

PROPANYT!

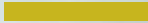
Juni 2012. Nr. 2



Beretning 2011



Forsøgsbehandling



'Shared care' i Midtjylland

Nr. 2 Juni 2012

PROPA NYT Propa Nyt udgives af Prostatakræftforeningen.
Adresseændringer, eventuel udmeldelse eller afmelding af PROPA NYT bedes meddelt til Sekretariatet, Jernbanegade 23 B, 4000 Roskilde, tlf. 33 12 78 28, e-mail: sekretariat@propa.dk

Redaktion:

Werner Klinth Jensen (ansv. red.),
Klosterengen 89, 4000 Roskilde,
tlf. 46 37 12 56. e-mail: wkj@propa.dk
Birthe Olsen, Maglekæret 20 B,
2680 Solrød Strand, tlf. 56 87 08 34.
e-mail: juliesofie2003@yahoo.dk

Næste blad udkommer

1. september 2012

Stof til september-bladet 2012 bedes sendt til Werner Klinth Jensen senest den 15. juli 2012.

På www.propa.dk kan du se tidligere numre af PROPA NYT og af Nyhedsbrevet (det tidligere navn)

Fotos: Jørgen Jørgensen Fotografi © m.fl.

Tryk: KLS Grafisk Hus

Oplag: 5.000



Redaktionelle retningslinier

Redaktionen forsøger efter bedste evne at finde frem til stof, der har en bred interesse for PROPAs medlemmer og interessenter. Redaktionen påtager sig ikke ansvar for de i artiklerne foreslåede behandlinger m.m.

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 PROPA NYT.

Indhold

- 3** Landsmøde
- 5** Bestyrelsens beretning 2011
Referater af eftermiddagens foredrag:
- 11** - Forsøgsbehandling med dendritcellevaccine
i kombination med kemoterapi
- 12** - Nye medicinske behandlinger til metastatisk
prostatakræft
- 15** - Bivirkninger til behandlinger for prosta-
takræft
- 20** Præsentation af Prostatakræftforeningens
bestyrelse
- 24** Forsøgsbehandling
- 27** Nye metoder til behandling af rejsnings-
problemer efter operation
- 30** Patienter med prostatakræft er glade for de
nye kontrolmuligheder i Region Midtjylland
- 35** Nye brochurer
- 36** Kort nyt
- 37** Kort mødeoversigt
- 38** Mødekalender
- 43** Velkommen i PROPA
- 44** Regionsbestyrelse og lokalgrupper i Hoved-
stadsregionen
- 44** Regionsbestyrelse og lokalgrupper for øvrige
Sjælland
- 45** Regionsbestyrelse og lokalgrupper I Jylland
- 47** Regionsbestyrelse og lokalgrupper På Fyn og
omliggende øer
- 48** Udlandsrejser og forsikring

**Forsidebillede: Gudmar Olovsons skulptur Les Deux Arbres
– se artikel om rejsningsproblemer side 27 og nye brochurer side 35.**

Jørgen Jørgensen Fotografi ©

Landsmøde



Af K.B. Madsen,
landsformand for PROPA
Foto Sara Skytte

Kære PROPA medlem!

PROPAs landsmøde den 24. marts på Herlev Hospital var velbesøgt, med det største deltagerantal foreningen endnu har haft – bortset naturligvis fra foreningens 10 års jubilæum. Det store deltagerantal er en stor inspiration for foreningens ledelse. Det siger vi herved tak for!

På landsmødet blev de 4 medlemmer af landsbestyrelsen, der var på valg, genvalgt og fire nye suppleanter blev indvalgt.

Desuden blev foreningens vedtægter justeret således, at hvert stemmeberettiget medlem højst kan medbringe 10 fuldmagter til landsmødet. Medlemskontingentet forblev uændret.

Bestyrelsens beretning for året 2011 fremgår af dette nummer af bladet sammen med et resumé af landsmødets lægefaglige indlæg.

Foreningens nye ambassadør Margrethe Auken var forhindret i at deltage i mødet, men sendte en varm videohilsen til forsamlingen.

Bestyrelsen fremlagde en aktivitetsplan for 2012 til orientering. Den bringes her i uddrag. Da antallet af lokalgrupper i løbet af det sidste år er steget til 20, er målet, at der afholdes 80 lokalmøder i løbet af året – gennemsnitligt 4 pr. lokalgruppe. Der arbejdes også på deltagelse i lokale arrangementer såsom sundhedsdage og arrangementer i Mænds Sundhedsuge.

PROPA er i begyndelsen af juni måned vært for et nordisk seminar for vore broderorganisationer i Sverige, Norge og Finland. Sådanne møder afholdes årligt på skift mellem de 4 nordiske lande. Møderne bruges til erfaringsudveksling mellem foreningerne, men også til at drøfte en fælles nordisk holdning til spørgsmål, der rejses i vort europæiske samarbejdsforum UOMO, organisationen for 23

europæiske landes prostatakraftforeninger. Bestyrelsen arbejder på at udvikle et tilbud om livskvalitetsfremmende hjælp til en særlig hårdt ramt patientgruppe. Det er mænd med kastrationsresistent prostatakraft og deres pårørende. De viser sig sjældent på foreningens møder. Vi vil undersøge, om PROPA kan yde en form for hjælp og støtte til medlemmer i den situation, så de bedre kan bevare en god livskvalitet på trods af den svære situation, de er i.

PROPA planlægger at deltage i en "Opmærksomhedsdag" omkring prostatakraft, som de europæiske prostatakraftpatientforeningers paraplyorganisation UOMO afholder i Bruxelles i september.

Umiddelbart derefter er det planen at arrangere 2 samtidige debatmøder – et i Øst- og et i Vest-danmark. Temaet er "Fremtidens prostatakraftbehandling – er samfundet parat?". Prostatakraft rammer ikke blot mænd efter pensionsalderen, men også et stigende antal mænd i den arbejdsføre alder. Sygdommen skal ikke betragtes som en gammelmandssygdom, som det ikke kan betale sig at behandle. PROPA ønsker med møderne at tage et vigtigt skridt i retning af at sikre, at prostatakraft, der hvert år rammer omkring 4000 mænd, får den nødvendige opmærksomhed fra politisk hold.

Formålet med møderne er at sætte fokus på fremtidens behandling af prostatakraft i forhold til de nye muligheder og i forhold til de økonomiske og sundhedsfaglige rammer, som behandlingen skal passes ind i.

Med disse debatmøder, der forhåbentlig også får en god pressedækning, sigter vi mod at få problemet bragt op på "den politiske dagsorden".

I oktober måned planlægges afholdt to møder om knoglesundhed sammen med patientforeningen DBO (Dansk Brystkræft Organisation). Foreningen passerede i marts en milepæl, idet medlemstallet nåede op på 3000. PROPA er dermed den største kræftpatientforening i Danmark.

Omfanget af det frivillige arbejde i foreningen er selvfølgelig vokset tilsvarende! Kontinuiteten i foreningen er i for høj grad baseret på ganske få prostatakraftramte personer, der påtager sig en urimelig stor arbejdsbyrde.

Det er en af de største udfordringer, bestyrelsen står over for i det kommende år!

Jeg vil ønske alle en dejlig sommer!



Medlemmer ankommer til
Landsmødet på Herlev Hospital.
Foto: Jørgen Jørgensen



Modtagelse af gæster til
Landsmødet på Herlev Hospital.
Foto: Jørgen Jørgensen

Bestyrelsens beretning 2011

Ny Organisation

Ved det ordinære Landsmøde den 19. marts 2011 vedtog man et sæt nye vedtægter med det formål at gøre foreningen mere demokratisk. I henhold til vedtægternes § 14 omhandlende "Overgangsbestemmelser", påhviler det den på Landsmødet den 19. marts 2011 valgte Landsbestyrelse at igangsætte lokalarbejdet i overensstemmelse med nærværende vedtægter, således at det er fuldt implementeret ved Landsmødet i 2012.

Det har Landsbestyrelsen gennemført i løbet af året, således at der nu er 6 regioner, hver med et antal lokalgrupper. Hver regions lokalgrupper har valgt en

regionsbestyrelse, hvis formand i henhold til vedtægterne er født medlem af Landsbestyrelsen. Næstformændene i regionsbestyrelserne er fødte suppleanter til Landsbestyrelsen. Seks af de 10 pladser i Landsbestyrelsen er således besat, og på Landsmødet skal de sidste 4 pladser besættes.

I region Hovedstaden, der omfatter København, Nordsjælland og Bornholm er der nu 5 aktive lokalgrupper, nemlig *Storkøbenhavn*, *Amager*, *Vestegnen*, *Nordsjælland og Bornholm*. Som omtalt på Landsmødet sidste år, var der her i landets største region store vanskeligheder med at få en struktur etableret. Det er meget glædeligt, at denne region

med 1/3 af foreningens medlemmer nu er kommet godt i gang og afholder et tilsvarende stort antal møder.

Også i region Sjælland - medlemsmæssigt PROPAs næststørste region - sker der udvidelser. Der er nu 4 aktive lokalgrupper, nemlig *Nordvestsjælland*, *Roskilde*, *Næstved* og *Guldborgsund*, og en ny lokalgruppe er under etablering i *Sorø*. I region Sjælland har der også været godt gang i mødeaktiviteten.

I region Fyn, der er den mindste region, er der etableret lokalgrupper i *Odense* og *Svendborg* og en ny er under etablering i *Fåborg*.

I region Nordjylland er der to

lokalgrupper, nemlig lokalgruppe *Thy/Mors* og lokalgruppe *Nordjylland*.

I region Midtjylland er der 3 lokalgrupperne Midtvest i Herning og lokalgruppe Aarhus i øst. En ny lokalgruppe forsøges oprettet omkring Silkeborg

I region Sydjylland er der 3 lokalgrupper, henholdsvis Øst, Vest og Syd. Der er nu i alt 20 aktive lokalgrupper og to under dannelse – en udvidelse med 5 i løbet af 2011 og måske snart 7 lokalgrupper – helt i tråd med foreningens målsætning. Så de hvide pletter på danmarkskortet er så småt ved at blive fyldt ud!

Effektivisering af administrationen

Pr. 1. januar 2011 ansatte PROPAs

sin egen sekretær – i første omgang på deltid – og pr. 1. maj flyttede sekretariatet fra Vendersgade i København til et kontorfællesskab i Jernbanegade i Roskilde med betydeligt bedre lokaler og bedre omgivelser. Samtidig opsagdes samarbejdet med OrganisationsBasen. Alt i alt en mere effektiv løsning og en bedre service, som vi håber, medlemmerne føler, man har fået gavn af.

PROPAs medlemstal er steget fra 2794 medlemmer i marts 2011 til nu 3003 medlemmer fordelt på 2360 ordinære medlemmer, 606 pårørende medlemmer og 37 støtte medlemmer. For et år siden satte vi os som mål at nå 3000 medlemmer inden landsmødet i 2012. Og det gjorde vi!

Porto er blevet en stor omkostning for foreningen – både hvad angår forsendelse af PROPAs NYT, film, brochurer og breve til medlemmer og til hospitaler, hvilket selvfølgelig er en vigtig del af vort arbejde. Som en ekstra service til medlemmerne har vi igennem årene indkaldt til Landsmødet pr. brev. Vedtægterne siger imidlertid, at vi kun behøver at indkalde via PROPAs NYT og foreningens hjemmeside.

For at spare portoomkostninger vil vi derfor fremover kun indkalde til Landsmøde via PROPAs NYT og via vor hjemmeside www.propa.dk. De medlemmer, hvis e-mail adresser, vi kender, vil dog fremover også blive indkaldt via e-mail. Alle medlemmer, der har e-mail, opfordres



Foto: Boye Koch

derfor kraftigt til at sende deres e-mail adresse til sekretariatet.

Vi har nu 3 faglige udvalg – et medicinudvalg, et redaktionsudvalg og et hjemmesideudvalg. Tandlæge Carsten Lewinsky har som medicinudvalgsformand i mange år varetaget arbejdet som foreningens medicinmand på forbilledlig vis, men har nu på grund af sit helbred måttet trække sig tilbage. Få andre patientforeninger – om overhovedet nogen – har haft en så kompetent, flittig og hjælpsom person. Desværre er Carsten meget alvorligt syg nu, og vi har i lang tid uden held forsøgt at få en afløser på den vigtige post. Jeg appellerer til jer alle om at hjælpe os med at finde en kvalificeret afløser for Carsten.

Redaktionsudvalget har sammen med PROPA NYTs redaktør Werner Klinth Jensen ansvaret for indholdet i PROPA NYT og i brochurer og film, mens *hjemmesideudvalget* har ansvaret for udvikling og ajourføring af foreningens hjemmeside.

Vi håber herigennem at kunne give medlemmerne en endnu bedre og mere aktuel service.

Møder, stormøder

I 2011 er der afholdt ca. 80 mødemøder i lokalgrupperne. Heraf er de 16 møder alene afholdt i september måned, der jo er prostatakraftmåneden. Mødedeltagelsen har varieret mellem 10-15 og mere end 100 deltagere. Emnerne har naturligvis oftest været prostatakraftrelaterede. Men erfaringsudvekslingsmøder – såvel mellem mænd som mellem pårørende – har også udgjort en vigtig del. Her kan man få lejlighed til at tale med andre i samme situation, og det er meget værdsat.

Ud over disse 80 møder er der afholdt stormøder i København i februar måned med ca. 200 deltagere, i Ringsted i juni måned med ca. 150 deltagere, i Kolding i september måned med ca. 110 deltagere og i Brædstrup i oktober måned – ligeledes med ca. 110 deltagere. I stormøderne, der også er åbne for ikke-medlemmer, har der således i alt deltaget omkring 600 personer. Disse stormøder har været sponsoreret af medicinalfirmaerne Sanofi og Amgen. Det er vi meget taknemmelige for.

Uge 24 har de seneste år været Mænds Sundhedsuge, hvor der landet over er blevet afholdt informationsmøder om mænds sundhed. PROPA har også deltaget i disse aktiviteter og holdt indlæg om prostatakraft og vist vor informationsfilm i Sundhedscentrene i Gladsaxe, Roskilde og Kolding – alle steder med god deltagelse.

Det har vist sig at være meget effektivt og at øge medlemsdeltagelsen til møderne betragteligt, hvis vi – udover at annoncere møder i PROPA NYT og på foreningens hjemmeside – også sender mødeindkaldelser ud via e-mail. Det vil vi i så stor udstrækning som muligt gøre fremover.

Prostatakraftpris og ny DVD

I Landsbestyrelsen har vi besluttet at uddele en årlig prostatakraftpris. Prisen uddeles til en medarbejder inden for sundhedssektoren, der har ydet en anerkendelsesværdig indsats for prostatakraftramte mænd. Prisen, der kan deles mellem flere, blev uddelt for første gang i 2011. Det skete ved stormødet i

Kolding på den europæiske prostatakraftdag den 15. september.

I år blev prisen på 25.000 kr. delt mellem afdelingssygeplejerske Helle Beck Jørgensen og projektsygeplejerske Kirsten Steffensen, begge fra Urologisk afdeling på Aalborg Nord Sygehus.

Helt ekstraordinært gav vi en pris til PROPAs mangeårige medicinmand, Carsten Lewinsky, der har lagt en helt uvurderlig arbejdsindsats for PROPAs medlemmer i oplysningsarbejdet omkring prostatakraft.

Ved stormødet den 15. september i Kolding lancerede professor Peter Iversen, Rigshospitalet, PROPAs nye DVD film. Den er en kraftig omredigering af tidligere film med nye patientfigurer og naturligvis de nyeste behandlingsmetoder, men stadig med Peter Iversen som en gudsbenådet fortæller. Planlægningen af filmen skete i et samarbejde mellem Peter Iversen og vor tidligere formand, Poul Erik Pyndt, som vi har udnævnt til æresmedlem af PROPA. Filmen, der nu udleveres gratis til alle patienter, er siden blevet vist ved mange medlemsmøder landet over og bliver rost meget. Den er, som de tidligere film, sponsoreret af medicinalfirmaet Astra Zeneca.

Pårørendearbejdet

På trods af ihærdige anstrengelser fra foreningens pårørende-repræsentant i Landsbestyrelsen, Birthe Olsen, og fra flere lokalgrupper, har det været svært at få pårørendearbejdet i gang for alvor. Men nu ser det ud til at lykkes! Der er gode udsigter til at få pårørendegrupper i gang i Frederikshavn, Esbjerg, Århus, Odense, Hillerød og København. Vi kan

kun opfordre jer til at bakke op om initiativerne. I Roskilde har pårønderarbejdet nu været i gang i 5 år med godt udbytte for deltagerne. Kontakt Birthe Olsen, der meget gerne yder hjælp og vejledning med at få en gruppe i gang.

Nye behandlingsmetoder og nye lægemidler

Der udvikles heldigvis til stadighed nye behandlingsmetoder og nye lægemidler til behandling af prostatakraft. En ny type strålebehandling af prostatakraft, HDR-brachyterapi, er således under indførelse på Aarhus universitetshospital. Metoden er omtalt i det sidste nummer af PROPA NYT. En avanceret og overordentlig præcis strålebehandling, stereotaktisk radioterapi, blev introduceret i sidste uge på Rigshospitalet. Her er Danmark med helt i frontlinjen, og som vi senere skal høre om, gøres der forsøg med dendritcellevaccination her på Herlev Hospital. Dette er blot nogle få af de mange, mange nye tiltag, der sker på behandlingsområdet i Danmark i disse år.

To nye lægemidler til behandling af avanceret prostatakraft er blevet godkendt i USA af FDA og i Europa af EMA, der svarer til Sundhedsstyrelsens lægemiddelafdeling i Danmark. Men begge lægemidler havde svært ved at komme igennem det danske godkendelsessystem på trods af, at de for længst var taget i brug i vore nabolande Sverige og Norge. Det er svært at forstå for de patienter, der virkelig har brug for dem.

Den ubehagelige prioriteringsdebat om, hvorvidt sådanne meget dyre lægemidler skal anvendes til uhelbredelige patienter,

er jo - ikke uventet - dukket op. Økonomisk krise eller ej. Der skal naturligvis ikke herske nogen tvivl om, at PROPA har den holdning, at alle patienter skal tilbydes behandling med de bedste lægemidler, der findes!

Ventetider, Shared Care

Den maksimale ventetid, fra at den praktiserende læge henviser til urologisk afdeling til selve undersøgelsen går i gang, har i kræftplan 2 været 1 uge. Man har nu i Kræftplan 3 indført en filterfunktion mellem de praktiserende læger og sygehusenes urologiske afdelinger. Den praktiserende læge kan ikke længere henvise patienter, der mistænkes for at have prostatakraft, direkte til den urologiske afdeling, men kun til en filterfunktion på den urologiske afdeling. Først efter at man i filterfunktionen har verificeret mistanken om kræft, går patienten videre, med de forløbstider Kræftpakke 3 garanterer. Det harmonerer dårligt med regeringens og regionernes udmelding om, at alle kræfter skal sættes ind på en hurtig diagnosticering af kræftsygdomme. Både Kræftens Bekæmpelse og PROPA har protesteret over for Sundhedsministeren.

I projektet "Shared Care", som har været kørt i region Midtjylland, har man inviteret repræsentanter for PROPA med i projektets følgegruppe. Shared Care kan måske bedst oversættes ved "Sammenhængende patientforløb". I projektet er der udarbejdet en samarbejdsmodel omkring efterkontrol af patienter med prostatakraft. Det drejer sig om patienter, der har afsluttet hospitalsbehandling, og hvor

sygdommen er i en stabil fase. PROPA følger med stor interesse færdiggørelsen af dette projekt - ikke mindst, da det jo involverer de praktiserende læger kraftigt. Shared Care vil sikkert med tiden blive landsdækkende og derigennem give landets praktiserende læger øget viden om prostatakraft. Det må vi fra PROPAs side hilse med glæde!

Interview undersøgelse

Konsulentfirmaet Geelmuyden. Kiese gennemførte i 2011 for PROPA en interviewundersøgelse blandt urologer og onkologer på danske sygehuse om behandling af knoglemetastaser. Der blev gennemført interviews med 12 urologer og 2 onkologer på 10 hospitaler på tværs af landet.

Undersøgelsen skulle danne grundlag for en diskussion af, hvordan man sikrer en ensartet og optimal behandling af knoglemetastaser.

Undersøgelsen konkluderede, at der er enighed om de overordnede retningslinjer for behandling af prostatacancer, men forskel på hvordan retningslinjerne efterleves. Endvidere, at påvisningen af knoglemetastaser er symptomafhængig, hvilket lægger et stort ansvar over på patienterne. Det er altså afgørende, at patienterne ikke underdriver eller tier stille med deres smerter. PROPA satte fokus på dette emne i artiklen "Giv lyd, mand" i PROPA NYTs september udgave.

Ved interviewene blev der i øvrigt givet udtryk for et godt samarbejde mellem lægerne og PROPA.

Projektet blev betalt af medicinalfirmaet Novartis og er først for nylig blevet afrapporteret til

Dansk Urologisk Selskab. Resultaterne vil blive omtalt i PROPA NYT senere på året.

Nye publikationer

I løbet af 2011 har 3 nye brochurer set dagens lys. Det drejer sig om en brochure om Urininkontinens, skrevet af overlæge Jørgen Nordling, Herlev Hospital, en pårørendebrochure med indlæg af overlæge Claus Dahl, Dansk Urologisk Selskab, og en gavebrevsbrochure. Desuden er såvel brochuren om "Prostatakræftforeningen" som brochuren om "Rejsningsproblemer" for nyligt blevet omredigeret.

Alle vore brochurer er fremlagt på landets urologiske afdelinger, hvorfra der flittigt rekvireres supplerende materiale fra vort sekretariat.

Samarbejde Kræftens Bekæmpelse, Hospitalerne og Dansk Urologisk Selskab

PROPA nyder godt af et fint og udbytterigt samarbejde med Kræftens Bekæmpelse - både med foreningens mange lokalafdelinger og med hovedafdelingen på Strandboulevarden, hvilket vi er meget taknemmelige for. I Kræftens Bekæmpelses regi deltager vi i kurser og får inspiration fra møder med de andre patientforeninger, hvor vi både lærer af hinanden og kan lave fælles seminarer.

PROPA er også taknemmelige for den hjælp, vi møder rundt om i landet fra Kræftrådgivningerne, som ofte assisterer med modtagelse af tilmeldinger til vore mange møder.

PROPA har et meget fint samarbejde med de urologiske og

onkologiske læger og afdelinger på landets sygehuse og med Dansk Urologisk Selskab. PROPA møder stor velvilje, når vi beder om indlæg på foreningens møder. Det er en uvurderlig støtte for os. Ligeledes er vi meget taknemmelige for den hjælp, vi får fra sygehusenes øvrige sundhedspersonale med uddeling af PROPAs brochurer og DVD til nydiagnosticerede patienter.

Nordisk og europæisk samarbejde

Prostatakræftforeningerne i Norge, Sverige og Finland er omtalt i sidste nummer af PROPA NYT. PROPA har et godt samarbejde med alle tre foreninger, et samarbejde, hvor vi søger at lære af hinandens erfaringer og at drøfte en fælles holdning til samarbejdet i den europæiske patientorganisation UOMO. Vi har et årligt fællesnordisk møde, der blev afholdt i Stockholm i september måned. I år er Danmark vært for mødet. Ligeledes deltager PROPA med et par repræsentanter i 2 årlige europæiske møder. Her drøftes blandt meget andet udviklingen i den svære screeningsproblematik.

Forskningsfonden

PROPA oprettede for tre år siden en forskningsfond. Dens formål er at støtte forskning inden for behandling af prostatakræft og at uddele stipendier til kompetenceudvikling for enkeltpersoner inden for de sundhedsfaglige områder, der beskæftiger sig med pleje af prostatakræftpatienter. Der blev ved oprettelsen tilført fonden 400.000 kr. fra PROPA. Fonden har egen bestyrelse med 3 repræsentanter

fra PROPAs bestyrelse og 3 fra forskningsverdenen + en advokat. Fonden tager beslutning om uddeling af legater fra afkastet af fondens formue. Der er ikke uddelt legater, da der endnu ikke har været tilstrækkeligt afkast.

Bestyrelsen vil gerne takke faglige udvalg og lokalgrupper for et stort og inspirerende samarbejde, der jo som bekendt ydes på frivillig basis af os alle. Vi vil også takke de mange gavebidragsydere - over fire hundrede - som har givet PROPA pengebidrag - store som små - i årets løb.



Øverst den nye bestyrelse
– Nederst et fuldt auditorium på Herlev Hospital.
Foto: Jørgen Jørgensen



Forsøgsbehandling med dendritcellevaccine i kombination med kemoterapi



Af Eva Ellebæk, læge,
Ph.d. studerende,
Center for Cancer
Immun Terapi /
Onkologisk afdeling,
Herlev Hospital

På Herlev Hospital har vi netop startet et forsøg med dendritcellevaccination i kombination med kemoterapi til patienter med metastatisk prostatakræft.

En dendritcellevaccine er en kræftvaccine, hvor formålet er at stimulere ens eget immunforsvar til at bekæmpe kræftcellerne. Dendritceller fremstilles ud fra egne immunceller, der udtages under en leukaferese (en blodtapning). Her sorteres immuncellerne fra patientens blod via et kateter i lysken. Immuncellerne opmodnes herefter i laboratoriet og tilsættes små stykker protein, der er specifikke for kræftcellerne. Når disse opmodnede og mærkede dendritceller så gives tilbage til patienten, kan de aktivere immunforsvaret til en direkte reaktion mod kræftcellerne.

Når prostatakræften har spredt sig, og antihormonbehandling ikke længere kan holde sygdommen i ro, har tidligere forsøg vist at behandling med

kemoterapi (Docetaxel) kan hjælpe. I dette forsøg vil en vaccine blive givet sideløbende med kemoterapi, og der vil blive lavet skanninger og PSA målinger for at vurdere, om vaccinen kan forbedre effekten af kemoterapi. Der vil ligeledes blive foretaget analyser af, hvorvidt der i blodet skabes en immunreaktion mod vaccinen og kræftcellerne.

Der skal indgå 40 patienter med prostatakræft i forsøget. Heraf vil 20 patienter blive behandlet med både vaccine og kemoterapi og 20 patienter med kemoterapi alene. Der forventes ikke væsentlige bivirkninger til vaccinen.

I foråret 2010 blev en kræftvaccine baseret på dendritceller (Provenge) godkendt i USA til behandling af prostatakræft. En stor undersøgelse har vist, at denne vaccine kunne forlænge overlevelsen med godt 4 måneder sammenlignet med ingen behandling. Dendritcellevaccinen, som fremstilles i Danmark, afviger på en del punkter fra

Provenge; ligeledes afviger det tidspunkt i sygdomsforløbet, hvor vaccinationen gives. Hvorvidt vores vaccine ligeledes kan resultere i forlænget overlevelse, må afvente resultatet af dette og kommende forsøg.

Nye medicinske behandlinger til metastatisk prostatakræft



Af ledende overlæge,
dr. med. Lisa Sengeløv,
Herlev Hospital

Prostatakræft kan gennemgå forskellige stadier, og kan sprede sig til andre organer, hyppigst knoglerne (knoglemetastaser). Hvis sygdommen har spredt sig til andre organer er behandlingen primært medicinsk, så det virker i hele kroppen.

Alt efter hvordan sygdommen starter, og hvor meget spredning der er i kroppen, starter man behandlingen med antihormonpiller eller kastrationsinjektioner. Hvis PSA tallet stiger som tegn på forværring af sygdommen trods antihormonpiller, er kastrationsinjektioner uundgåelige.

I mange tilfælde kan det holde sygdommen i ro i en længere periode. Hos nogle patienter forværres sygdommen enten med stigende PSA, eller hvis der konstateres flere metastaser. I den situation er det vigtigt at konstatere om testosteron-indholdet i blodet holdes helt lavt med kastrationsinjektionerne. Hvis testosteron-niveauet ikke er helt lavt, skal der foretages fjernelse af testiklerne, så man kan være

sikker på at al testosteron-produktion i kroppens normale væv er ophørt.

Hvis PSA-tallet stiger trods helt lavt testosteron-niveau, var betegnelsen før i tiden at sygdommen var hormonresistent. I dag ved vi at hormonblokade af kræftcellerne stadig kan virke, men fordi kræftceller kan få det omgivende væv til at "forsyne sig" med testosteron som stimulerer vækst, skal blokeringen ske på en anden måde. Derfor kaldes dette sygdomsstadie nu *kastrationsresistent*.

Kemoterapi med docetaxel

For 8 år siden viste 2 store forsøg med patienter i sygdomsstadiet *metastatisk* og *kastrationsresistent*, at kemoterapi med docetaxel var mere virksomt end kemoterapi med mitoxantrone. Docetaxel forlængede overlevelsen og medførte en gennemsnitlig bedre livskvalitet. Det var første gang at den gunstige virkning af kemoterapi blev dokumenteret

hos patienter med metastatisk prostatakræft.

Behandlingen blev efterfølgende indført som en standardbehandling i Danmark.

Der har været mange forsøg, der har kombineret docetaxel med andre stoffer f.eks. væksthæmmere eller tumorantistoffer, men indtil videre har disse forsøg ikke kunne vise, at kombinationer er bedre en docetaxel alene.

Kemoterapi med cabazitaxel

Frem til 2010 var der ikke andre typer behandling med sikker dokumenteret effekt, hvis sygdommen blev værre igen efter kemoterapi med docetaxel. I 2010 kom resultatet af et internationalt forsøg der sammenlignede en ny slags kemoterapi, som er i familie med docetaxel, cabazitaxel med mitoxantrone. Danmark var med i dette forsøg, og mange danske prostatacancerpatienter deltog i lodtrækningsforsøget.

Resultaterne viste at cabazitaxel kan forlænge overlevelsen i forhold til den "gammeldags" form for kemoterapi med mitoxantrone. Resultaterne var gældende, uanset hvordan resultatet havde været af docetaxelbehandling og uanset patientens fysiske form, alder eller symptomer. Der var også et større fald i PSA og en bedre smertelindring, i den gruppe der fik cabazitaxel. Bivirkningerne i form af lave tal for hvide blodlegemer og diarre var værst i den gruppe der fik cabazitaxel, og desværre var bivirkningerne alvorlige for enkelte.

Cabazitaxel blev godkendt til national ibrugtagning i efteråret 2011, som behandling til patienter, der har fået docetaxel og hvor sygdommen forværres efter docetaxel.

Abiraterone

Ved den europæiske kongres i efteråret 2010 kom der resultater af et nyt type stof – abiraterone – som virker ved en slags blokade af den "lokale" hormonproduktion, der kan ske i kræftvævet. Tidlige studier viste at det virkede som et meget lovende behandlingsprincip med få bivirkninger.

Et lodtrækningsforsøg til patienter med kastrationsresistent metastatisk prostatacancer viste, at abiraterone var signifikant bedre en placebo (kalkpiller), når man sammenlignede den gennemsnitlige overlevelse i de to grupper. Resultaterne var gældende uanset hvordan resultatet havde været af tidligere docetaxelbehandling og uanset patientens fysiske form, alder eller symptomer. Bivirkningerne til medicinen er væskeansamlinger, muskelsmerter og blodtryksændringer. Medicinen forventes godkendt til national ibrugtagning foråret 2012.

MDV3100

De nyeste resultater om anti-hormonbehandling, som blev fremlagt ved den amerikanske kongres for urologisk cancer i februar i år, var om præparatet MDV3100. Det er et antihormonmiddel der virker kraftigere og på en lidt anden måde end f.eks. bicalutamid.

Det var også en lodtrækningsundersøgelse hos patienter med metastatisk kastrationsresistent prostatacancer, som viste en signifikant effekt af præparatet sammenlignet med placebo.

Igen så præparatet ud til at have effekt i alle undergrupper af patienter, og bivirkningerne så ud til at være af samme type som ved andre antihormonbehandling. Præparatet forventes godkendt af de amerikanske myndigheder i løbet af 2012, og vil derefter blive godkendt i Europa.

Radium²²³

Radioaktive isotoper (f.eks. strontium, samarium) har været brugt som smertebehandling ved knoglemetastaser i mange år med rigtig god effekt og begrænsede bivirkninger. Isotoperne indbygges i knoglerne ligesom kalk. Man har ikke tidligere kunnet dokumentere at den type behandling var livsforlængende, men nu er der kommet resultat af et nyt stof – radium²²³, som ved 6 injektioner med 4 ugers mellemrum virkede livsforlængende i den gruppe patienter, som fik den aktive behandling sammenlignet med patienter, der fik placebo injektioner. Behandlingen var smertestillende og med meget få bivirkninger, men kun egnet til patienter med knoglemetastaser. Stoffet er ikke godkendt, men kommer forhåbentlig som forsøgsbehandling i sommeren 2012.

Vaccinationsbehandlinger

Der er udgivet resultater af flere forsøg med forskellige slags vaccinationer til patienter med kastrationsresistent metastatisk prostatakræft, og forsøgene har vist, at dette princip kan forlænge overlevelsen hos den gruppe patienter, som får vaccinationerne. Behandlingerne kan være komplicerede, fordi de involverer fremstilling af celleprodukter fra patienten selv, som skal gives tilbage til patienterne. Vaccinationsbehandlinger, som ikke involverer udtagning af celleprodukter, har endnu ikke dokumenteret en behandlingseffekt, men foreløbige studier har været positive.

Behandlingerne er ikke markedsført i Europa endnu.

For alle nye behandlinger gælder, at de kun kan gives til patienter, som opfylder de samme kriterier, som patienterne i forsøgene skulle opfylde. Ellers kan man ikke håbe på virkning af behandlingen.

Det betyder, at man kun kan blive tilbudt behandlingerne, hvis man er nogenlunde frisk, oppegående, med normal funktion af knoglemarv, nyrer og lever.

Der er ingen tvivl om at de næste år vil bringe kaskader af resultater fra nye forsøg, som forhåbentlig vil gøre os klogere på, hvordan rækkefølgen af de nye behandlinger skal være, om der er nye kombinationer, der er mere effektive, og om der er nogle af disse behandlinger, der skal gives på et langt tidligere tidspunkt i sygdommens udvikling.

Det er utrolig opmuntrende at der er kommet skred i udviklingen af mange nye lægemidler til behandling af prostatakræft, som forhåbentlig kommer mange patienter til gavn.



Eftermiddagens foredragsholdere.
Øverst Eva Ellebæk og Kári Mikines.
Derunder Lisa Sengeløv.
Foto: Jørgen Jørgensen

Bivirkninger til behandlinger for prostatakræft



Af Kári J. Mikines, overlæge,
dr. med., Postgraduat Klinisk
Lektor, Urologisk Afdeling,
Herlev Hospital.

Prostatakræft er en sygdom, hvis hyppighed er steget løbende over årene. Antallet af patienter der er diagnosticeret med Prostataskræft i Danmark er fordoblet på 10 år fra ca. 2000 tilfælde i år 2000 til 4000 i år 2010, dels på grund af bedre metoder til at diagnosticere sygdommen (PSA), men formentlig også på grund af livsstilsfaktorer.

Hvis man får diagnosticeret prostatakræft, er det afgørende, at man kender stadiet. Dette beror på 3 faktorer: 1) TNM-klassifikationen, som står for Tumour, Nodes (lymfeknuder), og Metastaser (Spredning), 2) PSA på diagnosetidspunktet og 3) Gleason graderingen (Den patologiske undersøgelse af biopsien).

T-stadiet bedømmes af urologens pegefinger. Urologen føler på prostata gennem endetarmen og bedømmer om der kan føles en knude. Hvis det ikke er tilfældet er stadiet T1. Hvis urologen kan føle en knude er stadiet T2, og hvis urologen bedømmer, at knuden vokser udenfor prostata

er stadiet T3. Hvis knuden vokser ind i de omkringliggende organer, er Stadiet T4.

Gleason score: Er baseret på en undersøgelse af biopsier under mikroskop. Det er i øjeblikket den bedste måde til at vurdere prostatakræftcellernes aggressivitet (evne til at metastasere). Gleason mønsteret er opdelt i grad 1-5, og Gleason scoren er graden af det område af svulsten der er mest af lagt sammen med det der er næstmest af. Så man kan have Gleason score 6 (3+3) hvis der kun er Gleason mønster 3, men hvis der er Gleason mønster 3 i hovedparten af biopsien og Gleason mønster 4 i den resterende del vil Gleason score være 7 (3+4).

Hvis prostatakræften har bredt

sig udenfor prostata (metastaser), er helbredende behandling ikke mulig, men hvis prostatakræften er lokaliseret (begrænset) til prostata, kan man tilstræbe en behandling der helbreder patienten for sygdommen. Alle behandlinger indebærer risiko for bivirkninger, og man skal derfor grundigt overveje, hvilken behandling der er den bedste for den enkelte patient. Nogen gange er ingen behandling (aktiv overvågning) faktisk den bedste strategi.

Der er der tre risikostadier – Lav-risiko, middel-risiko og høj-risiko, som betyder vekslende risiko for tilbagefald efter en helbredende behandling. Lavrisiko har en risiko for tilbagefald på ca. 10-20%, middelrisiko ca. 20-40% og højrisiko ca. 40-60%. I

LAV	MIDDEL	HØJ
cT1c - cT2a PSA≤10 Gleason score≤6	cT2b 10<PSA≤20 Gleason score 7	≥T2c PSA>20 Gleason score>7

Danmark bruger vi D'Amico risikoklassifikation:

Nuværende behandlingsmetoder

Der er meget at tage stilling til, når man skal bestemme den bedste måde til behandling af prostatakræft. Det kan være nødvendigt med mere end én samtale med lægen for at få gennemdrøftet alle muligheder og spørgsmål, og det kan være, at du ønsker at få en anden læges mening også. Sørg for at få svar på alle tvivlsspørgsmål og bekymringer før du bestemmer dig for en behandling. Din behandlingsplan kan bestå af én behandlingsform eller flere behandlingsformer kombineret. De mest almindelige behandlingsformer for prostatakræft er:

- Operation (radikal prostatektomi)
- Ekstern strålebehandling
- Implantation af radioaktive korn (intern strålebehandling)
- Kryoterapi (frysning af prostata)
- Løbende kontrol af sygdommen uden aktiv behandling
- Hormonbehandling

Operationen 'radikal prostatektomi'

Den mest anvendte metode ved helbredende behandling af prostatakræft er den operation, som kaldes radikal prostatektomi. Ved operationen fjernes hele prostatakirtlen samt de to sædblærer. Indgrebet foretages hyppigst gennem et snit i maveskindet, sjældnere gennem et snit i mellemkødet foran endetarmsåbningen. Operationen kan også foretages som en såkaldt laparoskopisk operation, hvor

man opererer gennem små snit vejledt af en kikkert, eventuelt assisteret af en operationsrobot.

Man vil ofte foretage undersøgelse af lymfeknuderne og prostatektomien i samme indgreb, således at patienten kun skal opereres én gang. Ved operationen fjernes prostata og den del af urinrøret, som prostata omslutter. Prostata ligger lige oven for lukkemusklen, som ligger udenom urinrøret, og man syr urinblæren ned til lukkemusklen. Manden kan derfor lade vandet naturligt efter operationen.

Operationsforløbet kan være forbundet med behov for blodtransfusion, og der er de almindelige risici i forbindelse med operationer. De fleste patienter kan tage hjem på 2.-3. dagen efter en åben operation, og ved en robotassisteret kikkertoperation kan patienten tage hjem dagen efter.

Bivirkninger ved radikal prostatektomi

Der er en risiko for at få problemer med at holde på vandet efter indgrebet. Forbigående utæthed er meget almindelig i de første måneder (cirka 50 procent). Vedvarende let utæthed ses hos cirka syv procent, mens svær utæthed ses hos et par procent. Det er vigtigt, at man laver bækkenbundstræning for at opøve evnen til at holde på urinen. Potensen (rejsningsevnen) kan påvirkes ved operationen, men i tilfælde hvor der kun er begrænset sygdom i prostatakirtlen, kan operationen udføres på en måde, så man skader nerverne mindst muligt, hvorved rejsningsevnen kan bevares hos op til 60-70 procent af patienterne – afhængig af alder og potens før operationen.

Potensproblemer kan i mange tilfælde afhjælpes med potensfremmende midler eller med indsprøjtninger. Potensmidlerne er meget dyre, men patienter, som har fået behandling for prostatakræft, har mulighed for at få tilskud til behandlingen.

Ekstern strålebehandling

Ekstern strålebehandling gives ved hjælp af en strålebehandlingsmaskine (som regel en lineær accelerator), der udsender høj-energi røntgenstråling, som fokuseres mod kræften. Den enkelte behandling er kortvarig, men skal gives dagligt over en længere periode. Normalt en gang om dagen, 5 dage om ugen over en periode på 7-8 uger for at minimere skaden på det raske væv. Ofte kombineres ekstern strålebehandling med hormonbehandling i en periode.

Ekstern strålebehandling har en god helbredelsesrate for tidlige stadier af prostatakræft. Det er ikke nødvendigt med indlæggelse. Patienten er nødt til at møde til behandling på sygehuset dagligt i op til 2 måneder. Der er stadig en risiko for impotens, om end den er mindre end ved operation, hvis der ikke er hormonbehandling involveret.

Ekstern strålebehandling kan have forskellige bivirkninger og komplikationer, der skyldes strålernes skadevirkning på det sunde omkringliggende væv (fx blære og endetarm). De fleste af bivirkningerne er mindre væsentlige og forsvinder kort tid efter afslutningen af behandlingen. Det er bl.a. træthed, hudirritation i de behandlede områder, hyppig og smertefuld vandladning, irriteret tarm, diar-

re og irritation eller blødning ved endetarmen. De sidste bivirkninger kan være vedvarende.

Intern strålebehandling - indlæggelse af radioaktive korn

Denne procedure, som kaldes brachyterapi eller intern strålebehandling, består i at indlægge små metalkorn ("seeds") i prostata. Kornene, der indeholder radioaktivt jod-125, vil her afgive små doser stråling i omkring et år. (Jod-125 har en halveringstid på 2 måneder, dvs. hver anden måned reduceres strålingen til det halve – og efter et år er der under 2% reststråling). Ved hjælp af TRUS (ultralydsscanning gennem endetarmen) kan disse korn placeres præcist. Prostatakræft er oftest lokaliseret flere steder i kirtlen, hvorfor det er vigtigt, at hele prostata bestråles. Afhængig af prostatas størrelse implanteres 50 – 100 radioaktive korn. Da kun et lille område bliver bestrålet af hvert korn, er det kun relativt lidt stråling, der når ud til de nærliggende, normale organer. Det er bl.a. endetarmen, der ligger direkte bag prostatakirtlen, og blæren, der ligger ovenpå kirtlen.

Det er ikke nødvendigt at åbne ind til kirtlen ved implanteringsproceduren. I stedet placeres kornene, der er mindre end riskorn, i tynde nåle, der føres ind i prostata gennem huden i mellemkødet (området mellem pungen og endetarmsåbningen). Når nålene trænger ind i prostata, kan man følge dem på skærmen fra ultralydsapparatet, og derved kan de føres præcist derind, hvor man ønsker, de skal placeres. Mens nålene føres ind,

er ultralydhovedet placeret i endetarmen.

Når hver enkelt nål er på det korrekte sted i prostata, efterlades kornene i prostata, mens nålen langsomt bliver trukket ud igen. Ultralydhovedet og nålene fjernes, når implantationen er færdig. Behandlingen foregår oftest i fuld bedøvelse.

Nyere kliniske undersøgelser viser, at chancen for at forblive sygdomsfri 12 år efter operationen er ca. 90% ved lavrisiko sygdom. Ved middels risiko sygdom er den 12 års chance for sygdomsfrihed ca. 70%, og dette er lige så godt som for radikal prostatektomi. Operationen, hvor man implanterer kornene, varer normalt ca. 2-3 timer. Patienten forlader normalt sygehuset dagen efter implantationen. Mange patienter genoptager deres normale aktiviteter indenfor få dage.

Fordi kornene er placeret direkte i prostata, kan de afgive 2 til 3 gange mere stråling til prostata, end man opnår ved ekstern stråleterapi.

Inkontinens ses hos mindre end 5% af patienterne.

Langtids-resultaterne (mere end 20 år) er endnu ukendte, men de tilgængelige kliniske data viser gode resultater op til 15 år frem.

Den bivirkning, som alle patienter får, er at kraften på urinstrålen bliver dårligere. Derudover er der mange, som oplever at få gener fra blæren (lidt som blærebetændelses-symptomer: hyppig vandladning, svie, og når man skal så skal man).

Man oplever hyppigt problemer med vandladningen i nogle få måneder efter implantationen. Disse symptomer vil gradvist blive mindre og til sidst forsvinde.

Selvom kornene forbliver ra-

dioaktive i flere måneder, er energien og aktiviteten af kornene så lille, at man kan se bort fra risikoen for, at andre bliver udsat for stråling. Kun de første 2-3 måneder er det nødvendigt med nogle enkle forholdsregler, f.eks. må man ikke sidde med små børn på skødet i længere tid eller ligge tæt op ad gravide.

Ved seksuel udløsning vil mængden af sæd blive mindre eller helt forsvinde.

Inkontinens ses hos mindre end 5% af de patienter, der ikke har gennemgået en prostataoperation tidligere. Impotens ses efter 5 år hos 30% af patienterne under 60 år. Hos patienter over 60 år ses impotens oftere.

Kryoterapi

Her føres der også nåle ind i prostata under bedøvelse. I nålene er der et fryselegeme, som fryser og optøer prostata i nogle cykluser. Når cellerne bliver frosset ned og hurtigt optøet ødelægges de, og man destruerer dermed kræftcellerne. Denne behandling er kun protokolleret i Danmark.

Behandlingen kræver kun kortvarig indlæggelse, og kan gives som ambulant behandling. Behandlingen kan gives efter ekstern eller intern strålebehandling, hvis der er tilbagefald; mindre end 5% oplever inkontinens, men der er en større del af patienterne som får impotens end efter brachyterapi og radikal prostatektomi.

Løbende kontrol af sygdommen (aktiv overvågning)

Hvis man er 65-75 år og har lavrisiko sygdom, kan man muligvis have gavn af aktiv overvågning. Risikoen for at dø af sin prosta-

takræft hvis man er 65-70 år og i lavrisikogruppen er ca. 10 % indenfor 10 år, mens risikoen for at dø af andre sygdomme er ca. 40 %. Aktiv overvågning betyder, at man går til kontrol hver 3 måned, og hvis PSA stiger eller hvis tumorstadiet udvikler sig, skal der tages nye biopsier.

Patienter over 75 år tilbydes watchfull waiting – som betyder at man venter til der kommer metastaser – dette sker for mindre end halvdelen af patienterne, og man kan så sætte ind med hormonbehandling.

Lindrende behandling

Hos patienter med prostatakræft hvor helbredende behandling ikke kommer på tale, findes der behandlinger, der har til formål at hæmme sygdomsudviklingen og/eller at mindske symptomer på sygdommen.

Cellerne i prostata - også kræftceller - er afhængige af mandlige kønshormoner kaldet androgener – primært testosteron. Hvis man ikke har androgener, vil prostatacellerne (og kræftcellerne) ikke kunne udvikle sig – og en del af cellerne går til grunde. Ved at hæmme kønshormonernes påvirkning af prostata kan man derfor, i hvert fald for en tid, hæmme udviklingen af kræftceller i prostata, samt i de organer som kræften eventuelt har spredt sig til. Der findes flere måder, at gøre dette på.

Kirurgisk og medicinsk kastration

Ved kastration hæmmer man dannelsen af mandligt kønshormon. Behandlingen kan foretages kirurgisk ved at bortoperere det hormondannende væv i

begge testikler. Det kan også gøres medicinsk ved at påvirke de overordnede systemer, der styrer hormondannelsen. Dette sker ved en indsprøjtning, som enten gives hver måned, hver tredje måned eller hvert halve år, alt efter hvilken medicintype man vælger. Metoderne anses for at være lige effektive, og hvilken, man anvender, afhænger af den enkelte mand. Nogle mænd vil opleve det som et stort indgreb at få fjernet testiklerne kirurgisk. Kapslen omkring testiklen bevares dog, således at der fortsat er en vis fylde, hvor testiklerne tidligere sad. Andre mænd vil ikke være interesseret i at skulle have indsprøjtninger jævnligt. Ved begge behandlinger er bivirkningerne oftest tab af potensen, tab af lysten til seksuel aktivitet og hedeture. Kastrationsbehandlingen er første valg ved endokrin behandling, hvis der er metastaser i knoglerne.

Ved medicinsk kastration laver man et indgreb i de overordnede hormoner, som regulerer kønshormonproduktionen. For at forstå, hvordan det sker, må man først forstå hvordan den normale kønshormonproduktion foregår. Mandens kønshormonproduktion er reguleret af et område i hjernen, som hedder hypothalamus. Hypothalamus producerer et hormon (LHRH – "LH-Releasing Hormone"), som føres til hypofysen – hvor det sætter sig på nogle specialiserede "receptorer", som får hypofysen til at danne LH (Luteiniserende Hormon). LH føres med blodet til testiklerne, hvor det regulerer dannelsen af testosteron, det mandlige kønshormon. Testosteronkoncentrationen i

blodet er underkastet en feedback mekanisme, så hvis testosteron er for lavt, produceres der mere LHRH og dermed også mere LH, som så øger dannelsen af testosteron. LHRH-produktionen fra hypothalamus er cyklisk – det vil sige, at det kommer i udladninger, således at hypofysen har mulighed for at "lade op" og producere LH.

LHRH-agonister: Hvis der er en høj koncentration af LHRH ved hypofysen hele tiden, vil hypofysen ophøre med at producere LH, hvilket igen hindrer produktionen af testosteron. Det er dette princip, der ligger bag de såkaldte LHRH agonister. En agonist betyder, at den stimulerer den specialiserede receptor. En LHRH agonist går altså ind og stimulerer produktionen af LH. Første gang man får en LHRH-agonist, udtømmer hypofysen det depot af LH, som den gemmer – og det medfører, at testosteron stiger i blodet og først falder efter cirka 14 dage. Det kunne muligvis medføre, at prostatakræftcellerne ville blive stimuleret yderligere, og man kan derfor behandle med anti-androgener, som fås som piller, i de første 4 uger efter den første injektion af LHRH-agonist. Man har i mange år behandlet patienter med avanceret prostatakræft med disse LHRH-agonister, som kan gives som en depotmedicin i underhuden på maven eller i musklerne.

LHRH-antagonister (LHRH-blokkere): Man har nu udviklet en ny LHRH-antagonist – også kaldet LHRH-blokker -, som blokerer for hypofysens receptorer, og som derfor med det samme lukker af for produktionen af LH. Der er derfor ved denne behand-

ling ikke brug for at give anti-androgener i en periode.

Antiandrogener forhindrer, at det dannede mandlige kønshormon stimulerer prostatakraftcellerne. Det sker ved, at antiandrogenerne blokerer de såkaldte receptorer, som kønshormonet normalt sætter sig på for at udøve sin virkning, som er at få cellerne til at vokse og dele sig.

Bivirkninger ved de forskellige behandlingsmetoder

Kirurgisk kastration/medicinsk kastration: Bivirkninger ved både kirurgisk og medicinsk kastration er tab af potens; tab af libido (lysten til seksuel aktivitet), hedeture og på langt sigt risiko for udvikling af osteoporose (tab af knoglemineralisering), tab af muskelmasse, øget fedtdeponering, udvikling af alderdomssukkersyge og træthed.

Antiandrogener: Hos nogle ses vækst af mandens brystkirtelvæv som kan blive smertende. Disse bivirkninger kan forebygges med en strålebehandling af brystvævet, før behandlingen påbegyndes.

Hvornår skal behandlingen igangsættes?

Det er ikke nødvendigt, at den lindrende behandling påbegyndes, så snart diagnosen stilles. Hvis PSA niveauet er stabilt, kan man roligt afvente – såkaldt watchfull waiting. Hvis PSA-niveauet i blodet begynder at stige med en fordoblingstid på under 1 år, bør man overveje behandling. Hvis der er påvist metastaser i knoglerne, går tendensen i dag dog i retning af, at man påbegynder behandling på et tidligere tidspunkt end hidtil, da

visse undersøgelser tyder på, at det kan være en fordel. Man skal dog inddrage risikoen for bivirkninger ved behandlingen i sine overvejelser, når man skal tage stilling til, hvornår behandlingen skal påbegyndes. Hos mange patienter vil det være rimeligt blot at følge sygdommen, og så først iværksætte behandling, hvis patienten på et tidspunkt får symptomer, eller hvis sygdommen ser ud til at være i kraftig aktivitet. Blodprøven PSA er en god målestok for aktiviteten i sygdommen, og også for om patienten reagerer som håbet på behandlingen.

Anden lindrende behandling

Nogle patienter, hvor det største problem er besværet vandladning kan have gavn af at få fjernet noget af prostatavævet, der klemmer på urinrøret. Vævet kan fjernes ved en såkaldt kikkertoperation (skrælning af prostata), som er den operation, man almindeligvis anvender ved godartet forstørret prostata. Hos patienter med lokaliserede smerter forårsaget af en knoglemetastase kan strålebehandling mod knoglen have god smertelindrende effekt.

Hos nogle patienter kan knoglemetastaser i rygsøjlen begynde at trykke på nerverne. Dette vil medføre kraftige smerter, følelsesløshed eller kraftnedsættelse. Her kan strålebehandling eller en operation være afgørende for, at man bevarer førligheden.

Strålebehandling mod prostatavævet kan også komme på tale som lindrende behandling, hvis svulsten er stor og for eksempel medfører vedvarende kraftig blødning i urinen.

Herudover retter den lindrende behandling sig mod det specielle problem, der er til stede. Eksempelvis kan smertestillende behandling blive nødvendig; nogle patienter vil få gavn af binyrebarkhormon til bedring af almentilstanden, og hos nogle bliver det nødvendigt at aflaste nyrerne, da urinlederne kan blive afklemte.

Behandlingen af patienter med prostatakraft varetages af kirurger, for det meste af specialister i urinvejskirurgi. Den helbredende behandling er samlet på nogle få afdelinger i Danmark, mens lindrende behandling og opfølgning kan foregå på alle afdelinger med urologiske specialister. Hvis der er god kontrol med sygdommen, kan en del af opfølgningen med tiden også varetages af den praktiserende læge.

Når hormonbehandlingen fejler – når PSA stiger under pågående hormonbehandling – er der flere behandlingsmuligheder. Man kan få kemoterapi (Docetaxel) og når dette ikke virker er der nu udviklet yderligere stoffer som kan forlænge livet. Disse fortæller Lisa Sengeløv om i en anden artikel.

Præsentation af Prostatakræftforeningens bestyrelse

K.B. Madsen, 72 år



Beskæftigelse (før pensionering): Civilingeniør, arbejdet i ASEA, Sverige som projektleder og på Thrige-Titan i Odense som sektorchef indtil 1979. Derefter på Slagteriernes Forskningsinstitut i Roskilde som direktør for instituttet frem til 2001. Frivilligt arbejde: formand for Amnesty International i Roskilde i 10 år. Regionsformand for PROPAs sjællandsregion fra 2007 til 2011.

Jeg fik konstateret prostatakræft i 2006, gennemgik ekstern stråle-

behandling og har det godt. Jeg har lyst til at hjælpe foreningen med mine erhvervs erfaringer og andre prostatakræftpatienter med mine sygdomserfaringer og mit kendskab til sygdommen.

Som landsformand vil jeg især koncentrere mig om foreningens struktur og udvikling. Derudover vil jeg søge at skabe en bæredygtig kontinuitet i foreningen.

Svend Ejvin Jensen, 74 år



Beskæftigelse (før pensionering): Civiløkonom fra CBS, kontoruddannelse i olieselskab, militærtjeneste to år som sergent i Flyvevåbenet, mellemlider i forlag, sælger og senere produktionsplanlægger i industrivirksomhed. Seneste 33 år i IT-branchen: Systemplanlægger, systemkonsulent, chefkonsulent edb-sikkerhed, budgetansvarlig centerøkonom, kvalitetsansvarlig, kvalitetschef de sidste 8 år.

Jeg er aktiv i PROPA fordi jeg for ca. 10 år siden blev opereret for prostatakræft. Jeg syntes at jeg skyldte sagen, fordi jeg var så heldig, at sygdommen blev opdaget på et tidligt stadie.

Jeg var i flere år medlem af lokalbestyrelsen i Roskilde, og er nu medlem af landsbestyrelsen. Jeg kan godt lide at være med i oplysningsarbejdet og er uddannet i "den svære samtale".

Kaj Rotbøl, 66 år



Beskæftigelse (før pensionering): Jeg er uddannet økonom. Jeg gik på pension i august 2010 efter 26 år som finansanalytiker i Aktivbanken / Sydbank. Jeg har primært været beskæftiget med udarbejdelser af kreditvurderinger / regnskabsanalyser af bankens store kunder.

Jeg fik konstateret prostatakræft for 6 år siden og fik efterfølgende fjernet prostata ved en operation på Odense Universitetshospital. Både min far og min farbror fik prostatakræft, så jeg var således adva-

ret på forhånd. Efter operationen fik jeg en god støtte fra den daværende formand i Region Syddanmark, og det resulterede i, at jeg kom ind i Lokalgruppe Øst i Trekantområdet. I 2010 blev jeg valgt ind i landsbestyrelsen, hvor jeg i dag er kasserer. I 2010 overtog PROPA selv alle arbejdsopgaver i foreningen, og i den forbindelse blev jeg opfordret til at overtage jobbet som kasserer. Jeg håber naturligvis på, at mit job i finanssektoren kan komme mig til gode ved udførelsen af jobbet som kasserer i PROPA.

Paul Samsøe



Civilingeniør, HD. I dag pensioneret og var senest i beskæftigelse i DR som underdirektør for teknologi og før det som økonomichef.

Jeg blev diagnosticeret i 2008 og blev i første omgang opereret. Siden har jeg også fået kemobehandling og strålebehandling.

Jeg havde, da min sygdom blev opdaget, meget glæde af PROPA's informationsmateriale og besluttede derfor at sige ja til en opfordring i

2011 om at blive formand for Hovedstadsregionen.

Siden har min hovedopgave været af få implementeret den nye PROPA organisation i hovedstadsregionen. Jeg er derudover medlem af redaktionsudvalget for PROPA-Nyt og informationsvirksomheden.

Per Jensen, 68 år



Beskæftigelse (før pensionering): Jeg er oprindeligt uddannet maskinarbejder, har derefter læst til maskiningeniør, men efter dette har jeg resten af min aktive karriere arbejdet med salg, de seneste 25 år som adm.dir. i skandinavisk division af en hollandsk koncern (forlag samt trykkerier).

Fik konstateret kræft 11.09.01 og blev opereret umiddelbart efter. Operationen gik fint, bortset fra at de efterlod en mindre rest, som gi-

ver et stigende PSA tal, som jeg har kunnet holde i ro igennem mange år ved intensiv og hård motion, hvilket jeg desværre ikke længere er i stand til, men det har helt andre årsager. Årsagen til at jeg fik/tog posten som formand for region Fyn var, at jeg følte at jeg havde et væsentlig overskud og en god evne til at tale med folk.

Poul Erik Christensen, 77 år



Beskæftigelse: Landmand. Jeg fik konstateret prostatakræft i februar 2000 og fik prostata fjernet i oktober 2000 (dengang var der ingen ventetidsgaranti). Min hustru og jeg var ikke det mindste i tvivl om, at vi havde brug for et netværk. (Vi havde haft en datter med en alvorlig og meget sjælden sygdom, hvor der ikke var noget netværk).

Vi kontaktede derfor Kræftens Bekæmpelse, og til vor store forundring var de noget usikre på, om de kunne finde en kontaktperson, men det lykkedes dog efter nogle dage. Jeg var til mit første PROPA

møde i Aalborg i februar 2001, og blev senere opfordret til at deltage i bestyrelsens arbejde og indtrådte i Landsbestyrelsen i foråret 2001, hvor jeg stort set har været siden.

Min første opgave var, sammen med Ejgil Juel Rasmussen fra Århus, at lave retningslinjer for regionerne, og så kunne vi kalde os Regionsformænd.

Jeg vil fortsætte med at udvikle arbejdet i såvel landsbestyrelsen som i region Nordjylland og tage den svære samtale med andre prostatakræftramte, som jeg har gjort de sidste 11 år.

Niels Erik Juul Henriksen, 61 år



Beskæftigelse (før pensionering): Havneassistent ved Aarhus Havn, et job jeg havde haft i knap 33 år; blev pensioneret på grund af min sygdom.

Fik diagnosen prostatakræft marts 2011, desværre med spredning til meget af skelettet. Er i antihormonbehandling samt med i studiet med MDV3100. Jeg gik ind i arbejdet i Propa, da jeg gerne vil være med til at gøre en forskel og få Prostatakræft "frem i lyset", da vi jo rent talmæssigt

ligner brystkræft, men i hvert fald ikke har den samme bevågenhed i medierne.

Jeg har altid været aktiv i foreningsverdenen, sidst var jeg med i min fagforeningsbestyrelse, men trak mig midt i valgperioden da jeg var blevet pensioneret, og ikke havde tingene "inde på kroppen mere". Jeg vil gerne være med til at trække de overordnede linjer i Propa, såvel regionalt som nationalt, og være med til at gøre vores forening endnu mere synlig!

Karl Pedersen, 67 år



Beskæftigelse (før pensionering): Kultur- og fritidschef.

For halvandet år siden besluttede jeg - i et par år - at tilbyde min arbejdskraft som frivillig i PROPA. Jeg vil gerne i bestyrelsen og i region Sydjylland arbejde for større åbenhed om sygdommen. Dette kan ske gennem informationsmøder og folkeligt oplysningsarbejde.

Jeg vil medvirke til at arbejdet i PROPA professionaliseres, således

at vi som patientforening får større gennemslagskraft overfor politikere og sundhedsmyndigheder. Medvirke til at antallet af aktive medlemmer øges. I dag er vi 3.000 medlemmer, men vi kunne potentielt være 20.000. Det vil betyde en styrkelse af PROPA's økonomi og indflydelse. Jeg bidrager til PROPA's nordiske og internationale arbejde.

Michael Korsgaard Sørensen, 65 år.



Beskæftigelse (før pensionering):
Jeg er uddannet pædagog. De sidste 18 år har jeg arbejdet som leder på Ågården i Odense - et midlertidigt botilbud til hjemløse.

Jeg fik for 6 år siden konstateret prostatakræft og er efterfølgende strålebehandlet. I forbindelse med min sygdom var den daværende formand på Fyn og lokalgruppen i Odense en stor hjælp for min kone og mig.

Med den baggrund følte jeg det naturligt at gå ind i bestyrelsesarbejdet for 2 år siden

Det er en personlig tilfredsstillelse at være med til at oplyse og informere om prostatakræft.

Jeg er formand for redaktionsudvalget, med Propa Nyt og brochurer som ansvarsområder.

En af mine personlige interesser er "Den vanskelige samtale". Her vil jeg gerne bidrage med de kompetencer jeg har fra mit tidligere arbejde.

Birthe Olsen, 73 år



Beskæftigelse (før pensionering):
Bogholder, gik på efterløn i 2001 efter 22½ år i sidste firma, et entreprenørfirma, der handlede med nye og brugte maskiner + rep. og service.

Aktiv i Propa, da min mand er død af en aggressiv prostatakræft. Jeg vil gerne vide hvad der sker helbredelses- og forskningsmæssigt, da jeg har 2 sønner og 7 børnebørn, hvoraf 5 er drenge.

Min primære opgave i PROPA er at styrke pårørendearbejdet og desuden at prøve på at påvirke til større viden og oplysning om arveligheden.

Send din e-mail adresse til Prostatakræftforeningen

Det er kun et begrænset antal medlemmer af PROPA, som har oplyst foreningen om deres e-mail adresse.

Det ville være nyttigt for regionsformænd og lokalbestyrelser at have en liste over e-mail adresser, så der hurtigt kan gives besked til

medlemmer om nye møder mm. eller ændringer i eksisterende arrangementer.

Vi anmoder derfor alle medlemmer, som har internet adgang og e-mail, om at sende deres navn, adresse og e-mail adresse til sekretariatet på adressen sekretariat@propa.dk.

Forsøgsbehandling



Af Mette Tandrup Hansen,
webredaktør,
www.cancer.dk
Foto: Tomas Bertelsen

Forsøgsbehandling er en undersøgelse af en ny type medicinsk behandling, hvis virkning man endnu ikke kender til bunds. Forsøgsbehandling kaldes også 'kliniske forsøg', 'protokolleret behandling' eller 'eksperimentel behandling'.

Fremskridt i behandlingen af kræftsygdomme bygger på forskning, hvor lægerne afprøver nye metoder og stoffer. Forsøgene udføres i forskellige faser - først afprøver man nye stoffer i celleforsøg i et laboratorium, derefter undersøger man hvordan stoffer virker på dyr og til sidst i mennesker.

Viser det sig, at et stof eller en behandlingsmetode er bedre, end det man kender i forvejen, kan forsøget resultere i ny medicin og ændrede standarder for behandling og undersøgelser.

De Videnskabsetiske Komitéer skal godkende forsøg

Alle biomedicinske forskningsprojekter, der involverer mennesker eller menneskeligt biologisk materiale såsom væv, æg og celler, skal godkendes af en videnskabsetisk komité, inden forsk-

ningsprojektet må sættes i gang.

Den Centrale Videnskabsetiske komité (CVK) er en uafhængig myndighed under Indenrigs- og Sundhedsministeriet. CVK skal bl.a. koordinere arbejdet i de regionale videnskabsetiske komiteer.

Forsøgsprotokol

Et videnskabeligt forsøg følger altid en nøje fastlagt plan (protokol), der beskriver rammerne for forsøget. Inden du bliver spurgt om at deltage, har lægen vurderet, om du opfylder betingelserne for at deltage. Hvis du kan og vil medvirke i et forsøg, registreres du som deltager.

Protokollen beskriver formålet med forsøget, hvordan det skal gennemføres og angiver en tidsplan. Der står, hvor mange patienter der skal indgå i forsøget, og hvilke patienter der kan deltage.

Deltagerne skal nemlig ligne hinanden på nogle bestemte områder - f.eks. have samme alder og samme sygdomsstadie. Der står også, hvilke undersøgelser samt hvilken behandling deltagerne skal gennemgå.

Forsøg udføres ofte i samarbejde med forskere i andre lande. Disse internationale forsøg vil altid følge den samme protokol, som ofte er udarbejdet af medicinalfirmaet, der sponsorerer forsøget. Protokollen skal godkendes af etisk komité og lægemiddelstyrelsen, før forsøget kan starte.

Skriftlig patientinformation

Protokollen er skrevet af læger til læger. Deltagerne får derfor en særlig patientinformation, der i et almindeligt sprog kort beskriver forsøgets formål og metode, hvilke lægemidler der evt. vil

blive brugt og om der er tale om et lodtrækningsforsøg.

Mulige risici og bivirkninger ved at deltage beskrives også. Der står, hvilke patienter der kan deltage, og under hvilke omstændigheder forsøget kan afbrydes. Det skal også fremgå, at man som deltager kan trække sig ud af forsøget når som helst.

Det økonomiske grundlag for forsøget skal tydeligt fremgå af den patientinformation, du får udleveret.

Forsøg på danske kræftafdelinger udføres af afdelingens sædvanlige læger, som skal være uafhængige af eventuelle private firmaer.

Forsøgsmetode og lodtrækningsforsøg

I nogle forsøg trækker en computer lod om, hvilken behandling den enkelte patient får for at sikre en tilfældig udvælgelse. Det kaldes også randomisering eller lodtrækningsforsøg. Randomisering skal forhindre, at forsøgets resultater påvirkes af menneskelige eller andre faktorer, der ikke direkte skyldes behandlingen.

I lodtrækningsforsøg vil nogle patienter (den eksperimentelle gruppe) blive behandlet med f.eks. en ny type medicin, mens andre patienter (kontrolgruppen) får standardbehandling. Forskerne sammenligner så resultatet af de to typer behandling for at se, hvilken behandling der virker bedst eller giver færrest bivirkninger.

Der findes også situationer, hvor kontrolgruppen ikke får behandling (såkaldt placebo-gruppe). Patienter i kontrolgruppen vil dog altid blive behandlet, hvis der findes en kendt behandling.

Patienterne i kontrolgruppen bliver fulgt og kontrolleret lige så ofte og omhyggeligt, som patienterne i gruppen, der får forsøgsbehandlingen.

Blindet og dobbeltblindet forsøg

At et forsøg er blindet vil sige, at man som patient ikke ved, om man får standardbehandling eller bliver behandlet med f.eks. en ny type medicin. I et dobbeltblindet forsøg ved hverken patient eller læge, hvilken behandling (standard eller ny) den enkelte forsøgsdeltager får. Dette gør man ligeledes for at sikre, at forsøgets resultater ikke bliver påvirket af menneskelige faktorer.

Kontrol af forsøget

I protokollen er der fastlagt retningslinjer for, hvordan forsøget skal evalueres og kontrolleres undervejs. Der står hvornår, og i hvilke tilfælde, forsøget skal stoppes, hvis behandlingen ikke virker, eller den viser sig at være skadelig for patienterne.

Hvis forskerne undervejs i forsøget får tilstrækkelig dokumentation for, at én metode er bedre end de øvrige kendte, kan forsøget blive stoppet, og den ny behandling kan indføres som fremtidig standardbehandling.

Kontrol af behandlingen

Undervejs vil lægerne kontrollere, om behandlingen virker, og om deltagerne får det bedre. Det kan ske ved en almindelig lægeundersøgelse, ved blodprøver, røntgenundersøgelse eller scanninger, afhængigt af hvilken kræftsygdom der er tale om.

Det er ikke sikkert, at behandlingen virker på alle patienter, og der kan være forskel på, hvordan behandlingen virker på den enkelte patient. Hvis din sygdom forværres, eller behandlingen har for voldsomme bivirkninger, vil du blive taget ud af forsøget. Sammen med den læge, der behandler, kan man finde ud af, om der findes andre typer

behandling, der er relevante for dig.

Det er frivilligt at deltage i forsøg

Det er helt frivilligt, om du ønsker at deltage i en forsøgsbehandling, og du kan når som helst beslutte dig for ikke at deltage længere. I stedet vil du få tilbudt den bedste standardbehandling, der findes.

Faser i forsøgsbehandling

Udvikling af nye behandlingsmetoder og ny medicin sker i forskellige faser. Først afprøver man et nyt stof i celler og dyr. Derefter afprøver man, hvordan stoffet virker i mennesker, og hvad der er den bedste dosis - både i forhold til bivirkninger og til at påvirke sygdommen. Nye behandlinger afprøves i flere forskellige faser. Hver ny fase bygger videre på resultaterne fra de foregående faser.

Celle- og dyreforsøg (før-kliniske studier)

I laboratoriet kan forskerne få de første pejlemærker for, hvilken effekt et nyt stof har på levende celler og viden om, hvordan stoffet virker i dyr.

Kliniske studier

Kliniske forsøg er forskningsstudier, der involverer mennesker. At et stof har en positiv effekt på dyr, er nemlig ikke en garanti for, at stoffet også virker i mennesker. Kliniske forsøg er inddelt i forskellige faser:

Fase 1 – hvad er den bedste dosis i mennesker?

I fase 1 indgår frivillige sunde personer eller frivillige kræftpatienter uden anerkendte behandlingstilbud. I forsøg med medicin søger forskerne at finde ud af,

hvordan stoffet virker på den menneskelige organisme. Hovedformålet med forsøget er at finde den rette dosis af det nye stof, når det gives til mennesker. Det sker oftest ved, at man øger dosis undervejs, så de første patienter får en beskeden dosis. Dosis øges så gradvist hos den næste gruppe patienter indtil der opstår uacceptable bivirkninger. Forskerne vurderer, hvordan kroppen optager og tåler det stof, der indgår i behandlingen. Desuden overvåger man nøje, om der opstår skadelige bivirkninger. I denne fase ved forskerne endnu ikke, hvordan mennesker vil reagere på behandlingen. Derfor indgår der som regel kun et mindre antal personer i forsøget.

Fase 2 – har stoffet en effekt i en bestemt kræfttype?

I fase 2 undersøger forskerne på et mindre antal frivillige kræftpatienter, om det nye stof har en effekt på sygdommen. Det gøres ved at behandle en række kræftpatienter med samme type kræft (f.eks. prostatakræft) med

samme dosis og undersøge om kræften mindskes. Fase 2 kan ikke afgøre om den nye behandling er bedre end den eksisterende behandling.

Fase 3 – virker medicinen bedre end den vi kender i forvejen?

I fase 3 sammenligner man forsøgsbehandlingen med eksisterende behandlinger. I fase 3 vil der ofte indgå flere hundrede patienter i forsøget. Antallet af forsøgsparticipanter er fastlagt på forhånd, for at man med stor sikkerhed kan sige, om den nye behandling har en effekt.

Lodtrækningsforsøg

Fase 3 er oftest et såkaldt lodtrækningsforsøg. Nogle af patienterne i forsøget får standardbehandlingen (kontrolgruppen), mens andre får den nye behandling. Hvem der får hvad, afgøres ved lodtrækning af en computer.

'Undersøgelsesarme'

Der kan være tale om flere såkaldte undersøgelsesarme i forsøget. Ved afprøvning af medicin

kan det betyde, at forskellige grupper af patienter får forskellige doser medicin. En gruppe får f.eks. en lav dosis, en anden gruppe får en høj dosis af en ny type medicin (eksperimentelle grupper), mens en tredje gruppe får standardbehandlingen (kontrolgruppe). I nogle tilfælde behandles de forskellige grupper med flere stoffkombinationer.

Registrering

Hvis fase 3 resultatet er positivt, ansøger medicinalsekselskabet hos myndighederne om tilladelse til markedsføring af behandlingen.

Fase 4

I denne fase er medicinen blevet registreret og godkendt af sundhedsmyndighederne og kommer til at indgå som ny behandling. I fase 4 følges behandlingen tæt på et større antal patienter for at undersøge langtidsvirkningen, og der kan stadig være tale om at udføre yderligere forsøg.

Web administrator søges

Til PROPAs hjemmesideudvalg mangler vi en web-kyndig, som vil hjælpe os med at vedligeholde, opdatere og forny vores hjemmeside, www.propa.dk, som er en selvstændig hjemmeside på Kræftens Bekæmpelses platform.

Som web administrator kommer du til at indgå i udvalget, som er hjemmehørende

i Roskilde. Du kommer til at arbejde hjemmefra, men i samarbejde med udvalget, der lægger de overordnede rammer.

Er du interesseret, så henvend dig til Kirsten Bak i PROPAs sekretariat på mailadressen sekretariat@propa.dk eller ring til sekretariatet på tlf. 33 12 78 28.

Nyere metoder til behandling af rejsningsproblemer efter operation



Af Mikkel Fode,
læge, stud. Ph.d.
Urologisk Afdeling,
Herlev Hospital

Efter operationer for prostatakraft rammes mange mænd af rejsningsbesvær i større eller mindre omfang. Årsagen er, at de nerver, der er ansvarlige for at fremkalde rejsning, løber meget tæt på prostatakirtlen og derfor kan beskadiges under en operation. Det hidtil største fremskridt til bevarelse af rejsningsfunktionen blev gjort tilbage i 1982, da en amerikansk forskergruppe fandt ud af, at det i nogle tilfælde var muligt at operere på prostata uden at skære rejsningsnerverne over. Metoden er siden blevet forfinet og bruges i dag i stort omfang – også i Danmark. Desværre er det ikke altid muligt at skære uden om nerverne, idet kræften kan vokse meget tæt på dem. Det betyder, at man må fjerne nerverne for at få al kræften med ud.

Forskellige årsager til rejsningsproblemer

Der er også stor individuel variation i, hvordan menneskers nerver løber, og under operationer, hvor nerverne ikke skæres over, kan de alligevel påvirkes ved mekanisk stræk eller opvarmning, fordi de løber så tæt på det kræftvæv der fjernes. Det betyder, at selvom en dygtig kirurg omhyggeligt undgår de områder, hvor rejsningsnerverne normalt løber, kan rejsningen stadig påvirkes. I sådanne situationer vil nerverne i mange tilfælde gradvis

kunne genvinde noget af deres tidligere funktion. På den måde kan rejsningen blive bedre i løbet af det første års tid efter en operation for prostatakraft.

Vibrationsbehandling til bevarelse af rejsningsfunktion

På baggrund af ovenstående foregår der på Urologisk Afdeling, Herlev Hospital, i samarbejde med Skejby Sygehus, i øjeblikket forskning i, hvorvidt mekanisk nervestimulation efter en nervebevarende operation for prostata-

kræft kan forbedre nervefunktionen og derved på lang sigt give en bedre rejsningsfunktion. Vibrationsbehandling af bækkenbunden benyttes i dag i et begrænset omfang til behandling af ufrivillig vandladning hos både mænd og kvinder, og vi ved, at nerverne til både blæren, bækkenbunden og penis kan påvirkes.

Den formodede virkningsmekanisme er, at man ved stimulationen påvirker refleksbuer, der ændrer sammentrækningsmønstrene i bækkenbundsmuskulaturen og urinblæren samt stimulerer de



I projektet anvendes FERTI CARE vibratoren på billedet. Vibratorhovedet er en hård plastplade der placeres på penis, hvorefter stimulationen foretages.

nerver, der giver rejsning. Vores håb er, at man ved at stimulere nerverne i forløbet efter operationen kan hjælpe dem til at komme sig bedre og hurtigere efter den påvirkning, de har været udsat for. Selve stimulationen udføres med et medicinsk vibrationsapparat der kan indstilles på en præcis frekvens og amplitude.

I projektet anvendes FERTI CARE vibratoren på billedet. Vibratorhovedet er en hård plastplade der placeres på penis, hvorefter stimulationen foretages. Efter instruktion på hospitalet udføres stimulationen af brugeren selv i hjemmet. Det foregår dagligt, idet behandlingen udføres op til operationen og genoptages når katetret fjernes ca. en uge efter operationen. Der anvendes en stimulationssekvens bestående af 10 sekunders stimulation, hvorefter der holdes 10 sekunders pause. Dette gentages 10 gange. Rejsningsfunktionen undersøges ved hjælp af symptomspørgeskemaer, der udfyldes både før og efter behandlingsperioden. I skrivende stund er det nødven-

dige antal deltagere inkluderet i studiet, og vi afventer resultaterne, som vi regner med at have klar om ca. et år. Det vil sige, at vi på nuværende tidspunkt ikke ved, om behandlingen har den ønskede effekt og derfor endnu ikke kan tilbyde den.

Behandling med penisimplantat

Hvis det ikke lykkes at bevare rejsningsfunktionen efter en operation findes der en række behandlinger, der kan hjælpe mange mænd. Den mest almindelige er piller (Cialis, Viagra, Levitra). De virker bedst efter en nervebesparende operation. Hvis man ikke kan hjælpes af pillerne, er det næste der normalt tilbydes en injektionsbehandling. Her sprøjter man et aktivt stof ind i penis vha. en lille nål, hvorefter man - hvis behandlingen virker - får rejsning. Man kan læse mere om begge behandlingsformer i PROPAs brochure om rejsningsproblemer i forbindelse med prostatakræft.

Den sidste og mindst benyt-

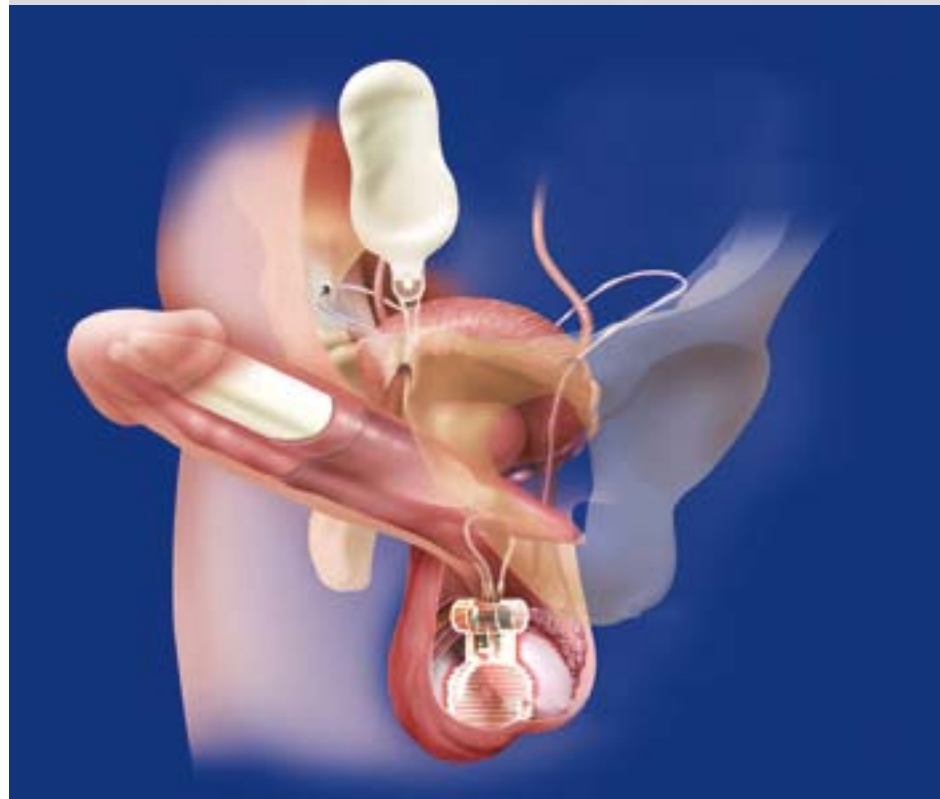
tede behandlingsmulighed er et penisimplantat, der kan indsættes på de urologiske afdelinger på Herlev Hospital og Skejby Sygehus. Der er tale om en operativ behandling, der kun benyttes så frem de andre muligheder har svigtet, og som tidligst kan komme på tale et år efter en operation for prostatakræft. Til gengæld er det en behandling, der har vist sig at give høj tilfredshed blandt de mænd, der modtager den. Penisimplantater har været benyttet i mange år. I begyndelsen var der tale om stive implantater, der hverken var specielt praktiske eller specielt behagelige for brugerne. Der var også mange komplikationer forbundet med behandlingen. Siden er der heldigvis foregået en meget væsentlig udvikling, der har betydet, at vi i dag har et oppusteligt implantat til rådighed, og at der nu kun sjældent opstår komplikationer ved behandlingen. Det betyder, at behandlingen giver mulighed for at få rejsning når det ønskes, men at penis kan forblive i slap tilstand resten af

tiden. Implantatet består af 2 cylindre, der udgør de kunstige svulmelegemer, en saltvandsbeholder der kommer til at ligge i den nederste del af bughulen og en pumpe i pungen. Når de kunstige svulmelegemer skal benyttes, pumpes saltvandet fra beholderen ned i svulmelegemerne, og efter samleje pumpes væsken tilbage. Orgasmefølelse er fortsat mulig efter operationen, ligesom følelsen i penis bevares, fordi nerverne skånes. Rejsningen føles dog ikke så naturlig som ved de andre behandlingsformer, og man skal vænne sig til pumpen. Endvidere vil den erigerede penis normalt være en smule kortere end tidligere, og spidsen bliver ikke hård. Tidligere tiders design og komplikationer har gjort, at implantatbehandling ikke er særlig udbredt i Danmark. Dog har behandlingen for nylig fået opmærksomhed, fordi nye danske resultater har vist meget lave komplikationsrater og en patienttilfredshed på 85%.

Succesen skyldes i høj grad meget dygtige kirurger/operationsteams. Samtidig har den omtalte udvikling betydet, at implantaterne nu dyppes i antibiotika inden operationen, og de har fået modifikationer, der sikrer mod mekaniske problemer. Den høje tilfredshed hænger selvfølgelig også sammen med, at de mænd, der vælger behandlingen, er meget motiverede for at genvinde deres seksuelle funktion. Da behandlingen ikke kan gøres om, og da der stadig er en lille risiko for infektion eller mekanisk svigt af implantatet, er det vigtigt, at man har gennemtænkt det grundigt og føler sig fuldt informeret, før man beslutter sig for en operation. Alt i alt betyder de nye resultater, at implantatet kan betragtes som en reel mulighed for patienter med svær rejsningsdysfunktion og åbner for, at flere i fremtiden vil kunne tilbydes behandlingen.



Penis implantat
– øverst udstyret.
Nederst er det vist indopereret



Patienter med prostatakræft er glade for de nye kontrolmuligheder i Region Midtjylland



Af. Vivi Altenburg MR,
Faglig Leder af Cancer
i Praksis (CiP), Region
Midtjylland

Hospital og praktiserende læge samarbejder om patientforløbet

I Region Midtjylland er der i perioden september 2011 til marts 2012 systematisk afprøvet en ny model for efterbehandling og kontrol af prostatakræftpatienter med stabile forløb. Modellen er det man kalder et "Shared Care" tilbud, som bygger på principper om "delt patientansvar". Det er en samarbejdsmodel, hvor specialisterne på de urologiske afdelinger samarbejder med de praktiserende læger om at sikre patienterne den optimale opfølgning og efterbehandling af sygdommen.

Alle patienter, der er i stabile efterbehandlingsforløb eller kontrolforløb, vurderes af speciallægerne på de urologiske afdelinger. Ved patientens konsultation på hospitalet foretager specialisten en vurdering af patientens tilstand og sygdommens stabilitet, med henblik på at tilbyde den fortsatte kontrol hos patientens egen læge. I pro-

jektperioden er der systematisk registreret data om processen, for at få mere konkret viden om hvilke patienter der kan profitere af et tilbud hos egen læge i nærmiljøet.

Projektet blev startet for at aflaste de regionale ambulatorier, som presses af et stigende antal patienter der skal udredes. Det sker som følge af et stigende antal mænd der får målt deres PSA tal. Antallet af PSA-målinger i Danmark er mere end tredoblet i de sidste år og har ført til et stigende pres på de urinvejskirurgiske ambulatorier og øgede ventetider på udredning og behandling. Det øgede antal PSA-målinger har ført til flere patienter med påvist prostatakræft, der efter afslutning af den aktive behandling skal kontrolleres regelmæssigt. Traditionelt har kontrol og efterbehandling foregået i de urologiske ambulatorier, men det øgede ressourcepres på de urologiske afdelinger kan medføre, at en overflytning af prostatakræft patienterne til efterbehandling

og kontrol i almen praksis vil ske uplanlagt og dermed ofte uhenigtsmæssigt. Gennem Projektet ønsker Region Midtjylland at komme denne adfærd i forkøbet og afprøve denne model i lighed med at andre organisationsformer med øget inddragelse af primærsektoren afprøves i andre lande.

Patientforeningen PROPA medinddraget i projektet

Modellen er startet som et projekt, der evaluerer og vurderer fordele og ulemper omkring implementering og forankring i den regionale behandlingsstrategi for prostatakræft. Projektet er fulgt af en styregruppe, som både har haft ansvaret for at beskrive modellen og for udvikling af de materialer, som skal sikre patientinddragelse, god information og tryghed i det nye tilbud. Patientforeningen PROPA er repræsenteret i styregruppen ved to lokale repræsentanter. Foreningens daværende formand i Region

Midtjylland, Benny Christiansen og Preben Sørensen der var suppleant for formanden, har fra projektets tidlige start medvirket til at sikre patientperspektivet og sætte fokus på patienttryghed i projektet.

Patientperspektivet er meget vigtigt, når man skal ændre på eksisterende procedurer.

Det er jo patienternes tryghed og helbred det handler om, og samarbejdet med PROPA har medvirket til at sikre, at vi i Region Midtjylland har fået skabt et tilbud der er tillid til, også set med patientens øjne. For en del patienter betyder det jo, at der ændres på den kontrolmodel som de har kendt i årevis, mens det for nye patienter blot bliver den måde kontrollen er bygget op på, uden at de har kendt andet.

Fordele for patienterne

Patienter med prostatakræft går ofte til kontrol i mange år. Hidtil har alle patienter i stabile forløb skulle transportere sig til ambulatorierne for at få at vide, at alt ser fint ud, og at der ikke er grund til at foretage sig mere indtil næste kontrol om et halvt til et helt år. Fremover vil disse patienter med helt stabile forløb

kunne nøjes med at tage til deres egen læge, hvor både blodprøven tages og svaret tolkes. Flere patienter har i undersøgelsen tilkendegivet, at de er rigtig glade for denne nærhed og kontinuitet i almen praksis. En patient har under interview udtalt sig om at gå til kontrol hos egen læge: "Det er en stor fordel, især med de benzin-priser vi har nu, det ligger meget tættere på, og jeg kender min egen læge rigtig godt og hun ved rigtig meget"

De fleste prostatakræftforløb er stabile i rigtig mange år, og ved at patienterne kan modtage en stor del af kontroltilbuddet hos egen læge, bliver det en del af hverdagslivet. De fleste danskere besøger deres egen læge mindst én gang årligt, så det er nemt at tænke kontrolbesøgene ind i denne hverdag, hvor man måske alligevel skal til læge med nogle andre ting. Faste kontrolbesøg på ambulatoriet kan måske fastholde et større sygdomsfokus og frygt hos patienterne end besøgene hos egen læge. Det bliver spændende at følge dette perspektiv i fremtiden, da man ikke ved så meget om den vinkel. Det vil være en dejlig sidegevinst, hvis patienterne på sigt oplever en større grad af sundhed, egen-

omsorg og overskud i hverdagen, ved at forløbet følges af egen læge.

Patienttryghed i overdragelsen

I projektet er der udarbejdet en patientpjece og dialogguide til den afsluttende samtale i ambulatoriet. Det er vigtigt at både patienten og den praktiserende læge kan være opmærksom på ændringer i situationen som kræver en ny kontakt til ambulatoriet via en henvisning. For prostatakræft er der kliniske vejledninger for forskellige kontroller, som lægerne følger i behandlingen. Der er udarbejdet en dialogguide til hvert kontrolforløb. På den måde målrettes informationen direkte til det forløb som patienten følger og gøres på den måde også individuelt.

Erfaringer med dialogmaterialet har været meget positive. Læger, sygeplejersker og patienter oplyser samstemmende, at materialet opleves meningsfuldt, håndterbart og forståeligt. Vigtige elementer når man skal arbejde med sundhedsfremme og fokus på at styrke patienternes egenomsorg. Når man som patient skal medvirke til at tage ansvar for sit eget helbred, er

Figur 1 Opgørelse af patientrapporteret vurdering af afslutning på ambulatoriet n= 436

Spg. 1 <i>Hvordan vurderer du, at lægen/sygepl. informerede dig om dit fremtidige kontrolforløb?</i>		Spg. 2 <i>Føler du dig tryk ved, at du fremover skal gå til kontrol hos din egen læge?</i>	
Virkelig godt	70%	Ja, i høj grad	67%
Godt	29%	Ja, i nogen grad	30%
Dårligt	0.5%	Nej, kun i mindre grad	1%
Virkelig dårligt	0%	Nej, slet ikke	1%
Ved ikke	0.5%	Ved ikke	1%
I alt	100%	I alt	100%

det vigtigt at være klædt på til dette ansvar, så man kan agere hensigtsmæssigt i forløbet. En patient oplyser ved interview: "Det var en rigtig god samtale, og jeg synes det var en god ide med udskrivelsen. Vi snakkede meget om, hvad der skulle til for at jeg blev genhenvist, og vi blev enige om et PSA-niveau, jeg var tryk ved".

Det er værdifuldt at patienter og praktiserende læger modtager de samme oplysninger, så man på den måde kan dele ansvaret for, hvornår der sker ændringer der skal reageres på. En model der gør prostatakraftpatienterne aktive og velinformerede patienter, som er en forudsætning for vellykkede langvarige patientforløb.

Patienterne har ved udskrivelsen fået udleveret et postkort, hvor det var muligt at evaluere deres samtale og deres egen oplevelse af tryk ved fremover at skulle til kontrol hos egen læge i almen praksis. 436 havde ved denne artikels deadline returneret postkortet. Det giver en svarrate på ca. 82%, hvilket er et

flot højt udtryk for, at patienterne gerne vil dele deres oplevelser med sundhedsvæsenet.

En meget stor andel af patienterne tilkendegiver tilfredshed med den information de fik på ambulatoriet om det fremtidige kontrolforløb, og tilsvarende følger patienterne sig i høj eller i nogen grad trykke ved at skulle gå til kontrol hos egen læge fremover. Dette er væsentligt bedre end andre undersøgelser der har spurgt til patienttilfredshed med kommunikation på hospitalerne.

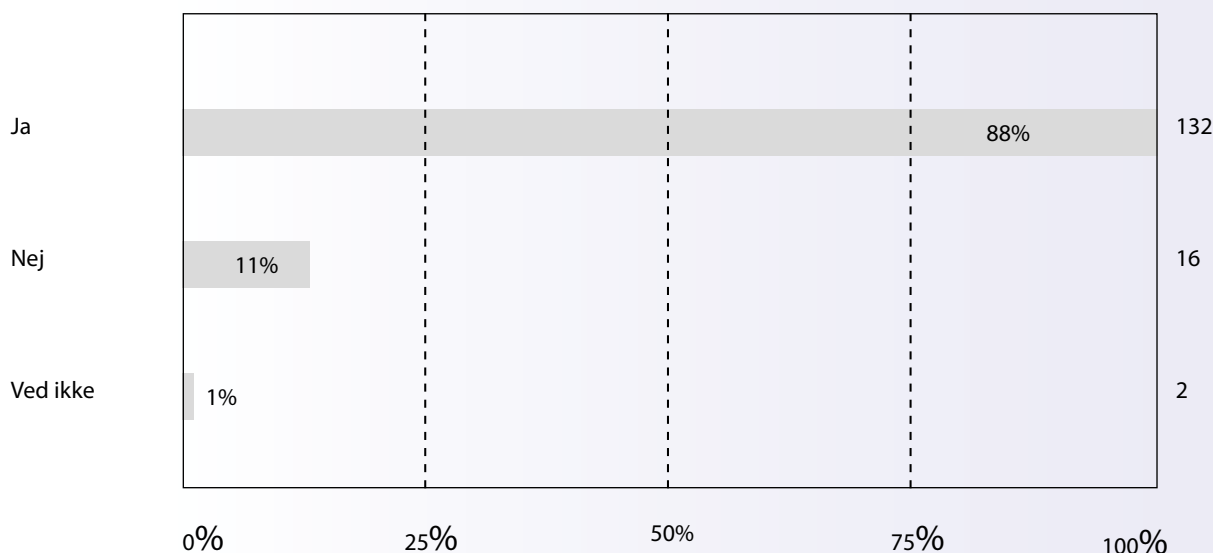
Overdragelse fra én specialist til en anden specialist

Det er vigtigt at pointere, at patienterne ikke slippes i deres prostatakraftforløb, men overdrages til en læge der er specialist i patientens hverdagsliv, almene symptomer og sundhedstilstand. Altså sker der en overdragelse fra en specialist i urologi til en specialist i almen medicin. Den praktiserende læge har altid mulighed for at kontakte sin kollega på hospitalet, hvis der skulle være behov for det og vise versa.

Det er i forbindelse med kontrol på ambulatoriet, at speciallægen vurderer om patientens forløb er så stabilt, at patienten kan gå til kontrol hos sin egen læge. Hvis det er tilfældet drøftes muligheden med patienten, som i de fleste situationer tager imod dette tilbud. Dialogguiden benyttes til at drøfte forløbet igennem, og det aftales hvornår patienten skal tage kontakt til egen læge for at få taget blodprøve med PSA tal og aftale et efterfølgende kontrolbesøg. Det noteres også til patienten, hvilke forhold der vil medføre genhenvielse til ambulatoriet. På den måde kan patienten selv være tovholder på sit eget sygdomsforløb. Det ligger helt i tråd med Region Midtjyllands strategi om at styrke patienters egenomsorg gennem medinddragelse og medansvar.

Når patienten overdrages til egen læge, udfyldes et særligt udskrivningsbrev, udviklet i projektet, som sendes til lægen. Dette indeholder alle relevante oplysninger, som den praktiserende læge skal bruge til løbende at vurdere patientens sygdomsfor-

Figur 2 Spørgsmålet: "har du været til kontrol for din prostatakraft hos din egen praktiserende læge?"



løb. I udskrivningsbrevet findes de samme oplysninger som patienten har fået, bl.a. indikatorer for genhenvisning, hvis sygdommen skulle udvikle sig. På den måde sikres det, at både patient og læge kan føle sig trygge ved forløbet. Såfremt der opstår nye symptomer eller sker en udvikling i sygdommen, kommer patienterne lige så hurtigt i et forløb på hospitalet, som hvis kontrollen var fortsat på ambulatoriet. I projektet er udskrivningsbrevene løbende kontrolleret.

Stor opbakning til den nye kontrolmodel

Patienterne overdrages til almen praksis fra alle de urologiske afdelinger i regionen, så alle patienter, uanset bopæl, får denne nye mulighed tilbudt, hvis sygdomsforløbet vurderes stabilt nok. Projektet er ved bladets deadline netop i afslutningsfasen, og uden at de endelige rettelser er lavet i databasen kan det konkluderes at 530 patienter har taget imod tilbuddet om at blive fulgt af egen læge. Det udgør ca. 20,5% af det samlede

antal patienter som har været til kontrol på ambulatoriet i projektperioden. 151 patienter har ikke ønsket at blive udskrevet til egen læge, selvom sygdommens forløb var så stabilt at overdragelse til egen læge var indikeret. Der tegner sig en tendens til at disse patienter skal bruge lidt tid til at modne opfattelsen af denne nye kontrolmodel, og det ser ud til at patienterne takker ja til kontrol hos egen læge ved et af de efterfølgende kontrolbesøg på ambulatoriet.

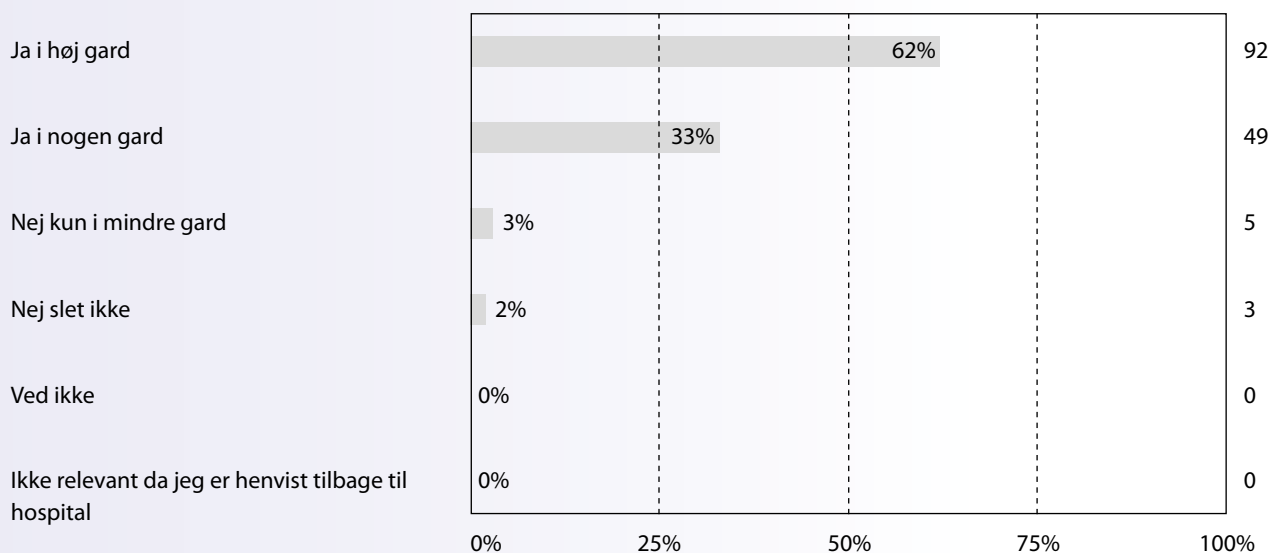
En af de patienter der er overdraget til kontrolforløb hos egen læge er Svend Aage Christensen fra Tranbjerg. "Jeg synes det er fint at blive overdraget til egen læge, for der sker jo det samme som i Skejby. Jeg synes jeg har fået en rimelig god information, kan ringe hvis jeg er i tvivl, og er klar over at jeg bliver henvist til Skejby igen, hvis der sker en udvikling i mine PSA tal eller noget andet" udtaler han og har også gode ideer til patientoplysninger, der kunne være nyttige, første gang man kommer til kontrol i Skejby.

Stor patienttilfredshed med kontrollen hos de praktiserende læger

For at følge op på patienternes tilfredshed og tryghed efter det første besøg hos den praktiserende læge, er der udsendt et spørgeskema til alle de mænd som skulle til kontrol hos egen læge i perioden september 2011 til og med marts 2012. I alt er 211 patienter udskrevet til kontrol hos egen læge i den pågældende periode. 149, eller over 70%, har svaret på spørgeskemaet ved artiklens deadline, og der er stor tilfredshed med indsatsen hos de praktiserende læger og fortsat en høj grad af tryghed hos mændene. Spørgsmålene er også brugt til at undersøge den bekymring der kunne være omkring, at patienterne nu selv skal have den aktive rolle i at kontakte lægen, når terminen nærmer sig, frem for passivt at afvente en indkaldelse.

Knap 90 % har været til kontrol, og de som ikke har været det oplyser næsten alle, at der er booket en tid, men besøget ikke er gennemført endnu. Det

Figur 3 Føler du dig på nuværende tidspunkt tryk ved, at du fremover skal gå til kontrol hos din egen læge?



viser en rigtig høj grad af egenomsorgskapacitet hos denne patientgruppe. En enkelt patient oplyser at han ikke har fået taget PSA blodprøven, men at den skal tages når han kommer igen om kort tid, ellers har alle fået taget den blodprøve som følger udviklingen i prostatakræften.

Mellem 80 og 90 % af mændene svarer positivt på, at den praktiserende læge kunne svare på spørgsmål, gav en god tilbagemelding på PSA prøven og havde indsigt i sygdommen. Ca. 14% svarer ved ikke til spørgsmålet, og oplyser at de ikke har talt med lægen, men med en sygeplejerske.

Når det handler om tryghed er der en endnu højere andel der

tilkendegiver dette. Således er 95% af mændene i høj eller nogen grad trygge ved at fortsætte kontrollen hos deres egen læge.

Utrygge patienter bliver tryggere ved andet besøg

Cancer i Praksis har taget kontakt til de mænd, som oplyser at de kun i mindre grad eller slet ikke er trygge, og for flere er utrygheden forsvundet ved det andet besøg, og de oplyser at utrygheden mest handler om at de var utrygge fordi det var noget nyt, og de var rigtig glade for besøgene på ambulatorierne og var bekymrede for om egen læge havde den nødvendige indsigt. Den utryghed får flere praktise-

rende læger reduceret ved det næste besøg. Det tyder på at de praktiserende læger virkelig har taget opgaven på sig og er opmærksomme på patienternes usikkerhed og tager højde for dette ved det næste besøg. Tryghed hos patienterne udspringer også af visheden om at hvis der skulle ske en udvikling i sygdommen, så kommer de tilbage til hospitalet igen. Og der er der nu skabt bedre plads, da de mange stabile kontroller ikke fylder ventetællerne mere.

Kommentarer fra Benny Christiansen og Preben Sørensen, PROPA

Som beskrevet i artiklen har vi deltaget i styregruppen for dette projekt. Det har været et spændende forløb og interessant at være med i hele forløbet. Projektet startede lidt overraskende, idet vi blev taget lidt på sengen. Vores forventninger til det første møde i styregruppen var, at vi skulle drøfte om projektet kunne være relevant, herunder analysere for og imod. Men dagsordenen viste sig at være en anden. Det var nemlig allerede besluttet, at projektet skulle gennemføres i Region Midt, så styregruppens opgave var at sikre en ordentlig implementering m.m. Det skulle vi lige fordøje. Forventningen var, at hvis forsøget i Region Midt blev en succes, kunne det udbredes til resten af landet.

Vi var jo inviteret med som repræsentanter for PROPA og havde således fokus på patienternes vinkel. Vigtigheden af at det skulle være en positiv oplevelse for de berørte patienter

var det overordnede fokus for hele gruppen, så vi havde ingen problemer med at komme til orde og blive taget alvorligt. Det handlede om god information til patienterne, men det var mindst lige så vigtigt, at f.eks. patientens praktiserende læge blev informeret, både om forløbet indtil nu, hvad der sker i kontrolforløbet – og især hvad der skal til for at patienten skal genhenvises. Det kan sammenfattes i, at der skulle skabes en god tryghed og forståelse imellem patient, sygehus og praktiserende læge.

Vores vigtigste kompetence for at være med i projektets styregruppe var, at vi selv er patienter. Det var vigtigt, at vi tog udgangspunkt i vores egne erfaringer og oplevelser, hvilket der bestemt blev lyttet til hos de øvrige deltagere i styregruppen. Vi har begge haft et relativt stabilt kontrolforløb på Skejby Sygehus og må erkende, at flere af disse kontrolbesøg har kostet mange

ressourcer. En specialist (reservelæge, overlæge eller professor) har brugt tid på at læse op på journalen, mødes med patienten, der orienteres om at PSA er stabilt, og booke en tid om ½ år, samt efterfølgende foretage diktat til journalen. Det er næsten spild af gode kræfter – når forløbet er stabilt. Det er naturligvis dejligt, at være i direkte dialog med specialisterne, men det kan også være frustrerende, når det er forskellige læger til hvert kontrolbesøg. Denne erkendelse var med til at nedbryde vores indledende modstand. Derfor er det også bekræftende, at et stort flertal af tilbagemeldingerne fra patienterne er positive.

Herfra skal lyde en stor tak til vores med-styregruppe-medlemmer for et godt samarbejde og en god dialog, med en gensidig respekt for de forskellige baggrunde vi hver især mødte med. Projektet er veldokumenteret og således relativt let at kopiere for andre regioner.

Nye brochurer

I 2011 kom en brochure om urininkontinens samt en brochure for pårørende. For nyligt er der kommet en ny udgave af medlemsbrochuren samt en ny udvidet brochure om rejsningsproblemer



KORT NYT

Forskere på vej med super-vaccine

Forskere på Oslo Universitet har udviklet en ny type DNA-vaccine, som måske vil kunne bruges effektivt mod virus og kræft hos mennesker. Det skriver den norske avis Aftenposten. Eksperimenter med mus har indtil videre vist, at den nye vaccine sætter gang i en kraftig immunrespons, men der mangler kliniske forsøg med mennesker. I den nye vaccine fra Oslo Universitet er det ikke nødvendigt at tilsætte hjælpestoffer. I stedet bruger man en helt anden og ny teknologi, hvor man tilfører stikstedet en elektrisk impuls, som fører til en såkaldt molekylær reaktion. Forskerne kalder den nye vaccine-teknologi for 'Vaccibody'.

Gener sladrer om risiko for prostatakræft

"Dine gener viser, at du har høj risiko for at udvikle prostatakræft senere i livet." Flere midtjyske mænd kan om kort tid høre denne besked hos lægen. Hvis de altså siger ja til at deltage i et nyt forskningsprojekt ved Aarhus Universitetshospital og Forskningsenheden for Almen Praksis. Forskere har nemlig udviklet en gentest, der kan aflæse mænds risiko for at få prostatakræft.

Men hvordan reagerer mænd på at få besked om, at de har forhøjet risiko for prostatakræft? Eller at de har en lav risiko? Det ved forskerne ikke, og her kommer antropolog Pia Kirkegaard ind i billedet.

Det næste års tid skal hun være fluen på væggen i lægekonsultationerne, når bekymrede mænd får de dårlige - eller gode - nyheder om deres risiko for prostatakræft.

- Jeg skal følge patienterne i konsultationen, interviewe dem umiddelbart efter konsultationen,

og efter cirka to og fem år skal jeg interviewe dem igen i deres eget hjem, gerne sammen med deres familie eller andre nære personer. Alt sammen for at undersøge hvordan det påvirker mændenes psyke, identitet og sociale liv, at de har fået at vide, at de har en høj risiko for at få kræft inden for deres levetid, siger hun.

Stor svensk undersøgelse af screeningsmetoder

En meget stor undersøgelse med deltagelse af 260.000 mænd i aldre fra 50 - 69 år vil starte i Sverige i januar 2013 og løbe to år. Baggrunden for undersøgelsen er, at man mener at PSA testen er alt for usikker til screening. Ved at anvende den til screening ville man få overbehandling af for mange patienter resulterende i unødvendige problemer såsom inkontinens og impotens.

Alle de mænd, som vil indgå i undersøgelsen, vil få taget en blodprøve. Halvdelen - fundet ved lodtrækning - vil få lavet PSA test på prøven. Den anden halvdel (altså ca. 130.000 personer) vil få blodprøven undersøgt for PSA samt fem til ti proteinmarkører og omkring 70 genetiske (arvelige) markører.

Hovedformålet med undersøgelsen er at opnå en undersøgelsesmetode, som giver en sikker oplysning om prostatakræft tidligt i sygdommens forløb og viser om det drejer sig om en aggressiv eller mild form af sygdommen.

En vigtig opdagelse af et væsentligt proteinstof med indflydelse på vækst af kræftsvulster

Amerikanske forskere har gjort en vigtig opdagelse om proteinet mTOR, som styrer produktionen af proteinstoffer inden i celler. Prote-

inet mTOR er en vigtig regulator af tilvækst af celler og stofskifte. Ved mange kræftformer er denne regulering fejlagtig, og mTOR påvirker normale celler til at vokse ind i omgivelserne og skabe metastaser. Et nyt præparat er under udvikling og bliver nu afprøvet over for flere forskellige kræftformer. Hos mus med menneskelig prostatakræft forhindrede det nye præparat udvikling af metastaser.

Kilde: Nature

Livsfarlig ventetid

Hver tredje dansker vil i løbet af sit liv få kræft. For dem går der en usynlig, men dødsensfarlig grænse ned gennem Storebælt. Kræftpatienter øst for bæltet venter - sammenlignet med patienter i landets tre vestlige regioner - nemlig meget længere, fra de får første hospitalshenvisning, til de får den livsnødvendige behandling. Det er specielt Region Hovedstaden og Region Sjælland, der har grund til selvransagelse. - Jo længere tid der går inden patienterne kommer i behandling, jo større er risikoen for, at man ikke kan give helbredende behandling, siger overlæge Torben Palshof, der er formand for Danske Multidisciplinære Cancer Grupper. Formanden for Kræftens Bekæmpelse, professor Frede Olesen, kalder de store regionale forskelle uacceptable. - Det må ikke være sådan, at en patient, der bor ét sted, behandles anderledes end en patient, der bor et andet sted. Det er landet simpelthen for lille til, siger Frede Olesen.



KORT MØDEOVERSIGT

Bornholm	4.6.2012	Erfaringsudveksling for patienter og pårørende
Dragør	12.6.2012	Prostatakræft og PROPA
Helsingør	13.6.2012	Aktivister i Mens Health Week 2012
Bornholm	3.8.2012	Erfaringsudveksling for patienter og pårørende
Aarhus	6.8.2012	Tur i Marselisborgskoven mm.
Aarhus	13.8.2012	Havnerundtur og museumsbesøg
Thy/Mors	14.8.2012	Tur i Nationalpark Thy
Svendborg	21.8.2012	Erfaringsudveksling for patienter og pårørende
Roskilde	23.8.2012	Møde for pårørende
Roskilde	25.8.2012	Sundhedsdag
Odense	28.8.2012	Emne følger på www.propa.dk
Hirtshals	28.8.2012	Besøg i Tornby Klitplantage
Bornholm	3.9.2012	Erfaringsudveksling for patienter og pårørende
Tønder	3.9.2012	Fremvisning af DVD mm.
Roskilde	5.9.2012	Diagnose af prostatakræft og brachyterapi
Frederikshavn	6.9.2012	'Shared care' samarbejde
Amager	11.9.2012	Møde for patienter og samlever
Odense	18.9.2012	Emne følger på www.propa.dk
Herning	18.9.2012	Nyeste udvikling ved behandling af prostatakræft
Svendborg	25.9.2012	Erfaringsudveksling for patienter og pårørende
København	25.9.2012	Kost og kræft – viden versus myter
Hillerød	27.9.2012	Kost og prostatakræft
Bornholm	1.10.2012	Erfaringsudveksling for patienter og pårørende
Aarhus	2.10.2012	Besøg hos stråleterapien
Kolding	22.10.2012	Fremvisning af DVD film mm.
Odense	23.10.2012	Emne følger på www.propa.dk
Svendborg	30.10.2012	Erfaringsudveksling for patienter og pårørende
Næstved	31.10.2012	Prostatakræft og parforhold
Aabenraa	12.11.2012	Fremvisning af DVD film mm.

Mødekalender

Hovedstadsregionen inkl. Bornholm Bornholm

Mandag den 4. juni 2012
kl. 19.00 – 21.00

Emne: Erfaringsudveksling for såvel patienter som pårørende.

Sted: Haslevej 50, 3700 Rønne

Tilmelding: Ikke nødvendig
Kontaktperson: Gerda Møller,
tlf. 27 50 70 47.

Amager, Dragør

Onsdag den 12. juni 2012
kl. 19.00-21.00

Emne: Prostatakræft og PROPA. Prostatakræft er den mest udbredte kræftform i Danmark. Hvert år afsløres 4.000 nye tilfælde af prostatakræft. Som et led i aktiviteterne under Mens Health Week vises PROPAs film om prostatakræft og dens behandling. Der er efterfølgende mulighed for spørgsmål og erfaringsudveksling.

Mødeleder: Jacob Løve.

Sted: Dragør aktivitetshus, Wiedergården 2, 2791 Dragør.

Tilmelding: Til Jacob Løve på 32 51 03 90 eller jaconi@mail.dk senest 10. juni 2012.

Helsingør

Onsdag den 13. juni 2012 kl. 19.00 – ca. 21.00

Emne: Aktivister i Mens Health Week 2012

Helsingør Kommune arrangerer forskellige aktiviteter i forbindelse med Mens Health Week sammen med bl.a. Kræftens Bekæmpelses lokalafdeling. Der startes med panelarrangement med foredragsholdere pt. er tidl. Kriminalchef Per Larsen

booket. Efter panelarrangementet vil der være workshops hvor bl.a. PROPA har en stand vedrørende Prostatakræft. **Jørgen Petersen** fra PROPA er på standen Andre deltagere er fra Hjerteforeningen og Diabetesforeningen.

Endeligt program vil blive publiceret på PROPAs hjemmeside www.propa.dk under mødekalender

Sted: Kulturværftet i Helsingør Allegade 2, 3000 Helsingør- Lille scene

Tilmelding: Ikke nødvendigt

Bornholm

Mandag den 6. august
kl. 1900 – 21.00

Emne: Erfaringsudveksling for såvel patienter som pårørende.

Sted: Haslevej 50, 3700 Rønne

Tilmelding: ikke nødvendig
Kontaktperson Gerda Møller, telefon 27 50 70 47.

Bornholm

Mandag den 3. september
kl. 1900 – 21.00

Emne: Erfaringsudveksling for såvel patienter som pårørende.

Sted: Haslevej 50, 3700 Rønne

Tilmelding: ikke nødvendig
Kontaktperson Gerda Møller, tlf. 27 50 70 47.

Amager

(Postnr. 2300, 2770 & 2791)

Tirsdag den 11. september
kl. 19.00 - ?

Emne: Møde for prostatakræftpatienter og deres samlever om pårørende-problematikken.

Oplægsholder: Birthe Olsen, pårørende-repræsentant i PROPAs landsbestyrelse. Kvinder bli-

ver også ramt af prostatakræft. Pårørende til prostatakræftpatienter er ofte påvirket af partnerens sygdom i langt højere grad, end det erkendes. Denne aften vil de pårørende være i centrum, og der vil være mulighed for at få kontakt med andre pårørende. Vi vil drøfte, om der er behov for dannelse af en pårørendegruppe på Amager.

Mødeleder: Jacob Løve.

Sted: SundhedsCenter Tårnby, Kamillevvej 4, 1.th., 2770 Kastrup.

Tilmelding: Senest den 7. september 2012 på enten tlf.: 32 47 00 79, eller e-mail: sc.sf@taarnby.dk

København

Tirsdag d. 25. september 2012
kl. 19.00 – 21.00

Emne: Kost og kræft - viden versus myter. Oplæg v. **Nina Føns Johnsen**, Kræftens Bekæmpelse. Der er mange meninger om, hvordan kosten påvirker vores liv. I Kræftens Bekæmpelse forskes der seriøst i disse sammenhænge. Nina Føns Johnsen vil i sit oplæg komme ind på, hvad der er facts om kost og kræft og vil også svare på spørgsmål. Vi regner med en livlig debat.

Mødeleder: Paul Samsøe

Sted: Center for Kræft og Sundhed, Nørre Alle 45, 2200 København N

Tilmelding: Til Center for Kræft og Sundhed v. Ulla Gundorff på 30 76 59 75, eller e-mail: ullag@cancer.dk senest 23. september 2012.

Hillerød

Patienter, pårørende og andre

interesserede indbydes til møde om kost og kræft:

Torsdag den 27. september 2012, kl. 19.00 til ca. 21.00

Emne: Tomater elsker prostata. Kost og prostatakraft.

Oplægsholder: Madskribenten **Kirsten Skaarup** fortæller om det, hun kalder planternes kemoterapi. Lær at spise alle de produkter, der er gode for prostatakraftpatienter.

Mødeleder: Roman Sumczynski
Sted: Kræftens Bekæmpelse i Hillerød, Møllestræde 6, Baghuset, 3400 Hillerød.

Tilmelding: Senest den 24. september 2012 til Kræftens Bekæmpelse i Hillerød, tlf. 48 22 02 82

Bornholm

Mandag den 1. oktober kl. 19.00 – 21.00

Emne: Erfaringsudveksling for såvel patienter som pårørende.

Sted: Haslevej 50, 3700 Rønne
Tilmelding: ikke nødvendig
Kontaktperson Gerda Møller, telefon 27 50 70 47.

Region Sjælland Roskilde

Torsdag 23. august kl. 16.30 til 18.30

Emne: Møde for pårørende til prostatakraftpatienter

Sted: Kræftens Bekæmpelse, Jernbanegade 16, 4000 Roskilde
Tilmelding: Birthe Olsen, tlf. 56 87 08 34, eller e-mail: juliesofie2003@yahoo.dk

Roskilde

Lørdag den 25. august 2012 kl. 10.00 – 14.00

Emne: Sundhedsdag i Roskilde

Sted: Hestetorvet Roskilde (overfor jernbanestationen)

Ingen tilmelding, fri adgang på torvet.

PROPA lokalafdeling Roskilde deltager i sundhedsdagen med en stand. Kig forbi og få en snak med PROPA repræsentanter og få eventuelt brochurer om prostatakraft og tilhørende emner og DVD filmen om prostatakræft.

Roskilde

PROPA inviterer medlemmer, pårørende og andre interesserede til møde

Torsdag den 5. september kl. 19 - ca. 21.30

Emne: Foredrag ved overlæge Dr.med. **Kári Mikines**, Herlev Hospital, om hvorledes prostatakraft diagnosticeres, og om hvordan sygdommen behandles, med særlig fokus på brachyterapi.

Sted: Roskilde Sygehus, indgang 24, auditorium 1, Køgevej 7-13, 4000 Roskilde.

Tilmelding: Senest fredag den 31. august kl. 13.00 til Kræftens Bekæmpelse i Roskilde, tlf. 46 30 46 60 eller på e-mail til: roskilde@cancer.dk.
Der kan købes kaffe/te og kage; pris kr. 15,-

Næstved

Onsdag den 31. oktober 2012 kl. 19.00 – 21.00

Emne: Prostatakraft og parforhold – en personlig beretning af **Marianne** og **Jens**, der er pårørende og prostatakraftpatient. Behandlingen af prostatakraft kan have alvorlige konsekvenser for seksualiteten. Alligevel tales

der kun lidt om de spørgsmål dette rejser for parforhold og livskvalitet.

- Hvordan opleves det som mand, at blive ramt på poten-
- sen?
- Hvordan er det at være kone/samlever/kæreste når manden får prostatakraft
- Er det muligt at bevare sit sexliv, og hvor kan man hente hjælp?

Et foredrag for patienter og pårørende med efterfølgende debat og små indlagte musikalske indslag.

Sted: Næstved Sygehus, foredragssalen på 15. etage, med efterfølgende kaffe/te kage og socialt samvær i personalekantin i kælderen.

Tilmelding: Senest torsdag den 25. oktober 2012 til Kræftens Bekæmpelse i Næstved, tlf. 55 74 04 00 eller e-mail: naestved@cancer.dk

Region Fyn Svendborg

Tirsdag den 21. august kl. 19.00 – 21.00

Emne: Erfaringsudveksling for såvel patienter som pårørende

Sted: Kræftens Bekæmpelse, Brogade 35, Svendborg

Tilmelding: Evt. til Per Jensen tlf. 26 88 08 80

Odense

Tirsdag den 28. august kl. 19.00 – 21.00

Emne: Følger på www.propa.dk

Sted: Kræftens Bekæmpelse i Odense, Vesterbro 36, 5000 Odense

Tilmelding: Til Kræftens Bekæmpelse, Odense tlf. 66 11 32 00



Odense

Tirsdag den 18. september

kl. 19.00 – 21.00

Emne: Følger på www.propa.dk

Sted: Kræftens Bekæmpelse
i Odense, Vesterbro 36, 5000
Odense

Tilmelding: Til Kræftens

Bekæmpelse, Odense

tlf. 66 11 32 00

Svendborg

Tirsdag den 25. september

kl. 19.00 – 21.00

Emne: Erfaringsudveksling for
såvel patienter som pårørende

Sted: Kræftens Bekæmpelse,
Brogade 35, Svendborg

Tilmelding: Evt. til Per Jensen
tlf. 26 88 08 80

Odense

Tirsdag: den 23. oktober

kl. 19.00 – 21.00

Emne: Følger på www.propa.dk

Sted: Kræftens Bekæmpelse
i Odense, Vesterbro 36, 5000
Odense

Tilmelding: Til Kræftens

Bekæmpelse, Odense

tlf. 66 11 32 00

Svendborg

Tirsdag den 30. oktober

kl. 19.00 – 21.00

Emne: Erfaringsudveksling for
såvel patienter som pårørende

Sted: Kræftens Bekæmpelse,
Brogade 35, Svendborg

Tilmelding: Evt. til Per Jensen
tlf. 26 88 08 80

Region Midtjylland

Aarhus

Mandag den 6. august

kl. 16.30 - ?

Emne: Møde for pårørende
i Aarhus.

Vi går evt. en lille tur i Marselis-
borgskoven og slutter af med at
spise på Skovmøllen, eller med
madkurv i naturen, afhængigt af
vejrudsigten og jeres ønsker.

Sted: Nærmere info ved tilmelding.

Tilmelding: Senest 20. juli til Kir-
sten Strand, tlf. 25 36 41 86

Aarhus

Mandag den 13. august

kl. 16.30 - 20.00

Emne: Havnerundtur og muse-
umsbesøg

Vi har fået lovning på en hav-
nerundtur på Aarhus Havn, hvor
Aarhus Havn stiller bus og guide
til rådighed. Dette betyder dog,
at vi er mellem 25 og 50 delta-
gere, så 'først til mølle' princippet
gælder. Havnerundturen er gratis
at deltage i.

Efter havnerundturen bliver der
arrangeret besøg på Aarhus Sø-
fartsmuseum. Prisen er 150,- kr.
pr. person og inkluderer entre til
museet, rundvisning, 2 stykker
smørrebrød og en øl/vand. Besø-
get på Aarhus Søfartsmuseum er
en tilvalgs mulighed.

Sted: Mødested Aarhus Søfarts-
museum, Sverigesgade 14, 8000
Aarhus C

Programmet vil være som følger:
Havnerundtur: kl. 16.30 – 18.00
Søfartsmuseet: kl. 18.00 – 20.00

Tilmelding: Senest mandag den
6. august, pr. e-mail til: tilmel-
ding.aarhus@gmail.com eller
telefonsvarer på 22 38 26 24.
Husk at angive, hvor mange I
kommer, og om I ønsker at del-
tage i begge dele.

Herning

Tirsdag d. 18. september 2012

kl. 19.00 – 21.30

for patienter, pårørende og andre
interesserede.

Emne: Nyeste udvikling inden for
behandling af prostatakræft ved
overlæge **Jørgen Johansen**, Hol-
stebro sygehus.

Sted: Herning Frivilligcenter
(Codan Huset) Fredensgade 10,
7400 Herning. Der kan købes
kaffe/te m. kage.

Tilmelding med navn, adresse,
antal og tlf. nr. senest fredag d.
14. september kl. 12.00 til Kræf-

tens Bekæmpelses Rådgivnings-
center, Herning.

Tlf. nr. 96 26 31 60 eller

e-mail: herning@cancer.dk –

mærket PROPA.

Aarhus

**Tirsdag den 2. oktober, tidspunkt
ikke fastlagt**

Emne: Besøg hos stråleterapien

Sted: Skejby Sygehus.

Nærmere information i næste nr.
af Propa Nyt og på www.propa.dk

Region Nordjylland

Thy/Mors

PROPA inviterer medlemmer og
pårørende til en aften i National-
park Thy

Tirsdag den 14. august

kl. 18.00 - 21.00

Emne: Naturvejleder og forfatter
Karsten Bjørnskov vil gelejde os
gennem nationalparken og på sin
inspirerende måde fortælle om
den storslåede natur.

Sted: Mødested på Skovlegeplad-
sen, Søholtvej 3, 7700 Thisted
(sidevej til Klitmøllervej).

Pris kr. 50,- per person inkl.
svampesuppe og klart kildevand.

**Maksimum antal deltagere: 25
personer.** Vi anvender 'først til
mølle' princippet.

Tilmelding: Senest onsdag den
8. august til Ole Jensen, tlf. 29 80
06 38, e-mail: [oletand@mvbmail.](mailto:oletand@mvbmail.dk)
dk eller Sven Thor Larsen
tlf. 97 72 23 43,

e-mail: sventhor@mail.dk

Hirtshals

Tirsdag den 28. august

kl. 15.00 - ca. 20.00

Emne: Patienter og pårørende in-
viteres til en virkelig enestående
naturoplevelse med gode foto-
muligheder i Tornby Klitplan-
tage, under kyndig vejledning af
vores trofaste medlem, natur-
vejleder/plantør **Torben Stæhr.**

Kirsten Stæhr har venligst på-
taget sig at gå en kortere rute.
Efter turen i plantagen og klitten

samles vi ved plantørboligen, hvor vi laver lidt ryst-sammen "akrobatik" og bliver delt op i madhold, så vi ved fælles hjælp får tilberedt et enestående måltid, som indtages i samlingslokalet ledsaget af sang og anekdoter.

Måske tager Torben harmonikaen frem og gi'r et nummer. Vi glæder os til at se jer.

Pris kr. 100 pr. person.

Sted: Russerbakkevej 4, ved Plantørboligen, for enden af den ca. 2 km lange grusvej, Tornby By, 9850 Hirtshals.

Tilmelding: Senest 22. august til Willy Larsen, tlf. 98 17 04 03, e-mail: wlarsen@hotmail.com eller Poul E. Christensen, tlf. 98 23 61 29 / 20 15 04 41, e-mail: pec@nordfiber.dk. Der er plads til 35 deltagere – tilmelding efter 'først til mølle' princippet.

Frederikshavn

Patienter, pårørende og andre interesserede inviteres til møde

Torsdag den 6. september
kl. 19.00 - ca. 21.30

Emne: "Shared care" samarbejdsprojekt mellem de urologiske afdelinger og almen praksis, filterfunktion ved akut kræftpakke forløb og nyere behandlingstiltag ved overlæge

Ole K. Sørensen, Frederikshavn Sygehus og overlæge **Niels Chr. Langkilde**, Aalborg Sygehus.

Sted: Sygehus Vendsyssel, mødelokale 2, Barfredsvej 83, 9900 Frederikshavn.

Tilmelding: Senest tirsdag den 4. september kl. 12.00 til Willy Larsen, tlf. 98 17 04 03 eller Poul Erik Christensen, tlf. 98 23 61 29, e-mail pec@nordfiber.dk

Region Syddjyland Tønder

PROPA region Syddjyland indbyder alle medlemmer, pårørende samt interesserede til en informationsaften

Mandag den 3. september 2012
kl. 19.00 - ?

Emne: Bestyrelsen for Prostatakræftforeningen PROPA i region Syddjyland vil fortælle om patientforeningen og dens opgaver, samt vise den nye DVD-film om behandlingen af prostatakræft. Spørgsmål og erfaringsudveksling. Der bliver serveret kaffe/te med kage.

Sted: Tønder Medborgerhus, Østergade 63, 6270 Tønder

Tilmelding til regionsformand Karl Pedersen, e-mail: karl.pedersen@stofanet.dk, mærket Tønder, eller telefon 74 42 75 05 / 29 72 92 46

Kolding

PROPA region Syddjyland indbyder alle medlemmer, pårørende samt interesserede til en informationsaften

Mandag den 22. oktober 2012
kl. 19.00 - ?

Emne: Bestyrelsen for Prostatakræftforeningen PROPA i region Syddjyland vil fortælle om patientforeningen og dens opgaver, samt vise den nye DVD-film om

behandlingen af prostatakræft. Spørgsmål og erfaringsudveksling.

Der bliver serveret kaffe/te med kage.

Sted: KUC, Ågade 27, 6000 Kolding.

Tilmelding til næstformand Peter Uldall Juhl, e-mail: peter.u.juhl@bjert.dk, mærket Kolding, eller telefon 75 57 28 60 / 23 95 28 61

Aabenraa

PROPA region Syddjyland indbyder alle medlemmer, pårørende samt interesserede til en informationsaften

Mandag den 12. november 2012
kl. 19.00 - ?

Emne: Bestyrelsen for Prostatakræftforeningen PROPA i region Syddjyland vil fortælle om patientforeningen og dens opgaver, samt vise den nye DVD-film om behandlingen af prostatakræft. Spørgsmål og erfaringsudveksling.

Der bliver serveret kaffe/te med kage.

Sted: Kræftens Bekæmpelse i Aabenraa, Nørreport 4,1., 6200 Aabenraa

Tilmelding til regionsformand Karl Pedersen, e-mail: karl.pedersen@stofanet.dk mærket Aabenraa, eller telefon 74 42 75 05 / 29 72 92 46



VELKOMMEN i Prostatakræftforeningen PROPA

PROPA arbejder for at:

- øge oplysningen om prostatakræft
- støtte forskning i sygdommen

Støt dig selv! Bliv medlem!

Indmeld dig på www.propa.dk eller tlf. 33 12 78 28

Bestyrelsesmedlemmer og suppleanter

Medlemmer og andre interesserede bedes så vidt muligt henvende sig lokalt

Landsbestyrelsen

Landsformand

K. B. Madsen, Baldersvej 19,
4000 Roskilde
tlf. 46 37 41 09,
mobil 40 13 15 47
e-mail: madsenkb@mail.dk

Næstformand og regionsformand Sjælland

Svend Ejvin Jensen,
Havnevej 18, 2. tv,
4000 Roskilde
tlf. 24 27 49 06
e-mail: svendejvin@gmail.com

Kasserer

Kaj Rotbøl,
Boesvangen 2, 7120 Vejle Ø,
tlf. 97 70 20 90 / 24 95 67 04,
e-mail: kr@propa.dk

Regionsformand Hovedstaden

inkl. Bornholm

Paul Samsøe,
Høyrups Alle 28 B,
2900 Hellerup
tlf. 40 35 35 16
e-mail: paul@paulsamsøe.dk

Regionsformand Fyn og omliggende øer

Per Jensen, Skovløkke 3,
5700 Svendborg
tlf. 62 22 05 06,
e-mail: propafyn@gmail.com

Regionsformand Nordjylland

Poul Erik Christensen
Hammershøj 47, Øland
9460 Brovst
Tlf. 98 23 61 29,
e-mail: pec@nordfiber.dk

Regionsformand Midtjylland

Niels Erik Juul Henriksen
P.P. Ørumdgade 2, st.tv., 8000
Århus C
Tlf. 82 43 99 00 / 20 60 52 39
e-mail: neh@propa.dk

Regionsformand Sydjylland

Karl Pedersen
Egernvej 22, 6400 Sønderborg
Tlf. 74 42 75 05,
e-mail:
karl.pedersen@stofanet.dk

Bestyrelsesmedlem

Michael Korsgaard Sørensen,
Eckersbergsvej 58,
5230 Odense M,
tlf. 66 11 11 23
e-mail: mks@propa.dk

Pårørende-repræsentant

Birthe Olsen,
Maglekæret 20B,
2680 Solrød Strand,
tlf 56 87 08 34
e-mail:
juliesofie2003@yahoo.dk

Suppleanter

til Landsbestyrelsen

Hovedstaden inkl. Bornholm

Roman Sumczynski,
Baunevænget 50, Nødebo,
3480 Fredensborg
Tlf. 48 48 32 83 / 25 62 28 55,
e-mail: roman@lic-mail.dk

Sjælland

Jørgen Hindhede,
Ibsgården 170, 4000 Roskilde
Tlf. 46 36 17 82 / 20 11 16 60
e-mail: privat@advojh.dk

Fyn og omliggende øer

Svend Ejlersen,
Sundbrovej 76,
5700 Svendborg,
tlf 62 22 62 16
e-mail: ejlersen@post.tele.dk

Nordjylland

Sven Thor Larsen,
Lillerisvej 15, Fredsø,
7900 Nykøbing Mors
Tlf 97 72 23 43
e-mail: sventhor@mail.tele.dk

Midtjylland

Egon Lambæk
Gudenåvej 89, 7400 Herning
Tlf. 97 12 52 95
e-mail: jytta.egon@mail.dk

Sydjylland

Peter Uldahl Juhl
Bjert Vestervang 19, 6091 Bjert
Tlf. 75 57 28 60 / 23 95 28 61
e-mail: peter.u.juhl@bjert.dk

Pårørende-repræsentant

Inga Elsebeth Jensen,
Danmarksgade 20 1. th.
9900 Frederikshavn
tlf. 26 29 27 47
e-mail:
ingaelisabeth@youseeme.dk

Tilknyttet

med særlige opgaver

Redaktør

Werner Klinth Jensen, Klosterengen 89, 4000 Roskilde
tlf. 46 37 12 56,
e-mail: wkj@propa.dk

Sekretariatsleder

Kirsten Bak
Jernbanegade 23 B, Postboks
640, 4000 Roskilde
Tlf. 33 12 78 28
e-mail: sekretariat@propa.dk

Regionsbestyrelse og lokalgrupper i Hovedstadsregionen

Regionsbestyrelse

Regionsformand:

Paul Samsøe
Høyrups Allé 28 B,
2900 Hellerup
Tlf. 39 61 29 14/40 35 35 16
e-mail: paul@paulsamsøe.dk

Næstformand:

Roman Sumczynski
Baunevænget 50, Nødebo,
3480 Fredensborg
tlf. 48 48 32 83
e-mail: roman@lic-mail.dk

Kasserer:

Kai Verner Nielsen
Strandhaven 136,
2665 Vallensbæk Strand
tlf. 42 40 26 28,
e-mail: kaiverner@yahoo.dk

Finn Gerdes
Strandmarksvej 46 2. th., 2650
Hvidovre tlf. 61 78 84 04
e-mail: fge@hvidovre.dk

Gerda Møller
Kernehusene, Ravnsøgårdsvejen
1, 3720 Åkirkeby
tlf. 27 50 70 47
e-mail: kernehusene@yahoo.dk

Jacob Løve
Amager Landevej 88,
1. tv, 2770 Kastrup
tlf. 32 51 03 90,
e-mail: jaconi@mail.dk

Konsulent for bestyrelsen vedr. Prostatakræft:

Jørgen Petersen
Jernbanealle 34,
3060 Espergårde
tlf. 49 13 57 07
e-mail: jobe@email.dk

Lokalgrupper

Lokalgruppe Storkøbenhavn

Formand: Paul Samsøe
Høyrups Allé 28 B,
2900 Hellerup
tlf. 39 61 29 14
e-mail: paul@paulsamsøe.dk

Næstformand: Jens Nielsen
Sortedam Dossering 95A 3, tv,
210 København Ø
tlf. 35 43 00 84,
e-mail: sortedam@post9.tele.dk

Pårørendearbejdet: Christina
Lohmann
Gråpilevej 4, 2880 Bagsværd
tlf. 44 98 61 13 / 40 27 36 96
e-mail: solilohmann@privat.dk

Lokalgruppe Nordsjælland

Formand: Roman Sumczynski
Baunevænget 50, Nødebo, 3480
Fredensborg
tlf. 48 48 32 83
e-mail: roman@lic-mail.dk

Næstformand: Preben Byskov
Idrætsvej 19
3200 Helsinge

Tlf. 24 25 74 07, e-mail: by-
skov@larsen-byskov.dk

Lokalgruppe Vestegnen

Formand: Kai Verner Nielsen
Strandhaven 136,
2665 Vallensbæk Strand
tlf. 42 40 26 28,
e-mail: kaiverner@yahoo.dk

Næstformand: Finn Gerdes
Strandmarksvej 46 2. th
2650 Hvidovre
tlf. 61 78 84 04,
e-mail: fge@hvidovre.dk

Lokalgruppe Amager

Formand: Jacob Løve
Amager Landevej 88, 1. tv,
2770 Kastrup
tlf. 32 51 03 90,
e-mail: jaconi@mail.dk

Lokalgruppe Bornholm

Formand: Gerda Møller
Kernehusene, Ravnsøgårdsvejen
1, 3720 Åkirkeby
Tlf. 27 50 70 47, email: kerne-
husene@yahoo.dk
3270 Åkirkeby

Flemming Vibe
Fiskergade 11, 3740 Svaneke
Tlf. 48 25 17 75,
e-mail: viri@mail.dk

Regionsbestyrelse og lokalgrupper for øvrige Sjælland

Regionsbestyrelse

Regionsformand: Svend Ejvin
Jensen,
Havnevej 18, 2.tv., 4000 Ros-
kilde Tlf. 24 27 49 06,
e-mail: svendejvin@gmail.com

Næstformand: Jørgen Hind-
hede, Ibsgården 170, 4000 Ros-
kilde
Tlf. 20 11 16 60,
e-mail: privat@advogh.dk

Kasserer: Birthe Olsen,
Maglekæret 20B, 2680 Solrød
Strand,
tlf 56 87 08 34

e-mail:
juliesofie2003@yahoo.dk

Bendt Larsen,
Asminderupvej 96,
4390 Vipperød
Tlf. 59 18 20 09,
e-mail: bendterik@nypost.dk

Asbjørn Rasmussen
Østre Allé 18,
4800 Nykøbing F
Tlf. 22 87 40 21,
e-mail:
asseras@rasmussen.mail.dk

Hans-E. Pedersen
Egernvænget 22, Brøderup,
4733 Tappernøje
Tlf. 44 95 13 03 / 40 17 53 03,
e-mail: hans-e@email.dk

Lokalgrupper Nordvestsjælland-gruppen

Bendt Larsen,
Asminderupvej 96, 4390 Vip-
perød Tlf. 59 18 20 09,
e-mail: bendterik@nypost.dk

Svend Ejvin Jensen,
Havnevej 18, 2.tv.,
4000 Roskilde
Tlf. 24 27 49 06,
e-mail: svendevin@gmail.com

Guldborgsund-gruppen

Formand: Asbjørn Rasmussen
Østre Allé 18, 4800 Nykøbing F
Tlf. 22 87 40 21,
e-mail:
asseras@rasmussen.mail.dk

PR-medlem: Mogens Klarskov
Bomstræde 13, 4880 Nysted
Tlf. 24 48 94 27,
e-mail: mk1941@mail.dk

Eyvind Stonor
Lollandsvej 6, Gedseby Strand,
4874 Gedser
Tlf. 54 17 01 26 / 21 47 35 25

Næstved-gruppen

Formand Hans-E. Pedersen
Egernvænget 22, Brøderup,
4733 Tappernøje
Tlf. 44 95 13 03 / 40 17 53 03,
e-mail: hans-e@email.dk

Kasserer Poul Erik Andersen
Sneserevej 50, 4733 Tappernøje
Tlf. 20 87 43 91,
e-mail: pejk@email.dk

Hugo Lauritzen
Kjeld Abells Vej 6, 4700 Næstved
Tlf. 39 46 44 25 / 22 79 26 24,
e-mail:
hugo.lauritzen@stofanet.dk

Roskilde-gruppen

Formand Jørgen Hindhede
Ibsgaarden 170, 4000 Roskilde
Tlf. 20 11 16 60,
e-mail: privat@advogh.dk

Poul Nørgaard
Ahornlunden 9, 2.tv., 4000
Roskilde
Tlf. 46 13 83 08,
e-mail: ahorn9@live.dk

Pårørende-repræsentant:

Birthe Olsen
Maglekæret 20 B, 2680 Solrød
Strand
Tlf. 56 87 08 34,
e-mail: juliesofie2003@yahoo.dk

Boye Koch
Lille Højbrøndstræde 3 B
4000 Roskilde
Tlf. 40 28 47 70,
e-mail:
fotograf@boyekoch.dk

Sorø-gruppen

Formand: Svend Ejvin Jensen
Havnevej 18, 2.tv.,
4000 Roskilde
Tlf. 24 27 49 06,
e-mail: svendevin@gmail.com

Regionsbestyrelser og lokalgrupper i Jylland

Regionsbestyrelse for region Nordjylland

Regionsformand:
Poul Erik Christensen
Hammershøj 47,
Øland, 9460 Brovst
Tlf. 98 23 61 29 / 20 15 04 41,
e-mail: pec@nordfiber.dk

Næstformand:
Sven Thor Larsen
Lillerisvej 15, Fredsø,
7900 Nykøbing Mors
Tlf. 97 72 23 43,
e-mail: sventhor@mail.tele.dk

Kasserer: Willy Larsen
Åvej 24, Lindholm,
9400 Nørresundby
Tlf. 98 17 04 03 / 40 40 26 04,
e-mail: wlarsen@hotmail.com

Sekretær: Karen Hansen
Sorthøj 165,
9000 Aalborg
Tlf. 98 18 52 95,
e-mail:
hansenkaren@hotmail.dk

Ole M Jensen
Lundhøjparken 2,
9800 Hjørring
Tlf. 98 97 72 76 / 98 92 36 83
sommer / 20 33 24 84,
e-mail: omj@has.dk

Pårørende-repræsentant:
Inga Elisabeth Jensen
Danmarksgade 20 1.th., 9900
Frederikshavn
Tlf. 26 29 27 47,
e-mail:
ingaelisabeth@youseeme.dk

Regionsbestyrelse for region Midtjylland

Regionsformand:
Niels Erik Juul Henriksen
P.P. Ørums Gade 2, st.tv., 8000
Aarhus C
Tlf. 82 43 99 00 / 20 60 52 39,
e-mail: neh@propa.dk

Næstformand: Egon Lambæk
Gudenåvej 89, 7400 Herning
Tlf. 97 12 52 95,
e-mail: jytta.egon@mail.dk

Kasserer: Preben Sørensen
Ovesdal 17, 8320 Mårslet
Tlf. 86 29 35 67,
e-mail: tinaogpreben@mail.dk

Sekretær:
Bent Daniel Kristensen
Dalgasgade 9. 1.tv.,
7400 Herning
Tlf. 97 12 37 65,
e-mail: bdk@lcdk.dk

Benny Christiansen
Ll. Nørreris, Nørrerisvej 5,
8382 Hinnerup
Tlf. 86 98 67 98,
e-mail: bc@propa.dk

Regionsbestyrelse for region Sydjylland

Regionsformand:
Karl Pedersen,
Egernvej 22, 6400 Sønderborg
Tlf. 74 42 75 05/29 72 92 46,
e-mail:
karl.pedersen@stofanet.dk

Næstformand:

Peter Uldahl Juhl
Bjert Vestervang 19, 6091 Bjert
Tlf. 75 57 28 60 / 23 95 28 61,
e-mail: peter.u.juhl@bjert.dk

Kasserer: Tove Kilsgaard,
Susåvænget 39, 6710 Esbjerg V
Tlf. 40 53 55 55,
e-mail: kilsgaard@webspeed.dk

Sekretær: Betty Würtz,
Sdr. Skadsvej 32,
6705 Esbjerg Ø
e-mail: bw-skads@live.dk

Lokalgrupper**Lokalgruppe Thy/Mors**

Formand: Sven Thor Larsen,
Lillerisvej 15, 7900 Nykøbing M
Tlf. 97 72 23 43,
e-mail: sventhor@mail.tele.dk

Næstformand: Ole Jensen,
Syrenvej 38, 7700 Thisted
Tlf. 97 92 53 70,
e-mail: oletand@mvbmail.dk

Lokalgruppe Nordjylland**Formand:**

Poul Erik Christensen,
Hammershøj 47, Øland,
9460 Brovst
Tlf. 98 23 61 29/20 15 04 41,
e-mail: pec@nordfiber.dk

Ole M. Jensen,
Lundhøjparken 2,
9800 Hjørring
Tlf. 98 92 36 83/20 33 24 84/
sommer 98 97 72 76,
e-mail: omj@has.dk

Willy Larsen,
Åvej 24, Lindholm,
9400 Nørresundby
Tlf. 98 17 04 03/40 40 26 04,
e-mail: wlarsen@hotmail.com

Lokalgruppe Aarhus

Formand: Benny Christiansen,
Ll. Nørrerisvej 5,
8382 Hinnerup
Tlf. 86 98 67 98,
e-mail: bc@propa.dk

Sekretær: Kirsten Strand
Skejbygårdsvej 36, st.tv.,
8240 Risskov
Tlf. 86 21 41 26,
e-mail: kirsten.strand@ps.dk

Preben Sørensen
Ovesdal 17, 8320 Mårslet
Tlf. 86 29 35 67,
e-mail: tinaogpreben@mail.dk

Erling Rosendahl
A. Andersens Vej 26,
8600 Silkeborg
Tlf. 86 81 09 05,
e-mail: rosendahl@rostech.dk

Niels Erik Juul Henriksen
P.P. Ørums Gade 2, st.tv.,
8000 Aarhus C
Tlf. 82 43 99 00 / 20 60 52 39,
e-mail: neh@propa.dk

Lokalgruppe Midtvest

Formand: Egon Lambæk,
Gudenåvej 89, 7400 Herning
Tlf. 97 12 52 95,
e-mail: jytta.egon@mail.dk

Sekretær: Bent Daniel Kristen-
sen,
Dalgasgade 9, 1.tv.,
7400 Herning
Tlf. 97 12 37 65,
e-mail: bdk@lc-dk.dk

Kasserer: Kaj Bjerg,
Birkevej 18, 6973 Ørnhøj
Tlf. 97 38 61 72

Pårørende-repræsentant:
Peter Jørgensen,
Svanevej 19, 7400 Herning
Tlf. 97 22 07 63,
e-mail: peter@joorgensen.dk

Egon Møller,
Søvænget 60, 7451 Sunds
Tlf. 97 14 30 14,
e-mail: egonmoller@mail.dk

Lokalgruppe Syd

Formand: Karl Pedersen
Egernvej 22, 6400 Sønderborg.
Tlf. 74 42 7 505 / 29 72 92 46,
e-mail:
karl.pedersen@stofanet.dk

Næstformand: Ejnar Jørgensen
Hovedgaden 42, 6360 Tinglev.
Tlf. 74 64 34 62 / 22 37 01 09,
e-mail: ejnar@mail.dk

Niels Ole Jensen,
Varbergvej 12, 6100 Haderslev
Tlf. 86 57 15 57 / 21 75 43 50,
e-mail: karenole43@gmail.com

Pårørende-repræsentant:

Karen Jensen,
Varbergvej 12, 6100 Haderslev
Tlf. 86 57 15 57 / 21 75 43 50,
e-mail: karenole43@gmail.com

Lokalgruppe Vest

Formand: Peter Uldahl Juhl
Bjert Vestervang 19, 6091 Bjert
Tlf. 75 57 28 60 / 23 95 28 61,
e-mail: peter.u.juhl@bjert.dk

Næstformand:
Knud Skov-Petersen,
Seminarievej 109, 6760 Ribe
Tlf. 75 42 00 67,
e-mail: elseknud@stofanet.dk

Leon Østergaard Sørensen,
Tranevænget 3, 6760 Ribe
Tlf. 51 90 23 07,
e-mail: leon@stofanet.dk

Mogens Kilsgaard,
Susåvænget 39, 6710 Esbjerg V
Tlf. 41 60 55 55,
e-mail: kilsgaard@webspeed.dk

Verner Bruun,
Jedsted Klostervej 73,
6771 Gredstedbro
Tlf. 75 43 15 31

**Lokalgruppe Øst
(Trekantområdet)**

Sekretær: Peter U. Juhl,
Bjert Vestervang 19, 6091 Bjert
Tlf. 75 57 28 60,
e-mail: peter.u.juhl@bjert.dk

Jørgen Klitgaard,
Skolevej 5, 6640 Lunderskov
Tlf. 75 58 51 75,
e-mail: jorgenklitgaard@stofa-
net.dk

Jacob Andersen,
Hærvejen 279, 7323 Give
Tlf. 75 80 32 15

Regionsbestyrelse og lokalgrupper på Fyn og omliggende øer

Regionsbestyrelse Fyn

Regionsformand: Per Jensen
Skovløkke 3, 5700 Svendborg
Tlf. 62 22 05 06
e-mail: propafyn@gmail.com

Næstformand: Svend Ejlersen,
Sundbrovej 76, 5700 Svendborg
Tlf. 62 22 62 16,
e-mail: ejlersen@post.tele.dk

Michael Korsgaard Sørensen,
Sundhaven 10,
Vindeby, 5700 Svendborg
Tlf. 66 11 11 23,
e-mail: mks@propa.dk

Lokalgrupper

Lokalgruppe Faaborg

Formand: Per Jensen
Skovløkke 3, 5700 Svendborg
Tlf. 62 22 05 06
e-mail: propafyn@gmail.com

Lokalgruppe Odense

Formand: Viggo Breckling,
Nr. Lyndelse Vej 22, Højby,
5260 Odense S
Tlf. 65 95 91 17,
e-mail: viggo@webspeed.dk

Kasserer: Dorthe Hartmann,
Flintagerløkken 53,
5230 Odense SV
Tlf. 65 96 16 62/61 60 16 62,
e-mail: dhartmann@ofir.dk

Erik Østergaard,
Poppelhaven 91,
5240 Odense NØ
Tlf. 40 27 05 28,
e-mail: tryk-analyse@galnet.dk

Lokalgruppe Svendborg

Formand: Svend Ejlersen,
Sundbrovej 76, 5700 Svendborg
Tlf. 62 22 62 16,
e-mail: ejlersen@post.tele.dk

Kasserer: Michael Korsgaard
Sørensen,
Sundhaven 10,
Vindeby, 5700 Svendborg
Tlf. 66 11 11 23,
e-mail: mks@propa.dk

Per Jensen
Skovløkke 3, 5700 Svendborg
Tlf. 62 22 05 06
e-mail: propafyn@gmail.com

Udvalg

Redaktionsudvalg

Formand: Michael Korsgaard
Sørensen, Fyn
Birthe Olsen, Sjælland
K.B. Madsen, Sjælland
Paul Samsøe, Hovedstaden
Kirsten Bak, Sekretariatet
Werner Klinth Jensen, Sjælland

Hjemmesideudvalg

Formand: Svend Ejvin Jensen,
Havnevej 18, 2.tv.,
4000 Roskilde
Tlf. 24 27 49 06,
e-mail: svendejvin@gmail.com

Webmaster: Johnny Ejs,
Tølløsevej 4, 4330 Hvalsø
Tlf. 28 10 24 79,
e-mail: joe@propa.dk

Kirsten Bak, Sekretariatet,
Jernbanegade 23 B,
4000 Roskilde
Tlf. 33 12 78 28,
e-mail: sekretariat@propa.dk

Medlemskartotek og udsen-
delse af PROPA NYT
Alle henvendelser vedrørende
medlemsregistrering og mod-
tagelse af PROPA NYT til:
Sekretariatet, tlf. 33 12 78 28,
e-mail: sekretariat@propa.dk

Sekretariat

Prostatakræftforeningen PROPA
Jernbanegade 23B,
4000 Roskilde
Tlf. 33 12 78 28,
e-mail: sekretariat@propa.dk

Sekretariatet er åbent ugens 5
første hverdage
mellem kl. 9.30 og 15.30. Uden
for dette tidsrum vil der kunne
indtales besked på telefonsvarer.

Kommentar til artiklen om udlandsrejse og forsikring i

PROPA-nyt nr. 3/2011

I ovennævnte nummer af PROPA NYT var der en informativ artikel om udlandsrejse og forsikring. Det blev her nævnt, at man i god tid bør søge "bindende forhåndstilsgagn", hvis man er i tvivl, om man er dækket af rejseforsikringen. Det er her værd at nævne, at SOS-international nu har lagt et simpelt spørgeskema på sin hjemmeside, hvor man kan få vejledning til, om der er grund til at kontakte forsikringen.

Hvis man svarer benægtende på alle spørgsmål, får man besked om, at der ikke er grund til at kontakte forsikringen.

- Er du henvist til en undersøgelse eller behandling, som ikke er et led i den almindelige kontrol?
- Er du udeblevet fra et eller flere kontrolbesøg?
- Har du undladt at søge læge for en behandlingskrævende lidelse/sygdom?
- Har du fået afslag på behandling?
- Har du selv afslået at få behandling?
- Er din behandling sat i bero eller stoppet selvom du ikke er erklæret rask?

Har du indenfor de seneste 2 måneder:

- Fået ændret din medicin?
- Fået behandling for en sygdom (f.eks. lungebetændelse eller kræft)?
- Fået behandling for en tilskadekomst (f.eks. knoglebrud)?
- Været hospitalsindlagt?
- Gennemgået en operation?
- Været til vagtlæge?
- Været på skadestue?
- Været til vurdering/behandling hos læge, som ikke var led i almindelig kontrol?

