

Kræftredegørelsen 2011

(Medlem af Naalakkersuisut for Sundhed, Agathe Fontain)

Forelæggelsesnotat

Det er med glæde, at Naalakkersuisut i dag kan lægge op til Inatsisartuts debat af ”Kræftredegørelsen 2011”.

Naalakkersuisut opfatter, at denne redegørelse er et vigtigt skridt på vejen mod en national kræftplan i 2013, der skal sikre befolkningen den bedst mulige kræftbehandling.

Inatsisartut har ønsket en kræftplan, der kan nedsætte hyppigheden af kræft samt foreslå muligheder til at forbedre forebyggelsen, kræftbehandlingen og den enkelte patients kræftforløb fra tidlig og hurtig diagnostik til den bedst mulige behandling, pleje og rehabilitering. Ved manglende mulighed for helbredelse skal kunne gives den bedste lindrende behandling. En sådan kræftplan kræver fokus, prioritering og ressourcer.

Sundhedsvæsenet behandler i dag dobbelt så mange kræfttilfælde som for 30 år siden. Det skyldes en reel stigning, men også at vi i dag lever længere, og flere dermed i deres levetid når at få kræft. Samtidig er kræftbehandlingen blevet meget mere kompliceret og specialiseret. Der kan i dag gives mere omfattende tilbud og tilbud mod flere typer af kræft, og selv i sene stadier af sygdommen. Det stiller store krav til koordinationen af behandlingen og vedvarende opdatering af de diagnostiske og behandlingsmæssige tilbud. Mange flere bliver i dag helbredt for deres kræftsygdom eller overlever længere. Det er glædeligt, men det stiller krav til tilbuddet om rehabiliteringen.

Når Naalakkersuisut nævner fokus, er det fordi Naalakkersuisut opfatter, at der skal fokus på de områder, hvor vi har specielt gode muligheder for forbedringer. Et af de allervigtigste områder er her: forebyggelse. Det er Landslægens opfattelse, at omkring 50 % af alle kræfttilfælde kan forebygges. Det gælder ikke mindst for vores hyppigste kræftform: lungekræft, hvor en stor del af tilfældene skyldes rygning. Men også indenfor andre områder er der forebyggelsespotentialer, der i dag ikke udnyttes. Specielt omkring øget fysisk aktivitet, at forebygge overvægt og at bedre kostvanerne samt på alkoholområdet: Alle disse områder er alle områder, der allerede i dag er fokusområder i Inuuneritta – og fortsat vil være det i Inuuneritta 2. Her skal vi gøre mere for at integrere og målrette indsatsen. Vores nye rygestrategi fra 2012 skal være med til at sikre dette.

Samtidig skal vi sikre, at den enkelte patient får det bedst mulige forløb fra tidlig diagnostik til rehabilitering – kendetegnet ved kontinuitet og tryghed.

Det er vigtigt, at kræft diagnosticeres tidligst muligt og behandlingen sker uden ventetid. I redegørelsen peges på, at grønlandske kræftpatienter ser ud til at få stillet diagnosen sent i forløbet. Det skyldes hyppigst, at patienten kommer sent med sine symptomer. Det må vi gøre bedre gennem både borgeroplysning og gennem uddannelse.

Hurtig diagnostik handler også om, at de rigtige diagnostiske hjælpemidler er til stede. Grønland har bl.a. via donation fået en MR scanner. MR-scanning indgår i dag oftest som en rutineundersøgelse ved mistanke om kræft. Samarbejdet med Danmark omkring hurtige og elektroniske svar på fx vævsprøver er ligeledes et område, der kan forbedres.

Kræftbehandling foregår i samarbejde med institutioner i Danmark, oftest Rigshospitalet. Hvis de nuværende tendenser fortsætter, så vil flere patienter i fremtiden blive behandlet udenfor Grønland. I dag er den medicinske kræftbehandling hjemtaget indenfor alle de kræftsygdomme, hvor det er praktisk muligt. Hjemtagningen af den medicinske kræftbehandling har sikret bedre vilkår for patienterne, idet de er sikret behandling tæt på familie og sociale netværk.

Kirurgisk kræftbehandling derimod bliver tiltagende specialiseret og centraliseres i dag i alle lande på få store sygehuse, for at sikre den nødvendige rutine og dermed den bedste kvalitet af behandlingen. Grønland har få kræftpatienter indenfor hver sygdomstype, og samtidig vil fremtidens kirurger i Grønland ikke være uddannet i kirurgisk kræftbehandling. Vi vil derfor skulle sende flere patienter til specialiserede operationer udenfor Grønland i fremtiden. Det stiller ekstra krav til koordination og sammenhæng i behandlingen.

Der tilbydes i dag systematisk befolkningsscreening for livmoderhalskræft (smearundersøgelsen). Udviklingen i udlandet går mod at indføre systematisk screening også for brystkræft og tyktarmskræft. Det skal udredes, om dette vil være muligt i Grønland også.

God kræftbehandling kræver god uddannelse. Der vil være behov for at sikre efteruddannelse og videreuddannelse af klinisk personale indenfor kræftområdet. En kræftplan vil også skulle kunne følges og evalueres. Der skal sikres bedre muligheder for overvågning ved at sikre opdaterede data på kræftområdet.

God kræftbehandling er ikke gratis. Ressourceforbruget til kræftbehandling er allerede nu stigende og vil øges, selvom vi ikke gør noget aktivt for at forbedre tilbuddet på kræftområdet. Det er kun få forbedringer på kræftområdet, der vil kunne iværksættes uden ekstra ressourcer – økonomiske såvel som praktiske. Med en kræftplan kan forventes stigende aktivitet både omkring udredning og behandling. Det kan give flaskehalse og nye behov. Samtidig kan den ønskede forbedring og det maksimale udbytte af investeringerne kun opnås, hvis kræftplanen implementeres i sin helhed.

Det er klart, at den vigtige kræftbehandlingsindsats nødvendigvis må indgå som en vigtig del af den samlede strategi på sundhedsområdet, og de rammer som Inatsisartut samlet ønsker at anvende til sundhedsområdet. Naalakkersuisut vil derfor i det kommende arbejde med en ny strategi på sundhedsområdet komme med et forslag til prioritering af kræftbehandlingsindsatsen, som står mål med både vore ambitioner på området og de økonomiske muligheder for at finansiere en sådan indsats.

Med disse ord håber Naalakkersuisut på en god diskussion i tinget.