

Igen i år var der stor tilstrømning til PROPAs årsmøde



PROPAs NYHEDSBREV Maj 2004

ÅRSMØDET OG GENERALFORSAMLINGEN	2
OPERERES DER FOR MEGET	13
DEN FAGRE NYE VERDEN OG STRÅLEBEHANDLING AF PROSTATAKRÆFT	17
HYPPIG SEX SÆNKER MÅSKE KRÆFTRISIKO.....	18
BRUG AF EPO I DANMARK	19
BESTYRELSESMEDLEMMER OG SUPPLEANTER.....	20



Årsmødet og generalforsamlingen lørdag den 17. april 2004

Igen i år var der stor tilslutning til årsmødet, 120 var mødt frem i auditoriet på Patologisk Institut på Odense Universitetshospital. Mødet startede med den ordinære generalforsamling og fortsatte med to gode indlæg. Første indlæg var af overlæge Niels Svolgaard, Odense Universitetshospital, der fortalte om behandlingen af prostatacancer i almindelighed i Danmark.

Niels Svolgaard sluttede med at fortælle lidt om den ny frysemetode, man har taget i brug i Odense. Denne behandling kan evt. erstatte den radikale operation samt de anvendte strålebehandlinger med ekstern stråling eller indlæggelse af radioaktive "seeds". Behandlingen har den fordel, at den kan gentages, og at den også kan anvendes i tilfælde af tumordannelser udenfor prostata f.eks. i blære eller nyre.



Frysebehandlingen har tidligere været anvendt, men blev opgivet på grund af for omfattende bivirkninger. Disse skulle med den nye metode være mindre, idet frysebehandlingen nu kombineres med en varmetilførsel i behandlingsforløbet.

Der var mange spørgsmål til Niels Svolgaard, og derfor blev tiden knap. Vi håber her i Nyhedsbrevet senere at kunne bringe en uddybende artikel om frysebehandlingen.

Herefter var der frokost i instituttets flotte kantine. AstraZeneca havde været så venlig at sponsorere dette arrangement.



Efter frokost havde konsulent, cand.scient Hanne Dahlerup, Kvalitetsafdelingen Århus Amt, et indlæg om sygehusenes kvalitet i behandlingen af patienterne.

Hanne Dahlerup har været med i den arbejdsgruppe, der formulerede og prioriterede anbefalinger til sundhedspersonalet med det formål at sikre en god kvalitet i de mellem menneskelige relationer i patientens møde med sundhedsvæsenet. I hvert fald alle mænd i salen havde haft mange af den slags møder, og der var derfor en naturlig interesse for initiativet. Som det blev sagt: "Vi ligger ofte vandret for sundhedsvæsenet". Der var derfor også en del spørgsmål og bemærkninger inden mødedagen sluttede kl. 15.



Generalforsamlingen

I et særligt afsnit bringer vi bestyrelsens beretning, der blev forelagt af formanden Ole Mortensen. emne beretning blev efterfulgt af beretninger fra regionerne og fra den internationale kontaktmand Jørgen Petersen. Beretningerne blev godkendt af forsamlingen, der derefter skulle tage stilling til regnskabet for 2003.

Regnskabet

Årets indtægter havde været 288.387 kr., mens udgifterne beløb sig til 290.595 kr. Der var således et underskud på 2.208 kr. Foreningens formue var herefter på 59.579 kr. Regnskabet blev godkendt.

Kontingentforhøjelse

På baggrund af årets resultat og de stigende udgifter til bl.a. porto og Nyhedsbrev, foreslog bestyrelsen følgende kontingentsatser **med virkning fra 2005**:

Ordinære medlemmer og interesse-medlemmer 125 kr. pr. år
Pårørende-medlemmer 75 kr. årligt.

Forslaget blev godkendt.

Valg af bestyrelsesmedlemmer og suppleanter

Med henblik på at sikre den geografiske spredning ved valg til bestyrelsen og udpegning af suppleanter samt sikre, at der var kvalificerede kandidater til kasserer- og sekretærarbejdet, var der opstillet en kandidatliste, der blev vedtaget af generalforsamlingen uden at det lykkedes at få opstillet en suppleant for Sydjylland. Den udførlige navne- og adresseliste findes bagest i dette Nyhedsbrev.

Den nyvalgte bestyrelse konstituerede sig således:

Formand	Ole Mortensen, Vallensbæk
Næstformand	Willem van Straaten, Sønderborg
Kasserer	Erik Laulund, Farum
Sekretær	Arne Jepsen, Risskov
Bestyrelsesmedlem	Erna Christensen, Rødovre
Bestyrelsesmedlem	Poul Erik Christensen, Brovst
Bestyrelsesmedlem	Peter Helner, Assens
Bestyrelsesmedlem	Carsten Lewinsky, Langebæk
Bestyrelsesmedlem	Freddy Mogensen, Lystrup

Afslutning

Generalforsamlingen afsluttedes med punktet ”Eventuelt”, hvor Freddy Mogensen gav udtryk for, at flere burde meddele PROPA deres e-mailadresser. Ole Mortensen fandt, at det var en god idé, men mente ikke, at Nyhedsbrevet skulle udsendes elektronisk til medlemmerne.

Formanden takkede herefter de udtrådte bestyrelsesmedlemmer: Gunnar Petersen, Jens Chr. Davidsen og Jørgen Petersen. Sidstnævnte fortsætter dog arbejdet med de internationale relationer og med medlemskartoteket.

Dirigenten Kai Evan Pedersen, lederen af Kræftens Bekæmpelse i Odense, sluttede herefter generalforsamlingen.



Beretning for perioden april 2003 – april 2004

PROPAs formand Ole Mortensen aflagde på bestyrelsens vegne denne beretning

PROPAs bestyrelse afslutter arbejdsåret fra 5. april 2003 til i dag med god samvittighed. Vor forening er nu 4 år gammel og kan gå mere sikkert på egne ben. Da vi i sin tid overvejede at starte en patientforening, opridsede vi en række opgaver og mål. I det forløbne arbejdsår nåede vi yderligere et par af disse mål.

Vor forening tæller nu næsten 1.100 medlemmer, det er en fremgang på 300 i årets løb, hvilket giver et bedre afsæt, når vi skal have opmærksomhed fra de bestemmende myndigheder og væsener i Danmark. Når man ser, at der alene i året 2002 er registreret over 2.000 nye tilfælde af vores sygdom, er det oplagt, at vi kunne være mange flere medlemmer - og vi gør noget for at blive det, selvom vore økonomiske ressourcer ikke strækker til annoncering og lignende.

Videofilmen ”Prostatakræft”

Da jeg sidste år fremlagde beretningen, turde jeg ikke nævne vore videofilm-planer, selv om der var gode tegn på, at de kunne føres ud i praksis. Kort tid efter fik vi tilsagn om sponsoring fra Medicinalfirmaet AstraZeneca og vi fik hjælp til at finde en god producer. Overlæge Peter Iversen, Rigshospitalet, stillede sig til rådighed med sin store viden om prostatakræft, og arbejdet kunne derefter påbegyndes. PROPA havde nedsat et lille udvalg bestående af Johannes Honoré, Jørgen Petersen og Ole Mortensen. Vi kunne udtrykke de tanker, man som patient gør sig, når en livstruende sygdom bliver diagnosticeret. På den måde fremkom der en drejebog.

Peter Iversen forfattede og indspillede det lægelige indslag og skaffede os adgang til at foretage forklarende optagelser på Rigshospitalet. Undervejs fandt vi ud af, at vi helst ville have

en patient til at beskrive den mere psykologiske side af sagen, og det blev så Johs. Honoré, der gjorde det mesterligt. Da vi skulle finde musik, trådte vort medlem Ivar Jonsson beredvilligt til med sine nyeste kompositioner. Jo, det blev en rigtig PROPA film. Jeg nævnte, at vi gerne ville have flere medlemmer - Alle nye patienter får nu mulighed for at kende foreningen ved at se videofilmen hvor vor sekretær, Jørgen Petersen, taler om PROPA-arbejdet og den gavn, man som patient har af foreningen - så mon ikke det vil give yderligere tilgang.

Landet over blev der på festlig måde afholdt premiere-præsentationer med deltagelse af mange gæster - og i mange tilfælde formændene for de amtslige sygehusudvalg. Også det forløb fint. Nu har vi bare den opgave, at opmuntre sygehusene til at udlevere den gratis video til alle patienter, der får stillet diagnosen ”prostatakræft”. Videofilmen blev imidlertid så pænt modtaget af læger og sygeplejersker, at vi må regne det som en selvfølge – hvis de da husker at have en beholdning på afdelingen. Det vil være en naturlig opgave for vore medlemmer at spørge til, om man fortsat udleverer videoen ved nye tilfælde.

Kontakten til sygehusenes læger

I året der gik, har vi haft god kontakt til sygehusenes læger, der i mange tilfælde har haft indlæg på vore møder og derved har givet vore medlemmer en ekstra konsultation med mulighed for spørgsmål fra de sygdomsramte og deres pårørende. Vi har bl.a. under disse møder kunnet få uddybende forklaringer på de mange strukturændringer, der er fejlet hen over sygehusvæsenet i årets løb.

Samling af den urologiske ekspertise og bedre uddannelse af lægerne er på flere områder en fordel for patienterne, og anbefales kraftigt i Kræftplanen. Når vi samtidig kan se, at indlæggelsestiden forkortes, kan vi kun være tilfredse med denne udvikling. Vi har heldigvis i mange tilfælde set, at man - trods samling af sengeafdelingerne – fortsætter med at have nær-ambulatorier. Det betyder meget for os, navnlig når sygdommen gnaver sig ind på bevægelsesystemet.

Vore patienter føler ofte, at vor sygdom bliver overset. Den er i hvert fald til at få øje på i kræftstatistikkerne. Ifl. den seneste opgørelse fra året 2002 var der 2033 nye tilfælde. Det er da en udfordring til lægerne.

Nye behandlingsmetoder

Vi har læst, hvad to kendte overlæger skriver i Ugeskrift for Læger medio marts i år om udviklingen indenfor urologien. Den har ikke har været præget af de store videnskabelige ny-skabelser, men der har været en tendens til forbedring og konsolidering. Samtidig er der gjort et stykke arbejde med at udbrede kendskabet til de allerede kendte behandlingsprincipper.

Derimod har der, som jeg lige nævnte, været mange organisatoriske ændringer. Det vil betyde meget på længere sigt, at urologiske sygdomme nu er anerkendt som et grundspeciale og ikke mere har plads i systemet som et kirurgisk grenspeciale. Det medfører, at der starter en ny uddannelse af lægerne.

På sygehusene har der været stor fremgang for brugen af laparoskopi, hvor man i stedet for at åbne bughulen indfører et eller flere tynde rør, hvor igennem det er muligt både at belyse området, stille en diagnose og foretage en kirurgisk behandling. Denne teknik bruges nu på halvdelen af de danske urologiske afdelinger. Der er også åbnet for computerassisteret opera-

tion (robotkirurgi), hvor kirurgen sidder ved en konsol og styrer kamera og instrumentarme. Den største fordel er, at kirurgen arbejder ud fra et tredimensionalt billede, der er 5 – 10 gange forstørret. Den radikale fjernelse af prostata (radikal prostatektomi) ved klinisk lokaliseret prostatakræft foretages nu i ca. 300 tilfælde om året i Danmark. Sammenligner vi det tal med antallet af nye tilfælde 2033, kan vi således se, at behandlingen nu kan tilbydes ca. 15% af denne type patienter. Hertil kommer de patienter, der kan tilbydes strålebehandling. Alt i alt skulle der meget gerne snart vise sig en forbedret overlevelsstatistik.

Der er en række ændringer på vej i form af forbedret teknik ved behandling af forstørret prostata, hvor der mange steder vil blive indført laserteknik, hvilket betyder kortere tid med indlæggelse og ulemper. Det er også spændende at se, hvorledes det vil gå med de behandlinger, der foretages i stedet for fjernelsen af prostata, hvor det nu bliver muligt at behandle med en fryseteknik eller en microbølge-varmebehandling. Også på det seksuelle område er det til en vis grad forår, idet der er et medikament på vej, der blot kan synkes og derefter har en længere virkningstid end de hidtil kendte injektioner.

Der sker således løbende ændringer og forbedringer af behandlingerne. Desværre ser vi af og til, at sygehusvæsenet lukker af for ny medicin af *økonomiske* grunde. Det gælder bl.a. behandlingen med ”Zometa”, der ud over en dæmpning af smerterne skulle kunne styrke knogler, som er angrebet af metastaser. Lad os nu se et universitetshospital, der har mod til at iværksætte denne behandling på en større gruppe patienter og lære af de erfaringer, det giver. Sygehusenes budgetlæggere må tænke på, at der derved kan være mulighed for at spare på udgifter på smerteklinikker og stråleafdelinger. Vi har noteret os, at der er et nyt præparat ”Bondronat” mod knoglenedbrydning ved kræft på vej. Dette præparat findes også i pilleform. Foreløbig er der kun forsøg med brystkræftpatienter, men vi håber, at urologerne er lige så nysgerrige som vi er. Man skal tænke på, at vi nok er den sygdomsgruppe, der har flest tilfælde af metastasedannelse i knoglerne. Ganske vist er der ca. dobbelt så mange brystkræfttilfælde i Danmark, men heldigvis bliver mange af kvinderne helbredt. Når det drejer sig om prostatakræft er hovedparten af patienterne derimod kun i en henholdende behandling.

Vi har den opfattelse, at der mangler forskning i prostatakræft i dette land. Ganske vist indføres nye behandlingsformer og der gennemføres af og til kliniske forsøg med ny medicin, men forskning er noget helt andet og bl.a. mere søgende og kontaktskabende til tilsvarende udenlandske enheder.

I februar 2000 udsendtes Den Nationale Kræftplan af en kræftstyregruppe, der var nedsat af Sundhedsstyrelsen. Kræftplanen betød meget for diagnostik, ventetid og behandling og den tilskyndede til bedre uddannelse af lægerne. Der er medio marts i år offentliggjort en vurdering på baggrund af en bedømmelse af kræftbehandlingen i Danmark. Det var fint, at man lod gruppen bestå og bad den følge udviklingen. Ved bedømmelsen blev det konstateret, at der var sket fremskridt bl.a. i form af en væsentlig udvidelse af scanner- og strålekapaciteten, men at ventetiderne de fleste steder var for lange. Desværre omfattede undersøgelsen ikke de *urologiske* kræftformer, men det kommer forhåbentlig i næste runde. Inderst inde har vi en følelse af, at vor sygdom kan være lidt overset og ikke kendt nok.

Den praktiserende læge

Det er vor opfattelse, at mange får konstateret sygdommen for sent – så sent, at der ikke kan tilbydes dem helbredende behandling. Det skal mænd over 50 år være opmærksomme på. Og

det skal de praktiserende læger være mere opmærksomme på. For at stimulere lægernes opmærksomhed, har vi omkring årsskiftet indrykket et helsides-brev i bladet "Læge-Helse", der modtages af 21.000 læger og andre i sundhedssystemet. I denne annonce skrev vi, at de skal have vor sygdom i tankerne, hvis deres patient er en midaldrende mand, der kommer med ét eller flere af følgende symptomer:

- Vandladningsbesvær
- Ukontrollerbar vandladningstrang
- Tilbagevendende urinvejsinfektioner
- Blod i urinen
- Blod i sæden
- Smerter i ryggen – kan det være knoglemetastaser?
- Smerter i bækkenpartiet eller hofterne – det kunne være pga. knoglemetastaser.

Behandlingsmulighederne er forbedret de seneste år, men det er stadig helt afgørende for det bedst mulige resultat, at sygdommen konstateres *så tidligt som muligt*.

Denne henvendelse i Læge-Helse tænkes nu fulgt op med møder landet over, hvor praktiserende læger indbydes til at se vor videofilm samt høre et indlæg fra en urolog og fra et PROPA-medlem. Der er i samarbejde med enkelte amtslige lægegrupper allerede indgået aftale om sådanne møder.

De midaldrende mænd og deres pårørende prøver vi at få opmærksomhed fra, ved at månedsbladet "Helse", der bl.a. udleveres på mange apoteker, i den nærmeste tid vil bringe en artikel om at mændene skal være mere på vagt overfor prostatakræft.

PROPA er på lige fod med en række andre patientforeninger blevet indbudt til et samarbejde med "Lægens Bord" i DR1, hvilket bl.a. medfører at vi opføres i den tilknyttede web adresse www.dr.dk/laegensbord. Vi har tegnet os for deltagelse i et forsøgsår, og venter utålmodigt på, at redaktionen finder det relevant at gøre opmærksom på den nye video.

Vi patienter møder ofte sygeplejerskerne i vore besøg på sygehusene. De møder os med stor interesse for både vor sygdom og for os som mennesker. Det er vi taknemmelige for.

Vore pårørende er ofte ramt hårdere psykisk af vor sygdom end vi patienter selv er. Det har Erna Christensen beskrevet udmærket i en artikel, der har været bragt i både de urologiske sygeplejerskers blad "Vandposten" og i vort eget Nyhedsbrev.

Alternativ behandling

I mange tilfælde hører vi, at mænd betragter deres sygdom som et projekt. Den holdning har vi glæde af, idet vi i vor medlemskreds har mænd, der virkelig fordyber sig i det, der i internationale videnskabelige fagskrifter foreligger om sygdommen og dens behandling. Vi har selvfølgelig kun glæde af denne interesse hos medlemmer, der fortæller os om de virksomme stoffer og behandlings-metoder, de finder frem til.

Der er nu samlet en gruppe af hovedsagelig terapeutisk orienterede personer. De har kaldt gruppen TTT-PROPA - de første 3 bogstaver står for Terapeutisk-Tænke-Tank. Gruppen

består nu af 2 farmaceuter, 2 tandlæger, 1 kemiingeniør samt på sidelinien PROPAs formand. Gruppen har suppleret sig med to personer udenfor medlemskredsen: lederen af det amtslige rådgivningscenter for alternativ behandling i Århus Amt "Buen" samt en praktiserende læge. Stamgruppens medlemmer, der er vant til at læse medicinske og kemiske beskrivelser, vil søge at finde frem til såkaldte alternative behandlinger. Alternativ kan være et forkert ord, fordi der formentlig vil blive tale om supplerende behandling og ikke en behandling, der træder i stedet for den sædvanlige.

PROPA har i forvejen et medicinudvalg, hvis opgave er at holde sig orienteret og skaffe viden om udviklingen af behandlingsmetoder og medicinske stoffer, som har eller kan få betydning for prostatakræft-patienter. Dette udvalg har pt. 2 medlemmer, der er gengangere i den nye tænke-tank, der har lovet at støtte medicinudvalget.

I PROPAs pjese om foreningens mål hedder det bl.a. *at* foreningen vil medvirke til en dialog mellem lægevidenskaben og seriøs alternativ kræftbehandling, så alle muligheder for helbredelse og lindring vurderes til gavn for patienterne. Det hedder også, *at* vi skal medvirke til at tilskynde til forskning i Danmark vedrørende prostatakræft, dens årsager og behandling – evt. i samarbejde med udlandet.

Den politik og den nye udvikling falder helt i tråd med de initiativer, der nu er taget fra Kræftens Bekæmpelses side vedrørende "alternativ behandling". Nu må det bare ikke slutte med venlige udtalelser på store møder. Det, der er brug for, er at det etablerede sundhedssystem erklærer sig villig til at afprøve nogle af de velunderbyggede teorier, der fremkommer vedrørende nye stoffer eller kendte stoffers nye brug. Måske kan der hos lægerne være vilje, men ikke budgetmæssige tilladelser til eksperimentelle behandlinger. Her venter vi en økonomisk håndsrækning fra Kræftens Bekæmpelse, der har erklæret sig villig til at støtte et par seriøse konkrete "alternative" forskningsprojekter.

Eksperimentel behandling i udlandet vedrørende prostatakræft hører vi ikke meget om. Der er os bekendt næppe længerevarende positive resultater vedrørende vor sygdom af den forsøgsvisе dendritcellebehandling, der snart i mange år har fundet sted i Duderstadt i Tyskland og andre steder. Har nogen patienter positive erfaringer med eksperimentel behandling, hører vi meget gerne om dem. I det "Second Opinion Udvalg", staten nedsatte for godt et år siden, har man i forbindelse med prostatakræft kun kunnet anvisе en enkelt patient til udenlandsk behandling for det offentliges regning, men bare det at udvalget findes, vil give et pres på det danske sygehussystem for at tænke i nye baner og for at give ensartet behandling over hele landet.

Mere nysgerrighed og takt

Indtil nyt foreligger, behandles vi på vort sædvanlige sygehus og får generelt en god, men lidt rutinepræget behandling både på det psykiske og det fysiske plan. Vi hører ofte, at der går rutine i de situationer, der betyder meget for patienterne. Vi bør have en god og letforståelig information på et ligestillet plan. Sundhedspersonalet bør som en selvfølge sætte sig ind patientjournalen før de møder os og vi vil gerne have, at vi får *en* bestemt læge, der følger os og tager sig af os. Hen ad vejen bør der foregå en løbende dialog, således at vi er forberedt på evt. dårlige nyheder. Det kan godt være, at lægerne efterhånden er blevet gode til at give information samtidig med oplysning om diagnosen, men de skal huske på, at vi og vore pårørende ved en evt. forværring er mindst lige så anspændte og videbegærlige.

På det fysiske plan kunne vi savne, at der med mellemrum foretages en fysisk kontrol f. eks. med ultralyd-scanning, således at opdagede skavanker kunne opdages tidligere. Her har jeg navnlig recidiver ved prostata og blærepolyper i tankerne, men den nysgerrige læge kan sikkert komme med flere eksempler, det er bare et spørgsmål, om der er tid til hans nysgerrighed i sygehus-systemet.

Desværre hører vi stadigvæk om helt uacceptable hændelser, der i bund og grund viser ligegyldighed med patienten. Et groft eksempel er fra Vestsjællands Amt, hvor en patient, der havde været til biopsi fik at vide, at han nu fik hormon-indsprøjtning og skulle stille til kontrol om tre måneder. Da han kort tid efter klagede over stærke smerter i bækkenbunden – så stærke, at han dårligt kunne sidde - og bad om hurtigere konsultation, fik han at vide, at det ikke kunne lade sig gøre ”når han var på hormonmedicin, var der alligevel ikke mere at gøre”. Denne beslutning blev dog ændret ved den praktiserende læges mellemkomst.

Kræftens Bekæmpelse

Også i det forløbne år har vi haft god støtte af Kræftens Bekæmpelse. Den økonomiske støtte fremgår af regnskabet, den praktiske støtte har spændt fra lån af lokaler til it-assistance og hjælp til pressekontakt. Den indgåede samarbejdsaftale fungerer godt og vi har gennem KB kontakt til andre patientforeninger inden for kræftområdet. Selv om der ikke er krav om dobbelt medlemskab, er mange af os medlemmer af Kræftens Bekæmpelse, der for få uger siden afholdt sin landsindsamling med et fint resultat. Det kommer både forskning og patientstøtte til gode.

Lokalt- og internationalt arbejde

Jeg vil benytte lejligheden til at takke de mange, der varetager de lokale møder, som I vil høre mere om i de lokale beretninger. Gennem ProNet har vi kontakt til prostatakræft-foreninger i andre lande, også det vil der blive fortalt om. Til medlemmerne vil jeg sige: Tak for interessen for foreningen, møderne og Nyhedsbrevet. Jeres interesse kommer jer forhåbentlig til gode i jeres sygdomsforløb.

Beretninger fra regionerne

Formændene for regionerne fortalte derefter om det lokale arbejde og de møder, der var afholdt i året. I alle regioner havde der været stor aktivitet omkring video-premieren, men der havde også været en række interessante indlæg og gode møder med erfaringsudveksling.

Poul Erik Christensen, Nordjylland nævnte et foredrag om intravenøs C-vitaminbehandling v/ læge Gunnar Ødum samt at overlæge Erik Højkjær Larsen, urologisk afdeling Aalborg Nord, havde svaret på spørgsmål efter video-præsentationen. Poul Erik nævnte tillige foredraget af overlæge Kirsten M. Nielsen, der i øvrigt har været os behjælpelige med at give enkelte artikler til Nyhedsbrevet ”et lægeligt eftersyn”.

Poul Erik benyttede lejligheden til at erindre om, at man burde sætte sig grundigt ind i bestemmelserne i sin rejseforsikring, inden man tog på udenlandsrejse. Det kan blive dyrt, hvis man som kronisk syg ikke har søgt om forhåndsgodkendelse.

Freddy Mogensen, Midtjylland, redegjorde for den store aktivitet i Århusområdet, hvor man bl.a. havde haft et indlæg af Åse Anderson om akupunktur og af Frede Damgaard om alternative behandlingsmetoder. Denne møderække blev afsluttet af Ulla Thougard, der fortalte om healing og clairvoyance. Freddy anbefalede ud fra sin erfaring med sidstnævnte møde, at der på forhånd var truffet aftale om, hvor langt vedkommende skulle gå.

Freddy sluttede af med at udtrykke ønsket om at etablere en lokal-gruppe i Herning området. Foreløbig havde Johannes Sanggaard påtaget sig at være ankermand (se navnelisten).

Gunnar Petersen, Sydjylland, fortalte, at man ud over medlemsmøder havde haft møder i logger i Sønderborg, Tønder, Haderslev, Esbjerg og Vejle hvor Willem van Straaten havde vist videoen og fortalt om sygdommen. Også en række store virksomheder i området havde haft besøg, hvor man havde drøftet deres seniorpolitik for også ad den vej at få øget opmærksomheden om sygdommen.

Skal vi have mere forskning? – og det skal vi, sagde Gunnar, så er det vigtigt, at vi får synliggjort vores sygdom, så man også i Kræftens Bekæmpelse begynder at interessere sig for forskning i prostatakræft.

Det er ikke sikkert, at de penge, der skal bruges til forskning skal tages fra de nuværende kilder. Hvis man ser lidt mere på, hvem Willem henvender sig til, kunne det godt være, at der i de kredse var steder, hvor pengene sad lidt løsere, hvis de vidste, at bidragene gik til forskning i prostatakræft. Enhver grønthandler med lidt forståelse for markedsføring ved jo, at man også kan øge sin omsætning ved at sælge nogle af de knapt så kendte grøntsager.

Til sidst nævnte Gunnar kontakten til lægeforeningen i Sønderjyllands amt, hvor foreningens efteruddannelsesudvalg nu har besluttet at afholde et kursus om prostatakræft for de praktiserende læger.

Peter Helner, Fyn, kunne berette om et ret stille år, hvilket bl.a. skyldtes, at den oprindeligt udpegede lokalformand John Banggaard, var afgået ved døden. Der havde dog været et par møder og var nu blevet sammensat en arbejdsgruppe, der forhåbentlig fik mere gang i arbejdet.

Ole Mortensen kunne fortælle, at på Sjælland havde der været en række møder - bl.a. havde man haft et spændende møde på Herlev sygehus, hvor en række læger havde haft indlæg om deres specialer indenfor sygdommen. Det var lykkedes at etablere lokal-grupper i Næstved og Roskilde. Gruppen i Nykøbing F havde kun haft et enkelt møde, mere var det heller ikke blevet til på Bornholm.

Internationalt samarbejde

Jørgen Petersen, der varetager det internationale arbejde, orienterede allerede ved årsmødet i 2003 om det samarbejde, der er dannet gennem PROnet, og nævnte at det var et globalt netværk hvor 14 lande samarbejder og udveksler erfaringer. Kredsen er på det sidste blevet udvidet og nu er der 16 lande. Det er ikke kun Europa, men også vestlige lande udenfor Europa.

PRONet har sin egen hjemmeside, hvor man landene imellem kan debattere emner og Jørgen har i den forbindelse benyttet sig af at stille spørgsmål om, hvordan man i de enkelte lande f. eks. bliver behandlet efter en diagnose af prostatacancer, hvor kræften har spredt sig til lymfesystemet eller med metastaser i knogler. Desværre er svaret i den retning ikke bedre end behandling i det danske behandlingssystem. Man benytter de samme hormonbehandlinger som i Danmark - eller ingen.

Udenfor PRONet regi blev PROPAs umiddelbart efter årsmødet 2003, opfordret til at deltage med en taler ved en konference i Lissabon fra den 27-28. maj 2003

Det var et President's Cancer Panel meeting hvor emnet var Survivorship – d.v.s. overlevelse. Emnet var "Hvordan det er at leve med en kræftsygdom". I panelet sad bl.a. den berømte Tour de France cykelrytter Lance Armstrong.

Jørgen fortalte: Vi var 12 talere fra forskellige lande og med forskellige kræftsygdomme. Der var flere talere med brystkræft, men kun mig som repræsentant for prostatacancer. Det gav et indblik i behandlingssystemet i andre lande, og desværre en bekræftelse på, at det kan være svært at blive behandlet ordentligt og hurtigt.

PROPAs har også været inviteret til yderligere internationalt samarbejde, idet en organisation ved navn Europa OUMO – med dansk oversættelse – svarende til: Den Europæiske Organisation mod Prostatacancer. Denne invitation måtte vi sige nej tak til, da vi fandt OUMO for bureaukratisk i sin opbygning, samt at vi ikke havde de fornødne resurser til at deltage på det plan i det europæiske samarbejde. Vi begrundede det med, at vi gennem PRONet p.t. får den fornødne europæiske kontakt, og det passer bedst til PROPAs nuværende økonomi og tidsmæssige formåen.

PRONet samarbejdet fortsatte med ny samling i Oxford fra den 17-19. september, hvor der igen blev holdt status på, hvordan udviklingen er i landene. Ved dette møde blev der talt om nedsættelse af en mindre styregruppe, og den er under dannelse. Sidste nyt herom er, at en gruppe på 6 personer har udfærdiget et responsum, som netop er sendt ud til udtalelse. Jørgen Petersen kunne på mødet vise nogle spots fra vor video "Prostatakræft", selv om den ikke var helt færdig. Man var også dér begejstret for vort produkt og ønskede os tillykke med det flotte resultat.

I den forbindelse må vi ikke glemme, at såvel vor deltagelse i det internationale PRONet samarbejde og produktionen af vor video film m.m. er sponsoreret af AstraZeneca, som mange af os kender fra vore hormonbehandlinger.

Der var også tanker fremme om muligheden for at opnå sponsorater fra andre af de medicinalvirksomheder, som har produkter, der benyttes til behandling af vor sygdom.

I ovennævnte responsum lægges der netop op til at andre sponsorer skal findes.

PROPAs har også været inviteret til at tale ved den store Internationale Cancer konference ECCO 12, som blev afholdt i Bella Centret i København fra den 21. til 25. september, hvor Jørgen var opfordret til at tale ud fra emnet: "Hvem sætter dagsordenen – Er det lægen eller patienten"

Vi ser spændt frem til fortsat godt samarbejde på det internationale plan.

Opereres der for meget

Af Ivar G. Jonsson, medlem af PROPA's Statistikudvalg

Operation for prostatacancer (PC) har kun fundet sted her i landet i en begrænset årrække. Først i 1995 blev den radikale fjernelse af prostata (radikal prostatektomi) indført som behandling. Den udføres kun i de tilfælde, hvor canceren ikke har bredt sig udenfor selve prostatakapslen (lokaliseret PC). Ydermere har man som en hovedregel begrænset behandlingen til mænd under 65 – 70 år med mere end 10 års forventet overlevelse.

En PC-operation medfører en del ubehagelige bivirkninger; og udenlandske undersøgelser har vist, at der er en ikke helt lille risiko for tilbagefald. Jeg har set undersøgelser, der angiver et igen stigende PSA-tal efter 5 år for 20 – 30 % af de opererede. Samtidig er der mange observationer af patienter, som har levet (godt) i årevis med en ubehandlet PC. Helt naturligt opstår spørgsmålet derfor, hvad er *egentlig* den optimale behandling for patienter med lokaliseret PC.

Det var således naturligt for Scandinavian Prostatic Cancer Group (SPCG) at lancere et stort projekt, hvor patienter med en *klinisk* lokaliseret PC i perioden 1989 - 1999 blev randomiseret (tilfældigt udvalgt) til enten operativ behandling eller observation ("Watchful Waiting", WW). Ved studiets begyndelse blev PC-operationer som angivet ikke udført i Danmark og kun sjældent i Norge; derfor deltog i hovedtrækkene kun svenske og finske afdelinger i den skandinaviske undersøgelse.

De første resultater fra undersøgelsen blev i efteråret 2002 offentliggjort i to artikler i det amerikanske lægetidsskrift *The New England Journal of Medicine*, se litteraturangivelserne i slutningen af artiklen. Den ene omhandler overlevelse (695 patienter, middellopfølgningstid ca. 6 år), den anden livskvalitet efter behandling/observation (326 patienter). - En lægefaglig omtale på dansk er givet af Peter Iversen (2003), se litteraturangivelserne.

Hovedkonklusionen af undersøgelsen er, dels at der ikke i observationsperioden blev konstateret en signifikant forskel i overlevelse mellem gruppen af opererede og observationsgruppen (de to grupper var lige store), dels at den overordnede livskvalitet efter behandling i store træk blev opfattet ens i de to grupper.

Jeg vil i det efterfølgende give flere detaljer fra og kommentarer til de to undersøgelser (hvor forkortelsen OP står for de opererede, WW for dem under observation). Yderligere vil jeg kort referere og kommentere en nyligt offentliggjort artikel i *The Wall Street Journal*, som diskuterer operation over for anden behandling i et bredere perspektiv.

Operation over for observation ved lokaliseret prostatacancer

Overlevelse

Resumé

Over 6,2 år (median) dør 53 patienter i OP-gruppen, 62 patienter i WW-gruppen. I alt 115 patienter ud af 695. Af disse dør af PC: 16 patienter i OP-gruppen og 31 patienter i WW-gruppen. Af andre årsager dør: 37 OP-patienter og 31 WW-patienter. Som angivet i nedenstående oversigt.

	I alt	Døde af PC	Af andre årsager	I alt døde
OP	347	16 (4,6 %)	37 (10,7 %)	53 (15,3 %)
WW	348	31 (8,9 %)	31 (8,9 %)	62 (17,8 %)

Patienter i OP-gruppen har som forventet en lavere risiko for lokal spredning og fjernmetastaser end dem i WW-gruppen.

Konklusion: I denne undersøgelse reducerede operation den *sygdomsspecifikke dødelighed* signifikant - altså langt færre døde af *prostatacancer*. Men der var ikke stor forskel i den *samlede dødelighed*.

Udvælgelseskriterier og metoder

På undersøgelsens starttidspunkt var patienterne max. 75 år (middel 65 år). PC var hos alle lokaliseret til kapslen. Ingen havde knoglemetastaser. Ingen havde forsnævring af urinvej. PSA var mindre end 50.

WW-gruppen fik ingen umiddelbar behandling. Men ”skrælning” blev anbefalet som behandling ved lokal progression (udvikling).

Patienter i OP-gruppen, som viste sig alligevel at have en lokalt avanceret PC (dvs. kræften vokset ud over kapslen), blev ifølge sagens natur ikke opereret, men blev operativt kastreret eller fik tilsvarende hormonbehandling.

Resultater

I OP-gruppen blev 25 patienter alligevel ikke opereret.

I WW-gruppen blev 30 patienter alligevel behandlet kurativt (dvs. med henblik på helbredelse).

Gleason score var fra 2 – 10, ca. halvdelen fra 5 – 6.

PSA-tal, der var mindre end 4: ca. 15 %, 4 – 10: 36 %, 10,1 – 20: 28 %, større end 20: 19 %, ukendt: 2 %.

Af de 47 patienter, som døde af PC, havde kun én *ikke* fået diagnosticeret fjernmetastaser; alle havde fået hormonbehandling.

I den første artikel konstateres det, at dødsfald pga. PC forsinkes ca. 2 år ved operation. Men alt i alt får de opererede patienter i undersøgelsen kun ”foræret” ½ år ekstra levetid. (Man kan spørge, hvorfor der ikke er foretaget en aldersopdeling. Det havde også været interessant at se, om der var en sammenhæng mellem Gleason score og dødelighed).

Først efter fem år er der en forskel på udviklingen af metastaser mellem de to grupper. Lokal spredning efter otte år: OP 19 %, WW 61 %. Fjernmetastaser: OP 13%, WW 27 %.
Altså en bemærkelsesværdig forskel.

80 patienter i OP-gruppen (17 %) og 116 patienter i WW-gruppen (25 %) fik hormonbehandling. Lindrende strålebehandling blev udført på 13 OP- patienter, henholdsvis 22 WW- patienter.

Diskussion

Der er altså ingen signifikant forskel mellem overlevelsen i de to grupper. Selve det operative indgreb (og den deraf følgende svækkelse) anføres som en mulig forklaring på, at der er flere, der dør af andre årsager end PC i OP-gruppen. (For egen regning: Det at man angribes af en cancerlidelse, kan være en refleksion af, at der i forvejen er indtrådt en svækkelse af ens immunforsvar; dvs. at man à priori er sårbar).

En grund til, at der ikke er *større* forskel på antal *PC-dødsfald* i de to grupper, noteres at kunne være, at andelen af patienter med en upåviselig, spredt PC var den samme i de to grupper. Da metastaser kan optræde meget sent i sygdomsforløbet, kan det ikke afvises, at en længere opfølgning end de ca.6 år vil ændre billedet vedrørende overlevelse til fordel for operation. Dette aspekt kan være relevant at spekulere på over for yngre PC-patienter.

Livskvalitet

Resumé

De to grupper havde forskelle i bivirkninger/symptomer. For de opererede var der især tale om rejsningsproblemer og inkontinens, for de ikke-opererede især vandladningsbesvær. Men overordnet set blev livskvaliteten vurderet ens i de to grupper.

Udvælgelseskriterier og metoder

Af de 695 mænd, der indgik i studiet af OP over for WW, udelod man finske mænd samt alle fra de tre sidste år af undersøgelsen. Af de 376 der blev udvalgt svarede 326 (87 %) på spørgeskemaerne.

Gennemsnitsalderen ved udvælgelsen var 64 – 65 år i OP – WW grupperne. Aldersspændet for alle var 48 – 74 år.

Resultater

Rejsningsproblemer var hyppigere i OP-gruppen end i WW-gruppen (80 % over for 45 %), det samme gjaldt inkontinens i forskellig grad (49 % - 21 %); omvendt for vandladningsbesvær (28 % - 44 %). Tarmfunktion, forekomst af angst og depression, velbefindende og den subjektive fornemmelse af trivsel (livskvalitet) var ens i de to grupper.

Operation over for anden behandling

Artiklen i The Wall Street Journal tager udgangspunkt i en konkret situation: En 64-årig mand, som får konstateret PC (Gleason score 6), får tilbudt operation, men som – skræmt af bivirkninger – efter fire måneders konsultationer hos andre specialister vælger en kombination af ekstern og intern ("seed") strålebehandling. I dag, fem år efter, er han rask og cancerfri.

Pointen er, at PC-patienter pr. tradition (som det også er tilfældet her i landet) altid henvises til en kirurg, mens mange nyere behandlinger udføres af andre speciallæger, som man således ikke automatisk kan forvente at blive gjort bekendt med. Risikoen for, at der opereres for mange, er således latent. Det påpeges, at mænd med en tidlig PC og med en lavere Gleason score kan være kandidater til anden behandling end operation. Min personlige kommentar er, at alle PC-patienter bør søge en "second opinion" – og at det burde være fast praksis på hospitalet, at man også henvises til en onkolog, når alle laboratorieresultater foreligger.

Artiklen giver også en kort, men kvalificeret omtale af de andre muligheder for behandling (og tilhørende bivirkninger): Intern ("seed") strålebehandling, ekstern strålebehandling, kryoterapi (frysebehandling af prostata), nervebevarende fjernelse af prostata (85 % skulle have mulighed for bevarelse af begge nerver), hormonel behandling, observation (Watchful Waiting).

En onkolog udtaler, at man er 20 – 25 år bagud i prostatacancer- forskning i forhold til brystcancer ditto. Således findes der ingen pålidelige randomiserede undersøgelser, som kan anvise den optimale behandling for PC. – Mere end 200.000 amerikanske mænd får hvert år konstateret PC; omregnet til danske forhold svarer dette til ca. 3.800, altså "dobbelt op", hvilket må skyldes, at mange flere i USA lader sig teste.

Der refereres til følgende PC web-sider: Prostate Cancer Institute: www.prostate-cancer-institute.org, Prostate Cancer Research Institute: www.pcri.org og til Us Too: www.ustoo.org

Endelig konklusion og diskussion

Jeg citerer fra artiklen om livskvalitet:

"For alle de anførte grunde, kan man ikke sige, at radikal prostatektomi (= operativ fjernelse af prostata) er bedre end Watchful Waiting for alle mænd med en lokaliseret prostata cancer. Disse alternativer er forbundet med sammensatte og usammenlignende resultater, og den enkelte må selv bedømme, hvilken behandling som skal foretrækkes."

Man kunne også sige (i betragtning af, at undersøgelsesperioden ikke er længere): Er man oppe i årene – og er Gleason tallet ikke for højt - afgøres valget operation/ikke operation af, hvilke bivirkninger/symptomer, man vil acceptere.

Jeg mener at have læst læst, at der i USA foretages 100.000 PC-operationer om året. Omregnet til danske forhold svarer dette til 1.900 pr. år, altså ca. det samme tal som for *nytilkomne* tilfælde i Danmark! Det faktiske antal opererede her i landet i 2003 var skønsmæssigt ca. 300. Spørgsmålet er kontroversielt, men er tallet for USA rigtigt, kan man have en stærk fornemmelse af, at der opereres for meget dér. Det er svært umiddelbart at konkludere tilsvarende for Danmark; men de refererede artikler giver alligevel anledning til, at man kan stille spørgsmålene: Opereres der mon for meget for prostatacancer her i landet? Og informeres man nok om alternativerne?

Husk, at prostatacancer normalt er en sygdom, som udvikler sig langsomt. Når man har indhentet alle faktuelle oplysninger, bør man tage et par dybe indåndinger, tænke sig grundigt om, tale med familie og venner og derefter indstille sig mentalt til valget af behandling

Litteratur:

1. Holmberg, H. et al. (2002). A randomized trial comparing radical prostatectomy with watchful waiting in early prostate cancer. *New Engl. J. Med.* 347, 11, 781-789.
2. Steineck, G. et al. (2002). Quality of life after radical prostatectomy or watchful waiting. *New Engl. J. Med.*, 347, 11, 790-796.
3. Iversen, P. (2003). Radikal prostatektomi versus observation for lokaliseret prostatacancer. *Ugeskrift for Læger* ("Videnskab og Praksis"), 165/2, 6-1-2003, 139-140. (Omtaler bl.a. 1. og 2.)
4. Hovey, H. H. (2003). Too Quick to Cut ('For hurtig med kniven'). *The Wall Street Journal*, Dec. 9, 2003.

Den fagre nye verden og strålebehandling af prostatakræft

Af Carsten Lewinsky, medlem af PROPA's medicinudvalg

Ved lokaliseret prostatakræft (kræften *inden for* prostatas kapsel) er en af behandlingsmetoderne strålebehandling. Metoden har gennemgået en lang udvikling fra bestråling af hele kroppen til kun at omfatte bestråling af selve kræftsvulsten. I den seneste tid er udviklingen gået meget stærkt, og det er her "den fagre nye verden" kommer ind i billedet. Man anvender i dag 3D-billeder (tredimensionelle), softwareteknikker fra computerspil, computerstyring af patientens bevægelser og computerstyring af selve bestrålingen (hvor meget og hvor). På Rigshospitalets radioterapi-klinik, hvis chef er overlæge Svend Aage Engelholm, har man som de første i Skandinavien anskaffet det nødvendige udstyr og er i fuld gang med at udføre forsøg på patienter med prostatakræft.

Målet for disse forsøg er at kunne træffe kræftsvulsten præcist med en stor stråledosis uden at ramme de tilstødende raske væv. For kræft i prostata gælder det især om ikke at ramme endetarmen, urinblæren og urinrøret som jo ligger meget tæt på kirtlen.

For at nå ovenstående mål anvender man moderne acceleratoreer (strålemaskiner) hvor flere røntgenstråler bringes til at krydse hinanden på et forud bestemt sted i patientens krop. På dette sted bliver strålingen meget kraftig, da dosis fra de enkelte stråler skal lægges sammen. På denne måde kan man anvende en ret lav dosis i den enkelte stråle og herved undgå større skader på det væv, som den passerer igennem på vej mod kræften. Man kan ændre størrelsen på krydsfeltet, og man kan ændre styrken af bestrålingen i feltet. Med andre ord kan man ramme enhver kræftsvulst alt efter placering og størrelse og med den ønskede strålestyrke.

For at indstille acceleratorerne præcist bruger man 3D-billeder. På Rigshospitalet anvendes en blanding af PET-scanning og CT-scanning til at lave de tredimensionelle billeder. CT-scanningen, som har været anvendt i mange år, går ud på at en computer styrer røntgenfoto-grafering af det indvendige af kroppen fra forskellige vinkler. Den nyere PET-scanning anvender det samme princip, men her bruger man et sporstof som indsprøjtes i kroppen. Sporstoffet er et radioaktivt mærket sukkerstof, som optages i kroppen på samme måde som almindeligt sukker. Da kræftceller bruger meget sukker for at vokse, vil sporstoffet samle sig her, og dette vil vises i scanningen som lysende pletter. Ved denne kombination af to scannin-

ger kan lægerne få en præcis beskrivelse af kræftsvulstens størrelse og placering.

Det er nu muligt at indstille acceleratoren præcist på svulsten, men hvad nu hvis patienten bevæger sig under bestrålingen? Hvor er præcisionen så henne? For at imødegå dette problem og for at få en endnu mere sikker sporing af kræftsvulsterne, kører radioterapiklinikken på Rigshospitalet et forsøg hvor patienter med prostatakraft får anbragt en markør (en metalstav eller lignende) i selve kræftknuden. Ved hjælp af denne markør og en computer styres det leje som patienten ligger på, således at strålefeltet præcist følger svulsten. Dette samarbejde mellem markør, computer og patientleje er kun blevet muligt takket være de teknikker man anvender i computerspil til hurtig opdatering af 3D-billeder.

Det er glædeligt at der i Danmark udføres undersøgelser og behandlinger hvor de nyeste teknikker anvendes. Den nye PET-scanning er et stort skridt frem når det drejer sig om at fastslå om kræften har spredt sig eller ej og den computerstyrede strålebehandling kan med tiden måske erstatte den radikale prostatektomi således at man kan slippe for de ikke så få tilfælde af inkontinens og impotens.

Kilde: Dagens Medicin 19.03.04

Hyppig sex sænker måske kræftrisiko

En amerikansk undersøgelse viser, at mænd, der dyrker meget sex, ikke har en større risiko for at få prostatakraft. Nærmere tværtimod.

Tidligere undersøgelser har vist, at mænd, der havde hyppige udløsninger - enten gennem samleje eller onani - havde tilbøjelighed til at få prostatakraft. En teori var, at masser af sex kunne udsætte mænd for forskellige bakterier og vira, der kunne lede til kræft.

Nu kan mændene ånde lettet op. 30.000 amerikanske mænd i alderen 46 til 81 er blevet undersøgt om deres sex-vaner.

I undersøgelsesperioden udviklede 1.449 mænd prostatakraft. I gennemsnit havde mændene fire til syv udløsninger om måneden. Der var ingen øget risiko for mænd, som havde hyppigere udløsning.

"Denne undersøgelse bør berolige mænd, der er mere seksuelt aktive end andre," siger Dr. Durado Brooks, der er leder af prostatakraft-centret på American Cancer Society, til CNN.

De to højeste aktivitets-niveauer, 13 til 20 og mindst 21 udløsninger om måneden, resulterede ikke i øget risiko for prostatakraft, men derimod en nedsat risiko på henholdsvis 14 og 33 procent.

En teori er, at hyppig udløsning hjælper med at bortskylle kemikalier, der kan resultere i kræft, eller reducere forkalkning, der også har været forbundet med kræftrisiko.

Lægerne bag undersøgelsen, der er offentliggjort i Journal of the American Medical Association, vil dog ikke anbefale, at man laver om på sine sexvaner for at undgå kræft.

"Der var relativt få mænd, der havde rapporteret om heftig seksuel aktivitet, så er skal flere undersøgelser til," siger Dr. Michael Leizmann, der er forsker på The National Cancer Institute, som har ledet undersøgelsen.

Kilde: Berlingske 09.04.04

Brug af EPO i Danmark

Vi er jævnligt blev spurgt, om EPO, Erythropoietin, kan anvendes til at modvirke træthed i forbindelse med kræftbehandlingen. Stoffet er mest kendt som et præstationsfremmende dopingmiddel inden for sporten, men i en del lande bruges det som middel mod den træthed, som skyldes blodmangel efter kemoterapi eller strålebehandling.

Men nu oplyses det, at der nu er resultater, der tyder på, at EPO måske kan gøre kræftbehandlingen mindre effektiv og kan forkorte patientens liv. Sundhedsstyrelsen har først på året offentliggjort en rapport, der fastslår, at EPO ikke skal tages i rutinemæssig anvendelse her i landet, før der er tilfredsstillende dokumentation for effekten på livskvalitet, kræftsvulst, overlevelse og eventuelle bivirkninger. Der foregår dog for tiden videre undersøgelser her i Danmark.

Kilde: c@ncernyt 04.03.04

**Der er ikke planlagt møder i sommerperioden.
I næste Nyhedsbrev vil vi bringe oversigten over efterårets møder.**



Formanden Ole Mortensen og den nyvalgte næstformand Willem van Straten

Bestyrelsesmedlemmer og suppleanter

Landsbestyrelsen:

Storkøbenhavn og Bornholm:

Ole Mortensen, Strandparksvej 6, 2665 Vallensbæk Strand
tlf. 43 73 13 16, e-mail: O-M@get2net.dk

formand

Erik Laulund, Furesøgårdsvej 76, 3520 Farum

kasserer

tlf. 44 99 19 08, e-mail: erik.laulund@post.tele.dk

Sjælland i øvrigt:

Carsten Lewinsky, Hestehavevej 1, 4772 Langebæk, tlf. 55 38 00 09, e-mail: carsten@lewinskys.dk

Fyn og omliggende øer:

Peter Helner, Sømærksvej 5, 5610 Assens, tlf. 64 72 34 05

Nordjylland:

Poul Erik Christensen, Boden 20, Øland, 9460 Brovst, tlf. 98 23 61 29, e-mail: pec@nypost.dk

Midtjylland:

Freddy Mogensen, Ørnedalen 21, 8520 Lystrup, tlf. 86 22 34 26, e-mail: f-b@mail.dk

Arne Jepsen, Sletterhagevej 61, 2.tv., 8240 Risskov

tlf. 86 17 76 75, e-mail: arnejepsen@stofanet.dk

sekretær

Sydjylland:

Willem van Straaten, Lavendelvej 12, 6400 Sønderborg

tlf. 74 43 17 44, e-mail: willem@mail1.stofanet.dk

næstformand

Pårørende-repræsentant:

Erna Christensen, Agerkær 21, 9 sal th., 2610 Rødovre, tlf. 32 50 74 50 og 24 60 22 88

Suppleanter:

Storkøbenhavn og Bornholm:

Ole Zimling, Toftekærvej 148, 2860 Søborg, tlf. 39 56 14 25, e-mail: ozimling@post11.tele.dk

Sjælland i øvrigt:

Poul Erik Pyndt, Elleorevej 20, 4000 Roskilde, tlf. 46 75 70 02, e-mail: pepyndt@yahoo.dk

Fyn og omliggende øer:

Erling Bott, Odensevej 99, 5300 Kerteminde, tlf. 65 32 33 56, e-mail: e-v.bott@post.tele.dk

Nordjylland:

Knud Mikkelsen, Hybenvej 2, 9560 Hadsund, tlf. 98 58 12 10

Midtjylland:

Karsten Precht, Skovbakken 5, 8870 Langå, tlf. 86 46 16 74, e-mail: precht@image.dk

Sydjylland:

Vakant

Pårørende-repræsentant:

Kirsten Brink, Kanalbuen 9, 2870 Dyssegård, tlf. 39 69 82 06, e-mail: stenbrink@mail.tele.dk

Lokalbestyrelse for Nordjylland:

Poul Erik Christensen, Boden 20, Øland, 9460 Brovst, tlf. 98 23 61 29
Jens Chr. Davidsen, Ole Langesvej 29 B, 9460 Brovst, tlf. 98 23 23 03

formand
kasserer

M.C. Nielsen, Jernbanegade 11, 9530 Støvring, tlf. 98 37 33 77
Knud Mikkelsen, Als, 9560 Hadsund, tlf. 98 58 12 10

Pårørende-medlem:

Birte Nielsen, Sjællandsvej 7, 9230 Svenstrup, tlf. 98 38 93 17

Lokalbestyrelse for Midtjylland:

Freddy Mogensen, Ørnedalen 21, 8520 Lystrup, tlf. 86 22 34 26, e-mail: f-b@mail.dk
Ole Breiner, Dagmarcentret 1B, 8660 Skanderborg, tlf. 86 52 31 52, e-mail: ole@breiner.it

formand
næstfor-

mand

Karsten Precht, Skovbakken 5, 8870 Langå, tlf. 86 46 16 74, e-mail: precht@image.dk
Karl Melshior Pedersen, Solbjerg Hedevej 144, 8355 Solbjerg,
tlf. 86 92 86 66, e-mail: marykalle@mail.dk

sekretær
kasserer

Poul Erik Henriksen, Ringgårdsvej 5, 82 70 Højbjerg, tlf. 86 11 22 43

Kontaktperson for Ringkøbing Amt:

Johannes Sanggaard, Søndergårdsvej 7, 7400 Herning, tlf. 97 11 60 66, e-mail: josa@km.dk

Lokalbestyrelse for Sønderjyllands Amt:

Willem van Straaten, Lavendelvej 12, 6400 Sønderborg, tlf. 74 43 17 44, e-mail: willem@mail1.stofanet.dk
Hans Jørgen Nielsen, Friheds Alle 61, 6400 Sønderborg, tlf. 74 42 64 32, e-mail: hj.inge@mail1.stofanet.dk
Akton Lind Pedersen, Hørup Bygade 104, 6470 Sydals, tlf. 74 41 52 20, e-mail: akton@tele.mail.dk
Kurt Lachenmeier, Gustaf Johannsens Vej 8, 6400 Sønderborg, tlf. 74 43 17 04,
e-mail: lachenmeier@broager.mail.telia.com

Lokalgruppen for Sjælland og omliggende øer:

Erik Nielsen, Lundevej 36, 3600 Frederikssund, tlf. 47 31 43 24

Jørgen Petersen, Jernbane Alle 34, 3060 Espergærde, tlf. 49 13 57 07, e-mail: jb.petersen@image.dk

Lyngby gruppen

Vagn Andersen, Biblioteksvej 27, 2650 Hvidovre, tlf. 36 49 55 42 evt. 30 51 10 11, e-mail vagna@privat.dk

Ib Carlsson, Bakkevænget 6, 3460 Birkerød, tlf. 45 81 49 40, e-mail: ibgeti@worldonline.dk

Erna Christensen, Agerkær 21, 9.sal th, 2610 Rødovre, tlf: 32 50 74 50 evt. 24 60 22 88

Ole Mortensen, Strandparksvej 6, 2665 Vallensbæk Str., tlf. 43 73 13 16, e-mail: O-M@get2net.dk

Erik Raavig, Egernets Kvarter 10, 2750 Ballerup, tlf. 44 97 50 61, e-mail: erik@raavig.dk

Nykøbing F-gruppen

Erik og Kate Pedersen, Æblehaven 48, 4800 Nykøbing F, tlf. 54 43 92 60

Torben Rasmussen, Pilesvinget 9, 4800 Nykøbing F, tlf. og fax 54 85 60 25, mobil 28 84 88 59

e-mail: mtr4550@mail.dk

Næstved-gruppen

Fritz Anker Bolbroe, Havnen 3, 1 sal, 4700 Næstved, tlf. 55 77 32 03

Helge Christensen, Sjællandsgade 3, II, 4100 Ringsted, tlf. 57 61 29 21 / 22 32 23 35

Carsten Lewinsky, Hestehavevej 1, 4772 Langebæk, tlf. 55 38 00 09, e-mail carsten@lewinskys.dk

Ingrid Marten Monsen, Skovburren 266, 1 sal th, 4700 Næstved, e-mail: i.m.monsen@ofir.dk (tilknyttet assistance)

Roskilde-gruppen

Svend Ejvin Jensen, Havnevej 18, 2.tv, 4000 Roskilde, tlf. 29 33 61 22, e-mail: sejvin@csc.com

Reinhardt Kluge, Garderhøjen 15, 4671 Strøby, tlf. 56 57 76 16, e-mail: reinhardt@post.tele.dk

Per Krogen, Ternemosen 30, 2670 Greve, tlf. 43 90 57 12, e-mail: musikkrogen@webspeed.dk

Poul Erik Pyndt, Elleorevej 20, 4000 Roskilde, tlf. 46 75 70 02, e-mail: pepyndt@yahoo.dk

Medicin-udvalget:

Udvalget har til opgave bl.a. at holde sig orienteret og skaffe viden om udviklingen af behandlingsmetoder og medicinske stoffer, som har eller kan få betydning for prostatakræft-patienter.

Ole Sonne, Nordkajen 8, 3600 Frederikssund, tlf. 47 38 39 06, e-mail: ole-sonne@wanadoo.dk

Carsten Lewinsky, Hestehavevej 1, 4772 Langebæk, tlf. 55 38 00 09, e-mail carsten@lewinskys.dk

Statistik-udvalget:

Udvalget har til opgave at følge den statistiske udvikling af prostatakræft i Danmark og udlandet samt at bearbejde det fremkomne materiale.

Ivar G. Jonsson, Sankt Thomas Alle 13, 2.th, 1824 Frederiksberg C, tlf. 33 21 65 43, e-mail: igj@mail.dk

Per Krogen, Ternemosen 30, 2670 Greve, tlf. 43 90 57 12, e-mail: musikkrogen@webspeed.dk

Jørgen Petersen , Jernbane Alle 34, 3060 Espergærde, tlf. 49 13 57 07, tlf. 64 72 34 05, e-mail:

jb.petersen@image.dk

Internationale relationer:

Jørgen Petersen , Jernbane Alle 34, 3060 Espergærde, tlf. 49 13 57 07, tlf. 64 72 34 05, e-mail:

jb.petersen@image.dk

Nyhedsbrevet udgives af PROPA Prostatacancer Patientforeningen

Du har mulighed for at se de senest udgivne Nyhedsbreve på www.PROPA.dk

Redaktion:

Ole Mortensen (ansv. red.), Strandparksvej 6,
2665 Vallensbæk Strand, tlf. 43 73 13 16,
e-mail: O-M@get2net.dk

Ole Sonne, Nordkajen 8, 3600 Frederikssund
tlf. 47 38 39 06, e-mail: ole-sonne@wanadoo.dk

Peter Lindknud, Havetoften 27, 2630 Taastrup
tlf. 43 99 83 28, e-mail: plininfo@post8.tele.dk

Foto:

© Jørgen Jørgensen

Redaktion af PROPAs mødekalender,
der løbende ajourføres på www.propa.dk
Peter Lindknud (se ovenfor)

Næste Nyhedsbrev udkommer ultimo august 2004

Stof til dette Nyhedsbrev bedes sendt til Ole Mortensen
senest den 1. august 2004

Medlemmers adresseændringer, evt. udmeldelser o. lign. bedes meddelt:

Jørgen Petersen, Jernbane Alle 34, 3060 Espergærde
Tlf. 49 13 57 07, e-mail: jb.petersen@image.dk

Tryk:

Hugin Tryk, Frederikssund. Oplag 1.500

Redaktionelle retningslinier

Redaktionen forsøger efter bedste evne at finde frem til stof, der har en bred interesse for PROPAs medlemmer og interessenter.

Redaktionen forbeholder sig ret til at udelade eller udskyde indsendte indlæg eller foreslå ændringer til disse, ligesom redaktionen i visse tilfælde påfører bemærkninger til artiklerne.

Redaktionen forbeholder sig ret til at forkorte indlæg – og evt. foretage hensigtsmæssige redaktionelle ændringer – bl.a. af hensyn til ensartethed i opsætning, valg af sprogbrug m.m.

Væsentlige ændringer vil dog altid ske i samråd med artiklens forfatter inden optagelse i Nyhedsbrevet.

