

## **TALEPAPIR**

*Det talte ord gælder*

<b>Tilhørerkreds:</b>	<b>Folketingets Sundhedsudvalg</b>
<b>Anledning:</b>	<b>Samråd (spm. AA-AJ) om maksimale ventetider til kræftbehandling m.v. fredag den 23. februar 2007</b>

**Spørgsmål AA: Ministeren bedes redegøre for udviklingen i ventelisterne på de danske strålecentre for patienter, der lider af kræft. Ministeren bedes desuden redegøre for, om alle patienter, der ikke kan tilbydes behandling i Danmark inden for den garanterede behandlingstid, har fået tilbud om behandling et andet [sted] i Danmark eller i udlandet.**

Svar:

Tak fordi jeg måtte komme i dette samråd. Det betragter jeg som en kærkommen lejlighed til at svare på de mange spørgsmål man har.

Jeg har den grundlæggende opfattelse, at vi alle sammen sidder her, uanset partimæssigt tilhørsforhold, besjælet af kun én ting. Og det er at gøre det bedst muligt for patienterne. Og dermed har vi jo også hver især en ambition om løbende at kunne følge det her område så tæt som overhovedet muligt. Og i øvrigt, så hurtigt det kan lade sig gøre, have svar på de spørgsmål, man måtte have. Sådan tror jeg at vi alle sammen arbejder.

Og så er der stillet nogle spørgsmål, som jeg skal svare på. Og for at tage det første først, så kan jeg sige, at fra november sidste år, hvor der jo for alvor kom, i hvert fald i relation til folketingets sundhedsudvalg, politisk fokus på det her område, da er ventetiden til strålebehandling faldet for alle kræftformer. Det gælder både kurativ strålebehandling, palliativ strålebehandling og strålebehandling som efterbehandling.

Det betyder også, at der for næsten alle kræftformer findes mindst et strålecenter i Danmark, der kan tilbyde strålebehandling inden for de maksimale ventetider. Vi holder skarpt øje med udviklingen i ventetiderne.

De kræftpatienter, der ikke kan tilbydes behandling inden for fristerne på deres eget center, skal naturligvis have et tilbud om behandling inden for fristerne på et andet center i Danmark eller i udlandet. Det er jo selve kernen i behandlingsgarantien, at kan man ikke give et tilbud på det for patienten naturlige center tættest på, så skal man have anvist et tilbud et andet sted.

Det er sygehusenes opgave at give det tilbud, og det er regionens ansvar, at alle patienter, man ikke selv kan behandle inden for fristen, får et tilbud om strålebehandling andetsteds inden for fire uger, hvis patienten ønsker det. I anden række er det Sundhedsstyrelsen, der spiller en rolle, hvis regionen ikke selv kan leve op til garantien, og jeg kan oplyse, at nu hvor vi er begyndt at følge op på det systematisk, da vil jeg selvfølgelig også følge med i uge for uge, hvor mange sager, der havner på Sundhedsstyrelsens bord. Og jeg kan oplyse, at for så vidt angår sidste uge, som var den første uge, hvor vi har validerede tal, da var der ingen situationer på strålebehandlingsområdet, hvor regionerne fandt det nødvendigt at involvere Sundhedsstyrelsen. Så man har, så at sige, fejlet for egen dør.

Siden nytår har ministeriet og Sundhedsstyrelsen i samarbejde overvåget de danske strålecentre for at sikre, at alle patienter får det tilbud, som de har krav på.

Det er rigtigt, som det også har været fremført i begrundelserne, at der har været en række registreringsmæssige problemer, som betyder at dokumentationen fra de første uger ikke har været anvendelig, fordi den ikke havde et indhold, hvor man med bestemthed kunne fastslå at regelgrundlaget var fuldt overholdt. Og jeg har selv den holdning, at vi jo beskæftiger os med noget, der er så alvorligt, at det ikke er nok, at vi tror. Vi skal også vide.

Og det er også baggrunden for, at jeg på et tidspunkt tog initiativ til at få rusket lidt op i det her, så dokumentationen kom på plads. Og efter et møde, der blev holdt i ministeriet med regionssundhedsdirektørerne den niende februar, er der sket en betydelig forbedring af data. Og det betyder så, at jeg i dag kan delagtiggøre udvalget i de data vi har fået fra regionerne for sidste uge, altså uge syv, og det vil jeg så fremover kunne gøre uge for uge. Altså hvis vi for eksempel fikserer et tidspunkt her fredag klokken 14. 30 , så kan jeg komme her hver fredag 14.30 og kunne give en aktuel status på, hvordan situationen ser ud. Jeg agter også at lægge det op på internettet. Så hvis nogen vil holde tidlig weekend og i stedet vil lade sig orientere på internettet, så kan det også lade sig gøre. Men det er jo noget Sundhedsudvalget selv bestemmer,

hvordan det vil tilrettelægge. Men det vil i hvert fald være sådan, at oplysningerne uge for uge vil blive tilgængelige.

Tallene fra uge syv viser, at der sidste uge var helt præcist 253 patienter, der i den uge påbegyndte strålebehandling.

Af de 253 patienter var der 212 patienter, som påbegyndte strålebehandlingen inden for fire uger.

Det betyder så omvendt, at 41 patienter påbegyndte strålebehandlingen efter at fire ugers-fristen var sprunget. Det, som imidlertid er centralt i forhold til behandlingsgarantien, sådan som den er vedtaget ved lov, det er, at Strålecentrene indberetter, at alle disse 41 patienter har fået et tilbud om behandling inden for fristerne på et andet center i Danmark eller i udlandet.

Et sådant tilbud kan gives generelt. Det fungerer sådan, at sygehuset tilbyder at finde behandling inden for fristerne på et andet center herhjemme eller i udlandet.

Hvis patienten ønsker det, skal sygehuset så finde et andet tilbud inden for fristerne. I nogle tilfælde har patienten ikke ønsket, at sygehuset skulle finde et sådant tilbud.

I andre tilfælde har patienten ønsket at modtage et andet tilbud, men har så valgt at afvise det konkrete tilbud, som sygehuset har fundet.

Det kan der være mange grunde til.

Men jeg kan oplyse, at der i uge syv var i alt syv patienter der valgte at tage imod et tilbud om behandling i udlandet inden for fristerne.

Endelig viser tallene, at i alt 163 patienter i uge syv var i en situation hvor de havde ventet mere end de 4 uger på at komme i strålebehandling og var i en situation, hvor de fortsat ventede. Det er et tal som selvfølgelig skal bringes ned. Og det er et tal som ideelt set burde være nul, hvis vi skal nå det servicemål, som jeg tror alle er enige i, nemlig at vi ideelt set skal kunne give behandling inden for tidsfristen i Danmark, og ikke bare i Danmark, men optimalt set på det center, som man bor tættest på. Så det er jo det store succeskriterium for os alle sammen at få det tal bragt ned. Jeg glæder mig over, at det er et tal som er faldet ganske voldsomt. Situationen var jo den, at da den store interesse opstod i november-december, der viste et øjebliksbillede, at der var 369 patienter som helt aktuelt stod og ikke var i behandling og havde ventet mere end

fire uger. Og det er altså det tal, 369, der i sidste uge var bragt ned 163. Det er mere end en halvvering og det er jo ganske positivt.

Nu ligger der så en ugemåling, og nu bliver det så interessant at følge dette området tæt hen over foråret.

Jeg glæder mig over, at der med det nye registreringssystem ligger et ganske solidt grundlag på dette område, og at tallene viser, at udviklingen går i den rigtigt retning og i forhold til behandlingssgarantien og lovgivningen. At der er vished, om at den er overholdt i uge syv. Og så håber jeg – og har også en forventning om, at den vil være tilfældet i uge otte, ni, ti og så fremdeles.

**Spørgsmål AB: Ministeren bedes oplyse, hvornår han forventer at alle kræftpatienter, der skal have strålebehandling, kan tilbydes denne inden for 1 måned.**

**Svar:**

Det må jeg sige, det har jeg en forventning om at de kan allerede i dag. Altså at regionerne allerede i dag sikrer, at patienterne får et tilbud inden for fire uger – enten, ideelt, på eget strålecenter, eller på et andet dansk center eller et center i udlandet. Det er jo det reglerne går ud på, og hele det her registreringssystem tager jo sigte på at sikre at disse regler også bliver efterlevet. Jeg tog som sagt tirsdag den 6. februar initiativ til at fremme det dokumentationsarbejde, der skal skabe sikkerhed for, at det

er tilfældet. De første opgørelser viser, som jeg har nævnt i den foregående besvarelse af spørgsmål AA, at danske strålebehandlingspatienter i øjeblikket får de tilbud om behandling, som de har krav på. Efter den lovgivning, som Folketinget har vedtaget.

Det betyder ikke, at ventetiden, som den fremgår på venteinfo, nødvendigvis kommer under fire uger alle steder. Tilbud om behandling andetsteds gives netop, når man ikke kan behandle inden for den maksimale ventetid på eget strålecenter. Det er regionernes opgave at sikre en lægefaglig prioritering af patienterne, som betyder, at de patienter, der tager imod et andet tilbud eller i stedet vælger en lidt længere ventetid på eget center, er de patienter, der ikke lider skade herved.

Det sundhedsfaglige opspil fra Sundhedsstyrelsen til at sikre, at man også tillidsfuldt kan foretage denne lægefaglige prioritering ude på centrene, den har også fundet sted. I december udsendte Sundhedsstyrelsen to papirer til strålecentrene gennem arbejdsgruppen nedsat under den særlige Task Force. Notaterne redegør for, at det især er patienter med brystkræft og prostatakkræft, der falder i denne kategori, hvor man bedst tåler at rejse eller som alternativ til det, bedst tåler at vente. Men jeg vil gerne understrege, at det i sidste ende selvfølgelig er en konkret vurdering af den enkelte patient, der skal finde sted.

Og det er også vigtigt at vi i den her diskussion forstår, at der er to mål, som vi skal holde os op imod. Det ene er behandlingsgarantien, som er meget firkantet og præcis, og som siger noget om, hvornår man skal have et tilbud inden for hvilke frister. Og på den måde kan man så tage stilling til om garantien er opfyldt. Det var den i uge syv.

Noget andet er, at hvis man skal give den helt optimale behandling i forhold til den enkelte patient, så skal man gå mere nuanceret til værks. Det er jo ikke godt nok at vente fire uger, hvis man har en sygdom, der gør, at man ideelt set skulle være i behandling efter en dag eller to.

**Spørgsmål AC: Kan ministeren bekræfte regionformand Orla Havs udtalelser til Morgenavisen Jyllands-Posten om, at det er mangel på personale, der er årsagen til ventelisterne og oplyse hvilke initiativer vil ministeren i givet fald tage for at løse dette problem.**

**Svar:**

Der er flere faktorer, der har betydning for, hvor mange patienter, vi kan strålebehandle – og dermed også for de ventetider, der kan opstå.

Man kan trække tre ting, helt grundlæggende, frem

*For det første* skal der være strålekanoner nok. Derfor har regeringen og Dansk Folkeparti skabt mulighed for en massiv investering i strålekanoner – og i modsætning til tidligere er midlerne de senere år øremærkede, så vi sikrer os, at det rent faktisk er kræftpatienterne, der får glæde af dem.

*For det andet* skal der være personale nok. Derfor har jeg aftalt med Danske Regioner at nedsætte et udvalg i regi af Sundhedsstyrelsen, som i øjeblikket ser på, hvordan vi kan sikre, at der er uddannet personale nok til at løse opgaverne i stråleterapien. Udvalget afrapporterer første gang 1. marts med initiativer på den korte bane og igen 1. april i forhold til mere langsigtede initiativer.

*For det tredje* skal arbejdet tilrettelægges, så mennesker og maskiner udnyttes bedst muligt. Derfor har jeg – også efter aftale med regionerne – og det er jo udvalget bekendt– igangsat en analyse af arbejdsgangene på strålecentre. Analysen er bestilt hos det nye kommunale og regionale evalueringsinstitut i Århus (KREVI). Formålet er at afdække forskelle de seks strålecentre imellem for på den måde at kunne udbrede de gode løsninger.

I sidste uge var vi jo i en situation, hvor tre af de seks strålecentre ikke havde patienter, der endnu ikke var sat i behandling og som havde ventet mere end fire uger på behandling. Og noget af det, der springer i øjnene, ud fra en lægmandsbetragtning, det er, at blandt andet strålecenteret i Herlev var i den kategori. I lyset af, hvilket center, der i særlig grad var problemer med før jul har man jo nået bemærkelsesværdigt flotte resultater på ret kort tid. Og jeg forstår, at nogle af de resultater har man jo netop nået ved, i lyset af den her sag, at se på, hvordan man kan gøre tingene anderledes. Og det bekræfter mig altså i, at hvis vi mere systematisk får afdækket, hvordan man griber opgaven an på de seks forskellige centre, hvor langt rækker de

personalemæssige ressource, apparatur-ressourcerne, hvordan laver man forskellige patient-flow, så er der noget at hente der.

Så sammenfattende kan man sige, at når vi skal se på, hvordan vi får nok kapacitet, så er der tre faktorer, altså apparatur og strålekanoner, personale og samspillet mellem personale og strålekanoner.

**Spørgsmål AD: Ministeren bedes redegøre for, hvad der er forklaringen på at Nordjylland, som tidligere er blevet fremhævet som et behandlingssted med korte ventelister, nu ikke kan sikre strålebehandling inden for 1 måned.**

**Svar:**

Nordjylland var et af de steder, da bølgerne gik højt før jul, hvor man havde korte ventetider. Og hvor man nu, og det er jo også dokumenteret i tallene fra sidste uge, er et center, hvor man ikke 100 pct. kan følge med. Og hvad kan forklare det?

Strålecentret i Aalborg er et af landets mindste. Centrets korte ventetid blev kendt vidt og bredt i december. Derfor er det også naturligt, at centeret har oplevet en tilstrømning af patienter, som har betydet, at ventetiderne er vokset.

Det ligger jo i sagens natur, at så længe kapaciteten ikke modsvarer behovet i Danmark under ét, så vil alle centre ikke kunne behandle alle inden for fristen. Når så patienterne flytter sig, så rykker det på forholdet mellem ventetiderne på de forskellige centre.

Derfor er det også vigtigt, at denne her sag har afstedkommet at der nu er tættere dialog mellem strålecentrene, der alle indgår i Task Force. Og et af de perspektiver, der er for det arbejde, det er at få opbygget en form for mere fælles booking. Sådan at man kan se den samlede danske strålebehandlingskapacitet mere dynamisk og under ét.

Det afgørende er, at de patienter, der må vente længere end fristen, får et tilbud om hurtigere behandling et andet sted. Og at man så i øvrigt prioriterer lægefagligt sådan, at de patienter, der har den længste ventetid og dermed får et andet tilbud – f.eks. i udlandet – er de patienter, der ikke får ringere behandlingsprognose af at vente længere eller rejse efter behandlingen.

**Spørgsmål AE: Hvornår forventer ministeren, at det vil være muligt at tilbyde alle danske kræftpatienter behandling i Danmark inden for behandlingsgarantiens maksimale ventetider?**

**Svar:**

Som nævnt havde 163 patienter ved indgangen af uge 7 ventet mere end 4 uger. Det tal skal selvfølgelig bringes ned og målsætningen er selvfølgelig at det bliver nul over tid.

At nå det nul er jo et kapløb mellem kapacitet og behandlingsmuligheder. For behandlingsmulighederne tager jo til – og heldigvis for det. Vores muligheder for at hjælpe kræftpatienter med strålebehandling er heldigvis blevet større i de senere år. Det betyder også et større pres på strålecentrene.

Strålecentrene behandler flere og flere patienter. I 2002 blev der givet omkring 160.000 behandlinger. I 2005 blev der givet 190.000 behandlinger. Og vi forventer, at antallet i 2006, der ikke er gjort helt op endnu, runder 200.000. Og udviklingen fortsætter i kraft af de puljer, som er afsat til indkøb af nye strålekanoner. Ved finanslovsaftaler mellem regeringen og Dansk Folkeparti er der skabt ekstraordinær mulighed for fuld finansiering af skannere og strålekanoner for 600 mio. kr. i både 2005 og 2006. Og i 2007 er der ekstra finansiering for 1 mia. kr. til scannere, strålekanoner og andet medicinsk udstyr efter regionernes prioritering. Og det er jo også meget naturligt, eftersom det er dem, der har ansvaret. En forespørgsel hos de seks kræftcentre viser, at der er planer om at anskaffe omkring 18 nye strålekanoner i de kommende år.

Samtidig er der iværksat en række tiltag, herunder analyser, der skal afdække, hvordan vi bedre udnytter både apparatur og personale til at behandle endnu flere patienter.

Så jeg er ikke i tvivl om, at vi vil blive ved med at øge antallet af behandlinger ganske betydeligt. Og jeg er også fortrøstningsfuld i forhold til, at vi i løbet af et par år kan matche efterspørgslen. Men der er så mange ubekendte i forhold til udviklingen, at det ville være letsindigt at komme med en klippefast forudsigelse af, hvornår behov og kapacitet lige præcist mødes.

Så meget desto vigtigere er der jo, at der så er et regelsæt der sikre, at den enkelte patient får det tilbud han/hun skal have.

Jeg kan i øvrigt nævne, at der i regi af Task Force for strålebehandling er iværksat et arbejde, der skal se på kapacitetsudviklingen målt i antal behandlinger. Det er et bedre mål for kapacitet end antallet af kanoner og vil i højere grad afspejle eksempelvis bedre arbejdstilrettelæggelse.

**Spørgsmål AF: Hvornår forventer ministeren præcist at kunne offentliggøre data om de interne ventetider på kræftområdet?**

**Svar:**

Vi har før jul offentliggjort mere retvisende, erfarede ventetider. Jeg har nærmere gjort rede herfor i min besvarelse af spørgsmål S 1199 stillet af Fru Charlotte Fischer.

Regeringen har besluttet at offentliggøre mere detaljerede opgørelser over ventetider i form af opgørelser over de interne ventetider for alle behandlinger, herunder kræftbehandlinger. Offentliggørelsen af de interne ventetider vil give patienterne bedre mulighed for at se, hvor de kan forvente et hurtigt behandlingsforløb. Og det må man forvente vil få sygehusene til at lægge større energi i at tilrettelægge behandlingsforløbene endnu bedre.

Opgørelserne sker gradvist. I løbet af foråret 2007 forventer vi, at offentliggøre interne ventetider for regioner og sygehuse fordelt på blandt andet 45 udvalgte operationer. Interne ventetider til operation for otte centrale kræftformer vil være blandt de 45 operationer.

Jeg forventer desuden, at vi vil kunne offentliggøre interne ventetider til kemoterapi og strålebehandling inden udgangen af 2007.

**Spørgsmål AG: Hvordan vil ministeren sikre, at Folketinget løbende orienteres om status for udviklingen på kræftområdet, herunder efterlevelsen af behandlingsgarantien?**

**Svar:**

Til det kan jeg sige, at jeg vil - i forlængelse af det, jeg mener jeg har givet tilsagn om og har stillet i udsigt på de samråd vi havde før jul – drage omsorg for at Folketinget og offentligheden i øvrigt og ikke mindst patienterne holdes orienteret om de registreringer, der nu indløber på ugebasis fra regionerne.

Jeg har oprettet en ny tværgående Kræftenhed mellem Indenrigs- og sundhedsministeriets departement og Sundhedsstyrelsen. Det er en enhed, der blandt andet har til opgave at monitorere udviklingen på kræftområdet. Og det tager sit udgangspunkt i strålebehandlingen, men tanken er selvfølgelig, at vi over de kommende måneder vil kunne en tættere overvågning i værk. Og det er jo i hvert fald mindst for at skabe et bedre vidensgrundlag for de relevante beslutningstagere. Og derfor vil jeg naturligvis også jævnligt informere Sundhedsudvalget om udviklingen – ligesom det i øvrigt er tilfældet på en række andre områder.

Og som sagt så kan fredag 14.30 være det ugentlige tilbagerapporteringstidspunkt. Men der kunne også findes andre former. Det er jeg sådan set helt åben overfor.

**Spørgsmål AH: Ministeren bedes redegøre for om ministeren har udnyttet alle sine muligheder for at sikre den nødvendige og anbefalede udbygning af strålebehandlingskapaciteten**

**Spørgsmål AI: Ministeren bedes redegøre for i hvilket omfang og hvornår ministeren henholdsvis ministeriet har været bekendt med, at der maglede indkøb af ti strålekanoner til kræftbehandlingen i amterne (nu i regionerne) i forhold til det planlagte og anbefalingerne i kræftplanerne.**

## Svar

Til det kan jeg sige, at jeg kan ikke bekræfte, at der skulle mangle ti strålekanoner. Jeg tror i øvrigt, at det er en lidt forsimplet tilgang til det, alene at fokusere på antal kanoner. Det siger i virkeligheden ikke så meget om den faktiske kapacitet, idet der kan være forskellig udnyttelse af den enkelte strålekanon. Så hvis vi skal have et rigtigt mål for, hvor vi er, og hvor vi skal hen, så skal man ind og se på det antal behandlinger, som vi er i stand til at give. Og derfor skal vi ind i samspillet mellem kanon, personale og arbejdsgange.

Det jeg derimod kan bekræfte i forhold til det spørgsmål, der er stillet, det er, at udbygningen af kapaciteten ikke er foregået i tilstrækkeligt højt tempo. Således kunne vi i 2004 konstatere med Sundhedsstyrelsens opfølgning på Kræftplan I, at kapaciteten i 2003 kun svarede til det niveau, som var forudsagt for 2002. Det er bl.a. på den baggrund, at jeg eksempelvis til Politiken har tilkendegivet, at ressourcerne til udbygningen ikke er blevet anvendt målrettet nok. Og det er også en af de iagttagelser, jeg har gjort mig historisk, der ligger bag mit synspunkt om, at systemet med 15 amter var et system, der havde spillet fallit, da det viste nogle betydelige planlægnings- og styringsmæssige svagheder.

Da kapaciteten viste sig at halte efter den ønskede udvikling, reagerede regeringen straks. Allerede samme år afsatte regeringen sammen med

Dansk Folkeparti på Finansloven for 2005 300 mio. kr. til lånepuljer til indkøb af strålekanoner.

I 2005 kom så kræftplan II og en række yderligere evalueringer af kapacitetsbehovet for strålekanoner. Igen i 2005 afsatte vi på Finansloven for 2006 som en del af økonomiaftalen med amterne 300 mio. kr. til låneramme til fuld finansiering af strålekanoner.

I foråret 2006 forelå de regionale stråleplaner, som er baggrunden for udmøntningen af lånepuljen. Igen i 2006 afsatte vi i økonomiaftalen for 2007 800 mio. kr. til indkøb af udstyr og yderligere 200 mio. kr. på Finansloven for 2007 til indkøb af strålekanoner og scannere. Vi har således foretaget det nødvendige kursskifte og over tid tilstræbt at gøre

ressourcerne mere målrettede for at opnå de ønskede resultater. Og vi har jo også, i lyset af det vi iagttog på dette som på andre områder, reformeret strukturen i sundhedsvæsenet, hvis nogen skulle have glemt det.

I 2007 forventer de danske strålecentre at kunne producere i omegnen af 214.000 behandlinger. Ifølge Accelerator-rapport II skulle der i 2007 være behov for mellem 214.000 og 236.000 behandlinger.

I 2006 kom regionernes stråleplaner, som har revideret fremskrivningen af behovet for de kommende år. Ifølge disse stråleplaner er behovet i 2007 noget højere end Accelerator-rapporten II beskrev. Men da disse

stråleplaner kom, da var vi allerede i gang. Regeringen og Dansk Folkeparti havde på baggrund af økonomiaftaler med de gamle amter, udmøntet én strålepulje og i færd med at udmønte den næste

Ifølge stråleplanerne vil der i 2009 være behov for godt 300.000 behandlinger. På samme tid forventer de danske strålecentre at kunne producere 298.000 behandlinger.

På den baggrund er jeg fortrøstningfuld, hvad angår forholdet mellem behovet for strålebehandling i Danmark og det antal behandlinger, som de danske strålecentre kan præstere.

Og derfor synes jeg, i forhold til det spørgsmål som jeg måske foregiber, hvis jeg skal møde op næste uge og svare på det én gang til. Ja, så synes jeg, at regeringen løbende har reageret konkret på de informationer, der forelå omkring udviklingen i kapacitetsbehovet for strålebehandling

Lad mig dog slå fast, at forholdet mellem kapacitet og behov er et spørgsmål, som der hele tiden skal være fokus på, og det er en af de opgaver som den nye Task Force for strålebehandling har fået og som den vil skulle beskæftige sig med i fremtiden ret indgående.

Kapacitetsudviklingen på stråleområdet er underlagt nogle dynamiske effekter. Behovet for strålebehandling er et produkt af befolkningsudviklingen og af den løbende udvikling i brugen af strålebehandling. Faktorer, som indførelsen af for eksempel screening og indførelsen af mere moderne strålemetoder, spiller også et stor rolle for det behov man skal adressere.

Det er en løbende, ledelsesmæssig opgave i den enkelte region og i det enkelte syghus og center at få udnyttet sit apparatur bedst muligt, eksempelvis om aftenen og i weekender. Det er jo noget af det, der har betydning for, om man kan lave flere behandlinger end antaget pr. strålekanon.

Og derfor er det for enøjjet kun at se på antallet af strålekanoner. I virkeligheden skulle man arbejde med et virtuelt strålekanonbegreb, for det er antallet af behandlinger, der er det interessante. Og kan man opnå et større antal behandlinger ved at udnytte den eksisterende kapacitet, så er det jo lige så godt som at tilvejebringe ny kapacitet.

Derfor skal man løbende følge kapacitetsbehovet, og derfor kan det være svært helt skråsikkert at fastslå tre, fire eller fem år frem i tiden, om der mangler et helt eksakt antal kanoner.

Men man skal bruge behovsfremskrivningerne som et pejlemærke for, om et område trænger til en saltvandsindsprøjtning. Og det er den form for monitorering som Regeringen har benyttet. Og da vi kunne se, at udbygningstakten ikke var helt som vi ønskede det, så har vi jo også handlet på det i dynamisk samspil med Dansk Folkeparti, som jo er det parti, som har været med til at sikre bevillingerne til området.

På den baggrund er det min vurdering, at jeg har udnyttet alle mine muligheder for at sikre den nødvendige og anbefalede udbygning af strålekapaciteten.

**Spørgsmål AJ: Ministeren bedes redegøre for forløbet vedrørende installationen af kræftkanoner i Næstved, herunder tidsforløbet.**

**Svar:**

Om det kan jeg sige, at det er rigtigt at forløbet omkring strålebehandlingskapaciteten på Næstved sygehuse har taget lang tid. Også for lang tid efter min opfattelse.

Men man må også sige, at forløbet omkring Næstved er en udmærket illustration af både vigtigheden og vanskeligheden ved at afveje kvalitet i behandling og nærhed over for hinanden.

Jeg har godt set – og det er vel også baggrunden for, at nogle interesserer sig for det her – at man i den sjællandske lokalpresse har kunnet citere et tidligere medlem af Storstrøms amtsråd for at mene, at jeg bærer en stor del af skyldes for, at det har taget lang tid at få det hele på plads nede i Næstved. Den kritik, synes jeg, er fejlplaceret.

Spørgsmålet om etablering af strålebehandlingskapacitet i Næstved blev rejst af det daværende Storstrøms Amt, der havde et ønske om at opbygge en strålebehandlingskapacitet i Næstved ud fra det hensyn, at denne funktion ville ligge tættere på patienternes bopæl end Rigshospitalet, hvor behandlingerne ellers skulle foregå. Efter det for

mig oplyste, blev det i 1999 aftalt mellem amtet og den daværende sundhedsminister Carsten Koch, at mulighederne for etablering af en sådan funktion skulle undersøges. Der skete så vist ikke alverden under hverken Carsten Koch eller de to følgende socialdemokratiske sundhedsministre. Dog har den daværende sundhedsminister Arne Rolighed på et møde i april 2001 bl.a. aftalt med Storstrøms Amt, at amtet skulle tilvejebringe dokumentation for, at det nødvendige personale kunne skaffes. Og det var sådant set et meget fornuftigt ønske fra statsligt hold. Et ønske der havde til formål at sikre, at behandlingen i Næstved kunne foregå med den fornødne kvalitet uden at rekruttering gik ud over den samlede kræftplanlægning. Som jeg havde lejlighed til at gøre opmærksom på i forbindelse med en besvarelse af et § 20

spørgsmål til Folketinget – S 4464 – den 28. juni 2004 – så kunne jeg som udgangspunkt godt forstå hensigten bag amtets ønske, men mente – og mener fortsat – at det måtte være en forudsætning, at den faglige kvalitet er i orden. Og at det ellers ville være at gøre patienterne en bjørnetjeneste. Det centrale i den proces har således været - af hensyn til patienterne - at sikre at forudsætningerne for det faglige niveau var på plads. Dette arbejde er foregået i en løbende dialog mellem Storstrøms Amt, Hovedstadens Sygehusfællesskab og Sundhedsstyrelsen, idet funktionen i Næstved skulle etableres via en samarbejdsaftale mellem det daværende H:S og Storstrøms Amt. Sundhedsstyrelsen har været med på sidelinien for at vurdere om fagligheden og kvaliteten var i orden.

Der er formentlig divergerende opfattelser mellem H:S og Storstrøms Amt om deres respektive ansvar for det udefra set relativt langstrakte forløb. Det vil jeg ikke gå nærmere ind på. For så vidt angår Sundhedsstyrelsens rolle, og dermed også indirekte mig egen, så har den jo været at sikre, at det, der blev etableret, både var fagligt forsvarligt og led i en hensigtsmæssig, samlet planlægning.

Jeg ville finde det kritisabelt – og det håber jeg da, at alle omkring bordet her også ville gøre – hvis ministeren i en sådan sag tromlede sig igennem og tilsidesatte den faglige vurdering, som Sundhedsstyrelsen støttet af de faglige kredse i bl.a. Kræftstyregruppen har foretaget undervejs i dette forløb.

Om det tidsmæssige forløb kan jeg i øvrigt oplyse, at Storstrøms Amt den 14. oktober 2004 som afslutning på forløbet om aftale og faglig vurdering sendte en præcisering af amtets tillægsaftale med H:S, og at Sundhedsstyrelsen afgav en udtalelse herom den 19. oktober 2004.

Herefter kunne amtet så gå i gang med den praktiske etablering.