

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 produktivitetsfremmende omlægninger i kræftbehandlingen på 150 mio. kr. Kapaciteten blev udbygget, og aktiviteten steg. Men der kom for alvor fremdrift i tingene, da regeringen i 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