, alle kører over grænsen, og så tør man i øvrigt slet ikke gøre noget. Altså, det svarer lidt til at sige,

at vi jo sådan set også regulerer benzinafgifterne, og så er de lidt højere eller lidt lavere på andre tidspunkter i Tyskland. Men jeg vil gerne høre: Hvad har ministeren aktivt gjort for at tage det her spørgsmål op i EU?

Kl. 17:10

Den fg. formand (Jens Vibjerg):
Tak. Så er det ministeren.

Kl. 17:10

Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):

Jeg fik også det spørgsmål på lægernes årsmøde den 25. april, og der meddelte jeg, at jeg ville tage det op næste gang, vi mødes til et ordinært sundhedsministerrådsmøde i EU. Så jeg har meddelt, at jeg vil tage det spørgsmål op der. Jeg synes, det er et meget relevant spørgsmål.

Kl. 17:10

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak. Hr. Jonas Dahl for endnu en kort bemærkning.

Kl. 17:10

Jonas Dahl (SF):

Det synes jeg er en ualmindelig tynd besvarelse. Så sent som i går var der møde på Økofin, hvor de faktisk diskuterede det. Det foregår i det regi, og man diskuterer tobaksafgifterne, og der har man kunnet se af den danske regerings indstilling, at der ingen initiativer var til at tage den her problemstilling op. Det er fireårige aftaler, man laver på tobaksområdet, det burde ministeren også vide, og alligevel har det åbenbart ikke været diskuteret på det Økofin-møde, der var i går. Det skuffer mig, at ministeren står og fortæller, at man vil tage det op i EU, og så har man rent faktisk ikke gjort det, når man havde muligheden.

Kan ministeren bekræfte, at det ikke blev diskuteret i går, og kan ministeren bekræfte, at han ikke har haft kontakt til den minister, der deltog på Økofin-mødet i går?

Kl. 17:11

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak. Så er det ministeren.

Kl. 17:11

Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):

Jamen det kan jeg ikke bekræfte, for jeg kender ikke noget til den sag, som hr. Jonas Dahl omtaler. Jeg kan bare sige, at jeg skal mødes med mine sundhedsministerkollegaer, og der har jeg meddelt i en bredere skare, hvor der også var journalister til stede, at jeg ville rejse det her spørgsmål, fordi jeg mener, at vi bedst løser pro-

blemerne med forebyggelse af tobak via højere priser ved at gøre det i en international sammenhæng.

Kl. 17:11

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Tak til ministeren

Da der ikke er flere, som har bedt om ordet, er forhandlingen sluttet.

Afstemning om de fremsatte forslag til vedtagelse vil som nævnt først finde sted i morgen.

Det næste punkt på dagsordenen er:

4) 1. behandling af beslutningsforslag nr.

B 146:

Forslag til folketingsbeslutning om familieorienteret alkoholbehandling.

Af Karl H. Bornhøft (SF) m.fl.

(Fremsættelse 27.03.2009).

Kl. 17:12

Forhandling

Den fg. formand (Jens Vibjerg):

Forhandlingen er åbnet. Ministeren for sundhed og forebyggelse.

Kl. 17:12

Ministeren for sundhed og forebyggelse (Jakob Axel Nielsen):

I beslutningsforslag B 146 opfordres regeringen til inden den 1. juli 2010 at etablere en ret for børn og andre nærtstående pårørende til alkoholmisbrugere til at få tilbudt familieorienteret alkoholbehandling. Begrundelsen for forslaget er, at børn med en mor og far, som drikker, har langt større risiko for at få psykiske lidelser eller blive anbragt uden for hjemmet eller forsøge selvmord eller bliver udsat for vold. Der er også stor risiko for, at børn af misbrugere ender med selv at blive misbrugere. Forslagsstillerne mener derfor, at det er nødvendigt at se familien som en helhed, og at familieorienteret behandling kan forbedre den drikkende parts situation.

Lad mig først og fremmest slå fast, at det er et alvorligt – meget alvorligt – samfundsmæssigt problem, at så mange børn vokser op i familier med alkoholproblemer. Det skønnes, at tallet er så stort som 122.000 børn mellem 8 og 18 år. Et alkoholproblem i familien er alvorligt, fordi det kan føre til omsorgssvigt og overskridelse af barnets fysiske og psykiske grænser.