

PROSTATAKRÆFT: ANBEFALINGER TIL EN STYRKET INDSATS





Prostatakræft er en overset sygdom, som ikke får den politiske, samfundsmæssige og sundhedsfaglige bevågenhed, som den egentlig er berettiget til. Derfor er sygdomsbyrden langt tungere, end den burde være. I prostatakræftgruppen arbejder vi for at øge opmærksomheden og det politiske fokus på prostatakræft. Formålet er at forbedre prostatakræftpatientens forløb fra opsporing til behandling og rehabilitering, at sikre flere ressourcer til området og at få prostatakræft prioriteret i en Kræftplan V.

Prostatakræftgruppen

04	Om Prostatakræftgruppen
06	Forord
10	Ulighed og uddannelse
13	Uens anvendelse af beslutningsstøtte skaber ulighed i behandling
14	Rammerne for behovsvurdering er ikke tilstrækkelige
16	Livet med prostatakræft
19	Eksperimentel behandling
20	Genetik spiller en vigtig rolle
21	Fokus på forskning

OM PROSTATAKRÆFT- GRUPPEN

Prostatagræftgruppen er et partnerskab bestående af en bred vifte af aktører, der med forskellige perspektiver på prostatakræft ønsker at forbedre prostatakræftpatientens forløb fra opsporing til behandling og rehabilitering. I en tid, hvor sundhedsvæsenet er under pres, Sundhedsstrukturkommissionen arbejder på modeller for en fremtids-sikret organisering af det danske sundhedsvæsen, og Kræftplan V er under udvikling, ønsker gruppen at stille sin viden og erfaring til rådighed og bidrage med konkrete anbefalinger. Gruppen blev etableret i 2023.

Prostatagræftgruppen består af:

Michael Borre, DaProCa

Charlotte Petersen, specialuddannet kræftsygeplejerske

Svend Aage Madsen, Forum for Mænds Sundhed

Tonny Clausen, PROPA

Svend Erik Bodi, PROPA

Jesper Thorsen, De Unge Prostata Dreng

Michael Robert, De Unge Prostata Dreng

Mette Graugaard, Astellas Pharma A/S

Lars Lunau, Bayer A/S

Anders Zeidler, Janssen-Cilag A/S

Advice står for at organisere og facilitere gruppens drøftelser og aktiviteter. Dette arbejde er finansieret af Astellas Pharma A/S, Bayer A/S og Janssen-Cilag A/S.

Prostatagræft: Anbefalinger til en styrket indsats



EN SYGDOMS-BYRDE DER ER TUNGERE END DEN BURDE VÆRE



Fakta

HVER DAG DØR FLERE END TRE MÆND AF PROSTATAKRÆFT¹

Prostatakræft er den hyppigste kræftform blandt mænd, hvor omkring 4.500 rammes hvert år. Alligevel er prostatakræft en sygdom, som ikke har den politiske, samfundsmæssige og sundhedsfaglige bevågenhed, som byrden ved prostatakræft berettiger til.

Det skyldes måske, at det er mænd, som rammes. Mænd, som i forvejen sjældent går til lægen, har svært ved at tale om deres sygdom, typisk ikke mærker nogen form for symptomer, og som har vanskeligere ved at navigere i et sundhedssystem, hvor man ofte selv skal svinge taktstokken, når man overgår fra én sektor til en anden, eller når prostatakræften ikke er den eneste sygdom i journalen.

Det skyldes måske også, at sygdommen i offentligheden er kendt som noget, der typisk rammer ældre mænd, og opfattes som noget, man ikke dør af, men dør med. Til manges overraskelse rammes en del desværre også af sygdommen som noget yngre, midt i livet med familie, hjemmeboende børn og et aktivt arbejdsliv, som lider under sygdommens invaliderende konsekvenser.

En anden forklaring kan være, at prostatakræft heldigvis ikke behøver at have en dødelig udgang.

Næsten 1.200 dør hvert år af prostatakræft, og i de tilfælde, hvor sygdommen

er særlig aggressiv og evt. metastaseret, er den tidlige og hurtige indsats afgørende. For dem, der overlever eller lever længe med kræften, er risikoen desværre stor for stærkt reduceret livskvalitet med bivirkninger og senfølger som f.eks. rejsningsbesvær, urininkontinens samt de mange følgevirkninger af bl.a. kastration, kemoterapi.

Vi kan gøre det bedre for mænd og familier, som rammes af prostatakræft. Opgaven med at opspore, behandle og sikre livskvaliteten bør vi gå til med blikket stift rettet mod at afhjælpe den store sygdomsbyrde, som patienterne og deres pårørende lider under. Da alderen er en af de største risikofaktorer, og tre ud af fire 75-årige mænd potentielt har sygdommen, vil den stadig større ældre befolkning øge denne patientgruppe ganske betydeligt. Det dobbeltdemografiske pres med en aldrende befolkning, som betyder, at flere rammes af prostatakræft, og for få hænder i sundhedsvæsenet kalder på rettidig politisk fokus og handling for at kunne skabe de rette rammebetingelser for de praktiserende læger, den specialiserede behandling i hospitalsvæsenet og den kommunale rehabiliteringsindsats. Det kan sikre, at færrest muligt dør af prostatakræft, og flest muligt lever godt på trods.

PROSTATAKRÆFT-GRUPPENS 10 ANBEFALINGER

- #1 Vi skal have et sundhedsvæsen, som er mere rummeligt overfor manderelaterede problemstillinger
- #2 Der skal være systematisk efteruddannelse af almen praksis og det nære sundhedsvæsen
- #3 Sårbare mænd bør målrettet tilbydes relevant helbredstjek og behandlingsopfølgning
- #4 Der skal være incitament for patientinddragelse og for anvendelse af evidensbaseret beslutningsstøtteværktøj
- #5 Ret til rehabilitering - en behovsvurdering skal være fast del af behandlingen
- #6 Vi skal have patientskoler i det nære sundhedsvæsen
- #7 Yngre, erhvervsaktive skal tilbydes specialiseret social støtte
- #8 Der skal være lettere adgang til forsøgsbehandling
- #9 Patienter med spredt sygdom skal kunne tilbydes gentestning
- #10 Der skal allokeres flere ressourcer - herunder tid til forskning



10

ANBEFALINGER TIL ET FORBEDRET PATIENTFORLØB

ULIGHED OG UDDANNELSE



Mænds større dødelighed af alle sygdomme handler om forholdet mellem sundhedsvæsenet og mænd. Den større dødelighed skyldes for lidt viden om symptomer, for sen reaktion på symptomer, dårlig dialog og deraf for sen diagnosticering og behandling. Netop disse forhold er særdeles problematiske ved prostatakræft. Derfor er der behov for, at sundhedsvæsenet er opsøgende, bedre kommunikerende og har tilbud, der passer bedre til mænd – det gælder ikke mindst rehabilitering.

Svend Aage Madsen
formand for Forum for Mænds Sundhed

Der er flere facetter af ulighed, når det kommer til prostatakræft. Prostatakræft er af åbenlyse årsager en mandesyge. Generelt er vores omsorgssektor, herunder sundhedsvæsenet, ikke godt nok indrettet til mænds måder at håndtere et sygdomsforløb på. Det er der naturligvis mange historiske årsager til, men i 2023 kan vi ikke tillade, at en så væsentlig andel af vores velfærdssamfund særligt imødekommer halvdelen af vores borgere. Strukturer og tilbud bør tilrettelægges mere efter mænds sundhedskompetencer, og sundhedsformidling bør tilpasses mænd dér, hvor der er høj risiko for kommunikationsbrist.

Ud over at se nærmere på sundhedsvæsenets tilgang til mænd og kvinder er det vigtigt at nuancere opfattelsen af prostatakræft. I befolkningen er der stadig en udbredt mangel på viden om prostatakræft, og mænd taler sjældent åbent om sygdommen. Det kan nemlig være svært for patienterne at åbne op om intime symptomer, der kan indikere prostatakræft, og denne udfordring øges, når tiden til lægekonsultationer i almene praksisser er begrænset. Dette kan føre til senere diagnoser og dårligere prognoser for patienterne. Dertil er de manglende symptomer ved tidlig helbredelig prostatakræft en af de helt fundamentelle udfordringer. Vi mangler en test, som kan afsløre sygdommen tidligt uden at gøre mere skade end gavn – en markør til at indsnævre den gruppe af mænd, som skal testes for sygdommen. Derfor bør vi sætte flere midler af til yderligere forskning. Det kan nemlig være svært for læger at opdage prostatakræft i tide, især hos yngre mænd.

Dertil er der en betydelig social ulighed i opsporingen og dødeligheden af prostatakræft. Mænd med højere socioøkonomisk status har større sandsynlighed for at blive diagnosticeret med sygdommen, da de generelt er bedre til at opsøge læge. Det øger incidensen blandt denne gruppe, og forventeligt falder dødeligheden også. Til gengæld ses også en overdiagnostik blandt denne gruppe patienter.

Når det kommer til overlevelsen hos patienter med prostatakræft, er det de patienter med kortest uddannelse og lavest indkomst, som klarer sig dårligst. Der er derfor en udfordring både for samfundet og sundhedsvæsenet i at sikre, at vi møder patienten med en positiv forskelsbehandling, som kan sikre, at alle patienter har adgang til den samme behandling og støtte uanset deres baggrund. Det er en hårfin balance at finde netop dem, som har behov for behandling, og samtidig ikke risikere at overbehandle.



#1

Vi skal have et sundhedsvæsen, som er mere rummeligt overfor manderelaterede problemstillinger

Sundhedsvæsenet bør møde og håndtere de særlige forhold, som gør sig gældende hos mænd som patienter. Det er bl.a. væsentligt at bidrage med information, som nuancerer sundhedsbudskaber om mandesyge og i særdeleshed om prostatakræft. Der er et relevant behov for oplysning og kommunikation for at afstigmatisere prostatakræft, og det bør ske på de kanaler, som mænd møder og bruger i deres hverdag, så de lærer sygdommen og konsekvenserne af sygdommen at kende og søger læge ved behov.

#2

Der skal være systematisk efteruddannelse af almen praksis og det nære sundhedsvæsen

Det er vigtigt, at det sundhedsfaglige personale kontinuerligt lader sig efteruddanne, så de er bedre rustet til at håndtere prostatakræftpatienter. Særligt efteruddannelse af almen praksis via eksempelvis decentral gruppebaseret efteruddannelse (DGE) vil bidrage til de praktiserende lægers faglighed og forståelse af de ofte få og diffuse symptomer samt behovet efter hospitalisering. Efteruddannelse vil således kunne bidrage til, at man i højere grad henviser de rette patienter til yderligere undersøgelse og behandling, og samtidig undgår at henviser raske patienter og derved mindsker overdiagnostik. Almen praksis vil særligt kunne byde ind i forløbet efter diagnose og særligt i opfølgning efter behandling. Systematisk efteruddannelse af almen praksis ligger derfor godt i tråd med et af de centrale mål for den kommende sundhedsstrukturkommission, der netop handler om at styrke det nære sundhedsvæsen.



Det er helt afgørende, at patientinddragelsen sikres i hele kræftforløbet lige fra diagnostik over behandling og rehabilitering for at tilpasse den sundhedsfaglige indsats til den enkelte patients ønsker og behov. Det er afgørende vigtigt, at det foregår på en måde, så patienten helt klart forstår, hvad det er, der skal ske.

PROPA



#3

Sårbare mænd skal målrettet tilbydes helbredstjek og behandlingsopfølgning

For at afhjælpe uligheden inden for prostatakræft bør almen praksis sætte særligt fokus på sårbare mænd, som er socioøkonomisk dårligere stillet. Almen praksis bør indkalde systematisk til helbredstjek og behandlingsopfølgning af særligt sårbare mænd samt sikre tilslutning ved at kontakte dem pr. telefon, tjekke op på indkaldelse og følge op ved udeblivelse. Helbredstjekket bør bl.a. omfatte risikofaktorer for prostatakræft. Faktorer som specifikke symptomer, alder, familiens sygdomshistorie og livsstil skal hjælpe med at identificere mænd, der er i større risiko for at udvikle prostatakræft, og tilbyde dem regelmæssige undersøgelser for at opdage alvorlige og behandlingskrævende sygdomsforløb tidligt.

#4

Der skal være incitament for patientinddragelse og for anvendelse af evidensbaseret beslutningsstøtteværktøj

Der bør være fokus på at inddrage patienter og pårørende aktivt i beslutningsprocessen. Derfor skal der udvikles beslutningsstøtteværktøj til brug ved behandling af prostatakræftpatienter. Udviklingen bør forankres i det faglige selskab i samarbejde med patienter og eksperter i fælles beslutningstagning og implementeres på tværs af landet. De enkelte afdelinger bør pålægges et ansvar for at uddanne personalet i anvendelse af beslutningsværktøjer.

UENS ANVENDELSE AF BESLUTNINGSSTØTTE SKABER ULIGHED I BEHANDLING

Valg af den rette behandling af prostatakræft kan være udfordrende for både sundhedsprofessionelle og patienter. Der er mange behandlingsmuligheder med forskellige konsekvenser, især når det kommer til bivirkninger og livskvalitet efter behandling – derfor er det også enhver patients ret at kunne vælge behandling fra. Patientinddragelse og fælles beslutningstagning baseret på patientens livssituation er altså væsentlig i behandling af patienter med prostatakræft. Beslutningsstøtte som en del af behandlingen er indskrevet i Sundhedsstyrelsens Pakkeforløb for prostatakræft.⁴ Alligevel er det endnu ikke gængs praksis på alle hospitaler, og der mangler ensartede standarder for beslutningsstøtteværktøjer. Det medfører forskellige

standarder for behandling på tværs af hospitaler og regioner.

For patienter kan det betyde, at man ikke får de samme muligheder for valg af behandling som andre steder i landet, samt at patienter får en behandling, som ikke passer til den enkeltes livssituation. De rette beslutningsværktøjer og fælles beslutningstagning kan gøre det lettere for læger at træffe beslutninger sammen med patienterne. Det vil også hjælpe med at sikre, at patienter får den bedst mulige behandling, som passer bedst til dem. Yderligere vil det sikre en mere ensartet behandling på tværs af geografi og socioøkonomisk udgangspunkt.

Fakta

DER ER SOCIAL ULIGHED I STADIE VED DIAGNOSE. PERSONER MED KORT UDDANNELSE, LAV INDKOMST, ELLER DER BOR ALENE, DIAGNOSTICERES I HØJERE GRAD MED KRÆFT I ET FREMSKREDENT STADIE.²

RAMMERNE FOR BEHOVSVURDERING ER IKKE TILSTRÆKKELIGE

Fakta

MÆND HAR CA. 15 PCT. STØRRE FOREKOMST AF KRÆFT OG CA. 40 PCT. STØRRE DØDELIGHED VED KRÆFT END KVINDER – ALTSÅ NÅR 100 KVINDER FÅR KRÆFT, FÅR 115 MÆND KRÆFT, OG NÅR 100 KVINDER DØR AF KRÆFT, DØR 140 MÆND AF KRÆFT.³

Ifølge Sundhedsstyrelsens Pakkeforløb for prostatakræft skal der som led i behandlingen løbende foretages en behovsvurdering af rehabilitering og palliation samt udarbejdes en opfølgningsplan ud fra en behovsvurdering.⁴ Desværre fungerer det ikke tilfredsstillende i praksis, og langt fra alle relevante fagpersoner er uddannet til at foretage en behovsvurdering.

Manglende behovsvurdering og plan for rehabiliteringsforløbet betyder, at patienten ikke nødvendigvis får tilbudt den nødvendige og rigtige rehabilitering og ikke får adgang til den rette støtte og opfølgning. Det kan have store konsekvenser for patientens livskvalitet og medføre, at de ikke får den hjælp, som de har brug for og er berettiget til. Patienter med prostatakræft kan således mangle hjælp til både fysiske

samt sociale, psykiske, sexologiske og eksistentielle problemer. Alt for ofte betyder det i praksis, at patienten selv står med ansvaret for rehabiliteringsforløbet, fordi der mangler en plan og opfølgning. Rehabilitering bør være en integreret del af behandlingsplanen for prostatakræft, og der bør være et overblik over relevante rehabiliterings-tilbud i alle kommuner tilgængeligt i forbindelse med planlægning af behandlinger. Man kan med fordel tage udgangspunkt i erfaringerne fra indsatsen på hjerteområdet, hvor man har prioriteret rehabilitering som en vigtig del af behandlingen.^{5,6} Rehabilitering kan forbedre patientens livskvalitet og reducere risikoen for og afhjælpe senfølger. Derfor er det vigtigt, at sundhedspersonalet ser rehabilitering som en vigtig del af behandlingen.

#5

Ret til rehabilitering – en behovsvurdering skal være en fast del af behandlingen

Der bør altid løbende foretages en behovsvurdering af en fagperson med de rette kompetencer og kendskab til relevante tilbud, som den enkelte patient kan have gavn af. Det skal være en fast del af behandlingen, så rehabiliteringsplanen kan tilpasses individuelle behov og livssituation. Et centralt element i behovsvurderingen er, at patienten indkaldes til en behovssamtale, og det bør være en patientrettighed, at denne samtale foretages inden for en fastsat frist. Det kan eksempelvis være en videosamtale tre måneder efter behandling, hvor pårørende også har mulighed for at deltage. For at sikre, at behovsvurderinger gennemføres med samme høje kvalitetsstandard på tværs af regioner og afdelinger, bør sygeplejersker, som arbejder med prostatakræft, modtage (efter)uddannelse i behovsvurderinger og rehabiliteringsplanlægning.



Behovsvurdering er en essentiel del af kræftsygeplejen og kræver særlig uddannelse og kompetencer af sygeplejersker. Mænds deltagelse i rehabilitering er lavere end kvinders, og derfor bør behovsvurdering målrettes den mandlige kræftpatient med særlig viden om kommunikation med mænd, som kan forstærke hans handlekompetence. Behovsvurdering bliver ikke i tilstrækkelig grad prioriteret på sygehusene, hvilket medfører dårligere livskvalitet for patienten og i værste fald forkortet levetid.

Charlotte Petersen,
specialuddannet kræftsygeplejerske

LIVET MED PROSTATAKRÆFT

Der kan være store regionale og kommunale forskelle i tilbud og tilgang til rehabilitering. Tilbuddene er generelt uensartede, kvaliteten er svingende kommuner og regioner imellem, og overgangen fra rehabilitering i hospitalsregi til kommunal rehabilitering fungerer ikke tilfredsstillende. Det begrænser patienternes mulighed for at få den nødvendige støtte og vejledning. I dag bliver nogle patienter som del af rehabiliteringen i hospitalsregi tilbudt forløb på senfølgeklinikker, og nogle steder har man patientskoler tilknyttet hospitalerne. Tilbuddene er dog ikke systematiske og landsdækkende, og det er således ikke alle patienter med prostatakræft, som tilknyttes sådanne tilbud som en del af deres behandling.

Dertil er de udfordringer og problematikker, patienterne står over for, meget forskelligartede. Den yngre patientgruppe, der stadig er i arbejde, har familieliv med småbørn og har en aktiv livsstil, har eksempelvis nogle andre behov end den ældre patientgruppe.

Fakta

I 2021 FIK 4.620 MÆND KONSTATET PROSTATAKRÆFT. DET GØR PROSTATAKRÆFT TIL DEN HYPPIGSTE KRÆFTFORM BLANDT MÆND.⁷

Helt konkret bør der, baseret på diagnose, alder og livssituation, tilbydes:

- Psykologhjælp når man får diagnosen.
- Bækkenbundstræning før og efter operation.
- Bedre information om og støtte til hjælpemidler som bleer og sexologiske hjælpemidler.
- Sexologisk vejledning og støtteværktøjer til mænd, der oplever seksuelle dysfunktioner efter behandling af prostatakræft.
- Hjælp til at navigere i regler for sygemelding og generelt samarbejde med jobcenter.
- En forløbskoordinator i forbindelse med kompleks behandling.



Prostatakræft rammer mænd i alle aldre og ikke kun mænd over 70 år. I dag findes der ikke noget reelt tilbud rettet mod den gruppe af mænd, der stadig er midt i livet og står med helt andre udfordringer end de ældre mænd i 70'erne og 80'erne. De yngre mænd rammes desuden ofte af en mere aggressiv og udbredt kræft og har derfor ofte i højere grad ønsker om tidligt at afprøve eksperimentel behandling, da sundhedsvæsnet ambition om kun at livsforlænge med få år rammer skævt for denne gruppe af mænd, der stadig har mange gode år tilbage.

De Unge Prostata Dreng

#6

Vi skal have patientskoler i det nære sundhedsvæsen

Der skal etableres landsdækkende patientskoler for patienter med prostatakræft som del af det nære sundhedsvæsen – f.eks. organiseret i de 21 sundhedsklynger – med henblik på at tilbyde sygdomsspecifikke og ensartede rehabiliteringsforløb og for at gavne overgangen fra rehabilitering i hospitalsregi til kommunal rehabilitering. Det vil kunne bedre patienters behandling og livskvalitet. Patientskolerne skal give patienter støtte og vejledning til at håndtere senfølger, til at genoptage daglige aktiviteter samt nødvendige redskaber til at håndtere deres sygdom og rehabiliteringsforløb. Dertil skal de bygge bro mellem det regionale og kommunale og informere om kommunale tilbud. Ved at etablere patientskoler i sammenhæng med de 21 sundhedsklynger og ved at facilitere og eksekvere systematisk henvisning til patientskoler vil man både aflaste de specialiserede sygehuse, rykke rehabiliteringen nærmere på borgeren og sikre bedre livskvalitet til flere patienter.



Hvert år bliver ca. 1.500 danske mænd permanent kastreret som led i behandling af deres prostatakræft.

Professor, overlæge Michael Borre,
Urologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital

#7

Yngre, erhvervsaktive prostatakræftramte skal tilbydes specialiseret social støtte

Der er brug for en særlig indsats målrettet den yngre del af patientgruppen med fokus på at reducere de psykologiske og sociale belastninger, der ofte følger med en prostatakræftdiagnose. Social støtte for den yngre del af patientgruppen, der stadig har arbejds- og familiemæssige forpligtelser kan f.eks. imødekommes ved at oprette mandegrupper opdelt efter alder og livssituation, som kan være en måde at give patienter mulighed for at dele erfaringer og støtte hinanden i rehabiliteringsprocessen.



#8

Der skal være lettere adgang til forsøgsbehandling

Regionsledelserne bør sikre rammerne for flere eksperimentelle, kliniske forsøgsbehandlinger samt pålægges at undersøge og afhjælpe den geografiske ulighed i henvisninger til forsøgsbehandling. Dertil bør Sundhedsstyrelsen i samarbejde med sundhedsfaglige- og patientrepræsentanter undersøge ordningen for at gøre det lettere for patienter med eksempelvis prostatakræft at få adgang til forsøgsbehandlinger. Dertil er der behov for at styrke Sundhedsstyrelsens informationsindsats, så både hospitalernes ledelser, læger og patienter ved, at eksperimentel behandling kan være en sidste mulighed.

EKSPERIMENTEL BEHANDLING

Fakta

KNAP 50.000 MÆND LEVER MED ELLER EFTER PROSTATAKRÆFT.¹

Det er i dag vanskeligt for patienter med prostatakræft at få adgang til eksperimentel behandling som eksempelvis immunterapi og målrettet behandling, som endnu ikke er taget i brug i den etablerede behandling af prostatakræft. Særligt for patienter med livstruende prostatakræft er der fra flere et ønske om at få adgang til forsøgsbehandling i Danmark eller i udlandet. Ofte er der tale om patienter, der har udtømt deres behandlingsmuligheder, men det kan også være relevant for særligt yngre patienter, der bliver diagnosticeret med uhelbredelig kræft.

Det er den behandlende læge, som skal søge Sundhedsstyrelsens rådgivningspanel om vejledning vedr. eksperimentel behandling. Tidligere har der været regionale forskelle i, hvilke afdelinger som ansøgte om eksperimentel

behandling til deres patienter, og i Sundhedsstyrelsens seneste årsrapport "Rådgivning om eksperimentel behandling – for mennesker med livstruende sygdom" fra 2022 er der påvist regional variation i antallet af ansøgninger.⁸

Forskellen på fordelingen regionerne imellem kan være udtryk for en geografisk ulighed, som man bør være opmærksom på.

#9

Patienter med spredt sygdom skal kunne tilbydes gentestning

Relevante patienter med spredt aggressiv prostatakræft bør tilbydes helgenomsekventering som en del af patientbehandlingen både mhp. hurtigt at få de rette behandlingstilbud og i forbindelse med genetisk rådgivning. Regeringen har lovet en ny ambitiøs national strategi for personlig medicin, hvori gentestning ved prostatakræft bør prioriteres. I takt med at man får mere viden om genetik og flere personaliserede behandlingsmuligheder, bør tilbud om genetisk testning af patienter med prostatakræft følge denne udvikling.



GENETIK SPILLER EN VIGTIG ROLLE



Man har længe anvendt genetisk information i rådgivningen om arvelige sygdomme, herunder prostatakræft. Men teknikkerne bag anvendes nu i stigende grad til også at understøtte mere virksom behandling. Den genetiske information kan muliggøre en tilpasning af behandlingen til den enkelte patient. Det er afgørende, at patienter med prostatakræft har adgang til hurtig og effektiv behandling med de nye former for personlig medicin, hvor der er god evidens. Det vil give mulighed for at målrette og skabe mere effektive behandlingsforløb for patienterne.

Fakta

GENETISK RÅDGIVNING INDEBÆRER, AT MAN FÅR UDARBEJDET ET SLÆGTSKEMA, HVOR ALLE KENDTE SYGDOMSFORLØB I FAMILIEN BLIVER OPTEGNET. UD FRA SKEMAET LAGER MAN EN RISIKOVURDERING.⁹

FOKUS PÅ FORSKNING

Det er en udfordring i det danske sundhedsvæsen at finde ressourcer og tid til forskning. Inden for prostatakræft er der særligt behov for mere forskning i bl.a. biomarkører for at finde bedre måder at sikre en rettidig diagnose og overvåge prostatakræft på. Det kan give mulighed for mere præcis diagnosticering og mere individuel behandling.

Dette vil kræve en større investering, men manglende forskning på området kan have alvorlige konsekvenser for patienter med prostatakræft. Nuværende diagnostiske metoder er alt for upræcise, hvilket kan føre til forsinket diagnose og dårligere prognose, samt menneskelig såvel som økonomisk tung overbehandling. Derudover kan de nuværende metoder medføre komplikationer og bivirkninger, som kan være belastende for patienten.

“

I de seneste år har vi oplevet et meget stort gennembrud i behandlingen af patienter med både lokaliseret og udbredt prostatakræft. I det tidlige sygdomsstadie har de billeddiagnostiske undersøgelser givet bedre mulighed for præcis kortlægning af sygdommen hos hver enkelt patient og dermed mulighed for at optimere behandlingen.

Professor, overlæge Michael Borre, Urologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital

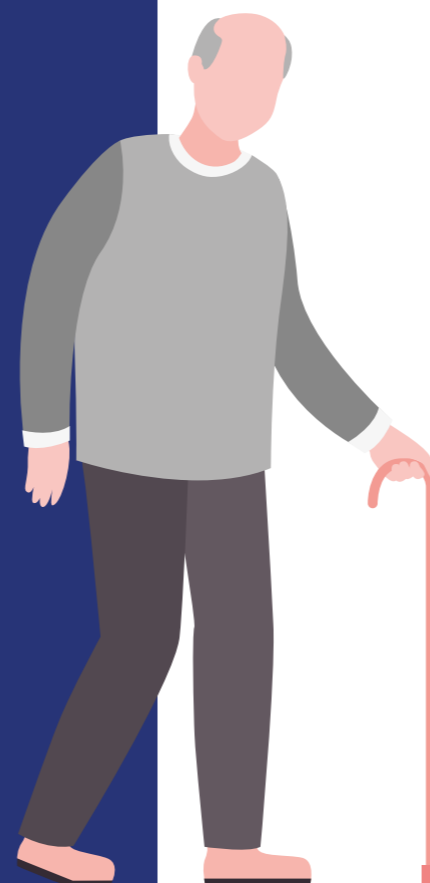
#10

Der skal allokeres flere ressourcer – herunder tid til forskning

Der er fortsat behov for forskning i prostatakræft for at forbedre opsporings- og behandlingsmulighederne samt reducere sygdommens konsekvenser. Der er tillige behov for flere protokoller, som danske patienter med prostatakræft kan indrulleres i uanset bopæl. Ved at prioritere flere ressourcer og tid til forskning inden for prostatakræftområdet er det muligt at forbedre patienters mulighed for opsporing, udredning, behandling og rehabilitering. Der er bl.a. et potentiale i brugen af MR-scanning, AI og biomarkører, som har mulighed for at forbedre måden, man diagnosticerer på og således patientens prognose samt behandlingsmuligheder. Flere kliniske forsøg skal både være investigator-initieret og industri-initieret, så Danmark fortsat er attraktiv for investeringer i udvikling af nye behandlinger.

Fakta

RISIKOEN FOR, AT EN MAND UDVIKLER KRÆFT I PROSTATA, ER MERE END FORDOBBLET, HVIS HANS FAR ELLER BROR HAR SYGDOMMEN, OG RISIKOEN ØGES YDERLIGERE, HVIS FLERE NÆRE SLÆGTNINGE HAR PROSTATAKRÆFT.¹⁰



LITTERATURLISTE

1. Nordcan. Prostatecancer in Denmark. <https://nordcan.iarc.fr/en> tilgået d. 5. juni 2023.
2. Survivorship og Ulighed i Kræft Kræftens Bekæmpelses Center for Kræftforskning. Social Ulighed i Kræft i Danmark Hvidbog 2. udgave. 2023.
3. Age-Standardized Rate (Nordic) per 100 000, Incidence, Males and Females. All sites but non-melanoma skin cancer. Denmark. https://nordcan.iarc.fr/en/dataviz/trends?cancers=990&sexes=1_2&populations=208&types=0 tilgået d. 5. juni 2023.
4. Pakkeforløb for prostatakræft. For fagfolk. Sundhedsstyrelsen, 2022.
5. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hjertesygdom. Sundhedsstyrelsen, 2018.
6. Opfølgning på hjerteområdet Status og udfordringer. Sundhedsstyrelsen, 2023.
7. Sundhedsdatastyrelsen. Nye kræfttilfælde i Danmark 2021. Cancerregisteret. 2023.
8. Sundhedsstyrelsen, 2022. Årsrapport. Rådgivning om eksperimentel behandling - for mennesker med livstruende sygdom.
9. Kræftens Bekæmpelse. Årsager til prostatakræft. <https://www.cancer.dk/prostatakræft/aarsager-prostatakræft/> tilgået d. 5. juni 2023.
10. Kræftens Bekæmpelse. Hvem bør få målt PSA i blodet? <https://www.cancer.dk/prostatakræft/undersogelser-prostatakræft/hvem-boer-fa-malt-psa-p3/> tilgået d. 5. juni 2023.

September 2023

