

Poul Erik Pyndt  
Prostatacancer Patientforeningen  
Vendersgade 22  
1363 København K

Dato: 18. april 2007  
Kontor: Kræftenheden  
J.nr.: 2005-1221-82  
Sagsbeh.: MAR  
Fil-navn: Dokument 1

Kære Poul Erik Pyndt

Tak for dine breve af 2. januar og 20. februar 2007 om behandlingen af prostatakræft i Danmark og oprettelse af en national prostatacancerdatabase.

Det glæder mig, at der er en konstruktiv og forstående holdning i PROPA, hvad angår brugen af udlandsbehandling især til patienter med prostatakræft i perioden med underkapacitet. Men samtidigt overrasker det mig, at PROPA finder, at mænd med prostatakræft ikke får den samme opmærksomhed som andre kræftpatienter – og direkte møder modvilje blandt lægerne.

Derfor er det vigtigt for mig at slå fast, at prostatapatienter på ingen måde negligeres i forhold til andre grupper af kræftpatienter. Det er heller ikke det indtryk, man får, når man ser på udviklingen i behandlingsresultaterne. Lad mig bare nævne, at den relative sygehusbaserede treårsoverlevelse for patienter med prostatakræft er steget signifikant fra 56 pct. i 1994 til 65 pct. i 2002. Dermed tegner prostatakræft, sammen med endetarmskræft, sig for den største stigning i treårs-overlevelsen for de otte kræftformer, som overlevelsen opgøres for. Ligeledes er den relative sygehusbaserede femårsoverlevelse steget signifikant fra 41 pct. i 1994 til 49 pct. i 2000. Dette er den største stigning i femårsoverlevelsen blandt de otte kræftformer, som overlevelsen opgøres for. Slutteligt viser den seneste udvikling, at den relative sygehusbaserede etårsoverlevelse er steget fra 81 pct. i 2001 til 85 pct. i 2005 (Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2007:5, marts 2007)

I forhold til dine spørgsmål om forebyggelse og opsporing oplyser Sundhedsstyrelsen, at der gennem de seneste år er forsket en del i primær forebyggelse af prostatakræft, men undersøgelserne har været inkonklusive og deres resultater vanskeligt fortolkelige. Der kan således ikke for nuværende peges på specifikke måder, hvorpå prostatakræft kan forebygges.

For så vidt angår tidlig opsporing/screening har WHO, Europarådet og Sundhedsstyrelsen opstillet en række generelle anbefalinger vedr. screening, som bør indgå i overvejelserne ved indførelse af et screeningsprogram. Screening for prostatacancer anbefales ikke aktuelt som generel screening. Det skyldes, at der ikke i dag er tilstrækkelig evidens på området. Herunder har man ikke kunnet dokumentere effekt af prostatacancer-screening i form af lavere dødelighed, selv om foreløbige resultater tyder på en vis gavnlig effekt.

Det er endvidere et problem, at der i forbindelse med screening for prostatakkræft er en risiko for overdiagnosticering/overbehandling, idet man må forvente at finde en række små tumorer, hvoraf kun en mindre del faktisk ville udvikle sig til klinisk manifesteret kræftsygdom. Det er ikke for nuværende muligt at skelne mellem de aggressive og de relativt ufarlige tumorer.

Med henblik på yderligere belysning af, hvorvidt PSA-screening bør anbefales, har man i Europa iværksat et stort randomiseret screeningsstudie. Resultaterne heraf afventes.

Generel screening for prostatacancer anbefales altså ikke aktuelt, men derimod anbefales årlig PSA-måling hos mænd i højrisikogruppe med to eller flere nære slægtninge (far/brødre) med prostatacancer. Derudover anbefales PSA-måling hos mænd med symptomer og/eller fund, der gør prostatacancer til en diagnostisk mulighed.

Jeg er enig i, at den ventetid, der fremgår af publikationen fra Sundhedsstyrelsen, som du nævner, er for lang. Som det fremgår af det åbne brev fra Dansk Urologisk Selskab, som du henviser til, så forværres den overordnede prognose for prostatapatienter ikke måleligt af ventetider op til flere måneder. Dette kan være årsagen til, at prostatapatienter vælger at tage imod et behandlingstilbud på eget sygehus, selvom dette betyder længere ventetid. Det ændrer dog ikke ved, at sygehusene skal overholde de maksimale ventetider enten ved selv at tilvejebringe et tilbud eller – hvis patienterne ønsker det – at finde et tilbud andetsteds, hvis sygehuset ikke selv kan overholde de maksimale ventetider.

I forhold til synspunktet om, at der bør tages hensyn til den store sociale og psykiske belastning, det er for lidt ældre patienter at skulle tage ophold i udlandet for at modtage strålebehandling, er jeg helt enig i, at det ikke er nogen ideel situation. Jeg er glad for, at der er udsigt til, at vi inden for en overskuelig tid vil få en væsentlig større strålebehandlingsskapacitet i Danmark, så vi kan behandle alle vore egne patienter selv.

I mellemtiden er det vigtigt, at det altid beror på en konkret lægefaglig vurdering af den enkelte patient, om han vil kunne tilbydes strålebehandling i udlandet eller skal have et tilbud om behandling i Danmark indenfor fristerne på fire uger. I den lægefaglige vurdering skal udover patientens fysiske tilstand også inddrages andre relevante faktorer, f.eks. af social karakter.

I forhold til jeres støtte til en national prostatacancer database, kan jeg i høj grad bekræfte, at jeg deler behandleres og patienters interesse i at få tilvejebragt et solidt datagrundlag for den fremtidige belysning af ikke blot prostatacancer, men også af cancer generelt. Det er min klare holdning, at det danske sundhedsvæsen skal styrkes blandt andet gennem en konstant forbedring, anvendelse og offentliggørelse af data på sundhedsområdet.

At sikre, at den danske kræftbehandling er af højeste standard kræver blandt andet en målrettet indsats inden for kræftforskningen. Indenrigs- og sundhedsministeriet udmeldte derfor i begyndelsen af november 2006 en pulje til styrkelse af infrastrukturen

for klinisk kræftforskning. Jeg antager, at den ansøgning du refererer til, retter sig til denne pulje.

Puljen på 88,5 mio. kr. er afsat med reference til rapporten 'Klinisk kræftforskning i Danmark' (KOF-rapporten) ([www.forsk.dk](http://www.forsk.dk)) og Kræftplan II ([www.sst.dk](http://www.sst.dk)) og er reserveret til styrkelse af grundlaget for den kliniske kræftforskning. Det er formålet med denne pulje at styrke kræftforskningen gennem eksempelvis udviklingen af databaser.

Der er indkommet i alt 89 ansøgninger til puljen. Indenrigs- og Sundhedsministeriet udmønter puljen i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Puljen vil blive udmøntet i dette forår.

Med venlig hilsen

Lars Løkke Rasmussen