**Høring på Christiansborg den 28. august 2019 fra kl. 9.00-13.00 i Landstingssalen.**

**Screening. Et fokus på screening som redskab i kampen for tidlig opsporing af lungekræftpatienter.**

Høringen skulle som tidligere år have været afholdt i Provianthuset, men på grund af tekniske vanskeligheder blev mødet flyttet til Landstingssalen.

**Moderator, journalist og forfatter Torben Kitaj**, indledte høringen med at sige, at vi i dag skal have fokus på screening som et redskab i kampen for tidlig opsporing af lungekræftpatienter, og belyse mulighederne for at opspore lungekræftpatienter tidligere og sikre øget overlevelse. Han gav derefter ordet til vores to værter Jane Heitmann, formand for Sundheds- og Ældreudvalget (V), og Kirsten Normann Andersen, sundhedsordfører (SF).

**Jane Heitmann** indledte med at sige, at flere overlever lungekræft, men patientantallet stiger. Kræftpakke IV har gjort det bedre for patienterne. Rygning dræber, og hver dag er der 40 børn og unge, der begynder at ryge. Der skal iværksættes flere ting, der gør rygning besværligt, blandt andet en prisstigning.

**Kirsten Normann Andersen** takkede initiativtagerne for arrangementet og sagde, at det var vigtigt at blive ved med at arbejde med forebyggelse.

**Formand Lisbeth Søbæk Hansen** bød velkommen og forklarede, at høringen var planlagt til afholdelse i maj, men fordi folketingsvalget blev udskrevet, var det blevet aflyst med kort varsel. Heldigvis var det blevet muligt nu.

Lisbeth fortalte, at screening er en mærkesag for foreningen og at hun fra sin første formandsdag har arbejdet for at få det gennemført, og at vi er kommet målet betydeligt nærmere.

**Zaigham Saghir, afdelingslæge på Gentofte Hospital, talte om, om det kan betale sig at screene personer i risikogruppen.** Han fortalte om screeningsresultaterne de sidste 10 år og sagde, at vi er blevet bedre til at behandle, men i 2017 fik 4.856 personer diagnosen lungekræft og 3.878 døde samme år af lungekræft. I 1950’erne undersøgte man med røntgen, men i slut 1990’erne gik man over til CT-scanning, og der viste det sig, at man kan finde sygdommen langt tidligere og på langt flere patienter. Det var en forbedring på 26% for mænd og 39% for kvinder. I 2011 blev der lavet en undersøgelse i USA med 54.000 deltagere med minimum 30 pakkeår bag sig og i alderen 55-74 år. Det viste sig med CT-scanning, at man kunne finde væsentligt flere patienter, hvilket betød, at 20% færre døde. Det europæiske NELSON-studie med 16.000 deltagere i alderen 50-74 år viste også, at overlevelsesprocenten blev betydeligt bedre. Der findes flere mindre studier, som også viser en bedre overlevelsesprocent. Der blev talt om, hvilke kriterier der skulle være for at få tilbudt screening og hvordan man skulle få folk i risikogruppen til at deltage Det er ofte de dårligst stillede, socialt som økonomisk, der ikke deltager i screeningsprogrammer. Der var forslag om invitation fra Sundhedsstyrelsen elektronisk, via de praktiserende læger eller mobile enheder. Fra salen blev det nævnt, at man mangler radiologer i stor stil. Måske kunne det løses ved internationalt samarbejde.

**Niels Kromann, professor Rigshospitalet og cheflæge i Kræftens Bekæmpelse, talte om, hvad screening har betydet for brystkræftområdet.** Han slog fast, at screening af brystkræftpatienter virker. Da det blev udrullet i sin tid, var der meget diskussion om overdiagnose, falsk positive svar og de bekymringer, det medførte. Også hvem der får tilbuddet og hvem der bruger det. Ligeledes har der været meget retorik om målemetoder og hvem der evaluerer og hvordan, hvor Cochrane-gruppen har udgivet upræcise og forældede oplysninger. Det har været svært at finde de rigtige til at evaluere. Brystkræftpatienters gennemsnitsalder er 65 år i Danmark. Den amerikanske anbefaling lyder på screening fra 40-74 år. Uanset det, er overlevelsen over 87% efter 5 år, og med de gode nyere behandlingsmetoder får patienterne et langt bedre liv end tidligere. **Jane Heitmann spurgte**, hvordan politikere være sikre på, at vi får den korrekte evidens, hvortil Niels Kromann svarede, at man kan have fuld tillid til Sundhedsstyrelsen, hvor de bedste eksperter bliver bragt i spil.

**Kåre Hornbech, overlæge Rigshospitalet, orienterede om, hvilken betydning det vil få for den kirurgiske behandling af lungekræft, hvis vi indfører screening.** Thoraxkirurgisk afdeling arbejder med operation af hjerte, lunger og spiserør. Godt 4.500 patienter om året bliver ramt af lungekræft, som er en meget alvorlig kræftform, og desværre giver den få eller ingen symptomer. Hvis det bliver opdaget i de tidlige stadier, er der basis for god overlevelse, men langt de fleste tilfælde opdages for sent. Problemet er tit, at kræften er vokset ind i de vitale dele, så man ikke kan operere, og operation er den bedste helbredelsesmetode. NELSON-studiet viser betydelig effekt af screeningsprogrammet. Danmark er på et topniveau i forhold til anbefalingerne, store centre, høj volumen, minimal invasiv diagnostik og kirurgi. I modsætning til mange andre lande, har vi samlet behandlingen i 4 store centre med super ekspertise, hvor andre lande har spredt det ud til mange små enheder, hvor man ikke opnår den samme ekspertise og rutine. I gamle dage, for ikke så længe siden, blev man opereret med åben kirurgi, men næsten alle operationer foregår nu ved VAT, altså kikkertoperationer, som er betydeligt mere skånsomme. Der er kirurger nok i øjeblikket, men der mangler radiologer.

**Ninna Wie Nielsen, pårørende til en lungekræftpatient, talte om screening set fra et patient- og pårørendeperspektiv**. En rørende og alvor beretning. Ninas mor blev kun 48 år. Det startede med en lungebetændelse i juni måned, og efter flytning til en ny lejlighed fik hun svært ved trække vejret. Det blev slået hen som måske noget skimmelsvamp. Men så blev hun indlagt for lungebetændelse. Det viste sig, at det var småcellet lungekræft med spredning til knoglerne, og moderen tabte sig 10 kg på kort tid. Kemo og stråler virkede rigtig godt, så alt så godt ud, sygdommen var i bero. Men efter et pludseligt krampeanfald, viste det sig, at der var kommet metastaser i hjernen. Ninnas mor blev indlagt på Palliativ Afdeling ved juletid, fik en kort opblomstring, men blev hurtigt dårlig igen og overflyttet til hospice, hvor hun døde den sidste dag i året. Ninnas mor var i højrisikogruppen, da hun begyndte at ryge tidligt. Ninnas anbefaling til screening var at starte screening af højrisikogruppen allerede som 40-årige.

**Jon Lykkegaard Andersen, overlæge Herlev og Gentofte Hospital, talte om, hvordan screening vil få betydning for den onkologiske behandling.** Han sagde, at der desværre var mange kræfttilfælde, og lungekræftpatienters overlevelse lå på 13-14%. Det er markant den højeste dødelighed af alle kræftformer. Flere kvinder end mænd får i dag lungekræft, men ved at indføre screeningreduceres dødeligheden. Det er altid et godt argument at tale med rygere om rygestop, og desuden skal tobakspriserne op, hvor det virkelig kan mærkes. Det nytter altid at holde op med at ryge. Der skal laves kampagner målrettet de unge, så de ikke begynder at ryge. Det gælder om at finde folk, der er i højrisikogruppen, finde en profil, eventuelt ved biomarkører, så man kan finde noget i spyt, sekret fra næse/svælg eller blod og urin, der viser hvor der er højrisiko. Man ved at højtuddannede er mindre truede af lungecancer. Patientgrupper der burde være behandlet, blev sammenlignet med en ligeværdig gruppe, der blev behandlet. Den behandlede gruppes overlevelse var langt bedre. Operation er altid det bedste, hvis det er muligt, men der skal være flere mulige tilbud til dem, der ikke kan opereres. Udnyttelse af nye forskningsresultater, immunterapi og højpræcisions strålebehandling, der korrigerer for vejrtrækning. Onkologer synes generelt også, at der er en god idé at screene med henblik på tidlig opsporing.

**Jes Søgaard, sundhedsøkonom og professor og leder af Dansk Center for Sundhedsøkonomi. Er det en bekostelig affære at indføre screening på lungekræftområdet?** Hvad koster det at drive et screeningsprogram? Det dyreste er 2.000 kr. pr. deltager pr. år. Oplysningerne er hentet fra hospitalernes IT-system, Det Grønne system, forkortet GS, men der følger en del ekstra udgifter med, så på længere sigt kender man ikke prisen. I Danmark har vi heldigvis mange registre, så på den måde er vi godt hjulpet, men vi ved for eksempel ikke, om der er forskel i pris på behandling i de forskellige stadier. Der diskuteres også, om man skal tage de overlevendes udgifter til sundhedssystemet med i beregningerne eller om deltagernes transport skal tages med og omkostningerne i mere levetiden. Man taler også om de negative omkostninger på 2 mia. kr. ved at folk dør ved 70 år. Det er vigtigt, at det ikke giver ekstra udgifter ud over de reelle screeningsudgifter, da man så kan holde prisen på 1.300-1.400 kr. pr. screening. Der er flere forskellige beregningsmetoder, som giver forskellige udgifter.

**Skal vi i fremtiden screene risikogrupper for lungekræft?**

**Debat med Kirsten Normann, Zaigham Saghir, Niels Kromann og Jes Søgaard og Kåre Hornbech.**

Vi kan ikke gå i gang med screeningen før vi kender prisen. Det skal være velforberedt og vi skal gøre os klar, også af hensyn til den nedsatte arbejdsgruppe. Vi vil gerne være på forkant med borgernes gode helbred, men det kan måske også give falsk sikkerhed. Hvordan finder man de screeningspåkrævede borgere, uden der opstår ulighed? Ofte kommer man jo for sent til lægen. Der var en antagelse om, at kræftpakkerne giver bedre mulighed for opdagelse. Men nej, kræftpakkerne løser ikke problemet, når det er lungekræft, kræftpakkerne kan ikke erstatte screening. Vi skal have fat i de unge. Det er et stort problem, at der er flere unge, der er begyndt at ryge. Det blev nævnt, at 66% af behandlingerne ikke virker så godt, som studierne viser. Vi skal have evidensen i orden. Vi skal have MTV, Medicinsk Teknologi Vurdering, indover. Vi tror på NELSON-studiets resultater, og under Dansk Lunge Cancer Gruppe, DLCG, er der nedsat en screeningsgruppe, der arbejder med sagen. Hvordan finder de patienter, der er målgruppen? Man kunne starte i en lille skala, dog ikke via praksissektoren, da de praktiserende læger ikke kan henvise til scanning, kun til kræftpakkeforløb. Det skal systematiseres og indkaldes elektronisk. Der blev også nævnt mobile enheder, der kunne flytte rundt ligesom de gamle TB-busser. Livmoderhalsscreeningen blev indført efter stort pres fra lægerne. Tilsvarende tarmkræft, som Fyns Amt havde gjort obligatorisk, som derefter blev udbredt til hele landet. Der blev anbefalet et nationalt program. Rent økonomisk er det immunterapi til lungekræftpatienter, der bruges allerflest penge på for tiden. Der er ikke penge til projektet fra en eventuel ekstra indtægt på forhøjede cigaretpriser. Der blev også diskuteret stigmatisering, hvor der var lidt divergerende holdninger. Der var ikke tvivl om, at der skal arbejdes for indførsel af screening.

**Opsamling og afslutning ved Torben Kitaj**

Tiden var løbet, så der var ikke plads til mange spørgsmål, men der var ikke tvivl om screening skal indføres. Vi er i gang med det forberedende arbejde, blandt andet DLCG- gruppen. Dog er der mange ting, der skal på plads, inklusive en politisk beslutning, så der ligger store opgaver forude.

**Tak for i dag ved formand Lisbeth Søbæk Hansen**

Lisbeth takkede oplægsholderne og deltagerne for en spændende og indholdsrig dag og bød på sandwich og muligheden for at netværke.

Ref: Jytte Lawsen