

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

18. Boyle CA, Dobson AJ. The accuracy of hospital records and death certificates for acute myocardial infarction. *Aust N Z J Med* 1995;25:316-23.
19. Madsen M, Davidsen M, Rasmussen S et al. The validity of the diagnosis of acute myocardial infarction in routine statistics: a comparison of mortality and hospital discharge data with the Danish MONICA registry. *J Clin Epidemiol* 2003;56:124-30.
20. Osler M, Rostgaard K, Sorensen TI et al. The effect of recurrent events on register-based estimates of level and trends in incidence of acute myocardial infarction. *J Clin Epidemiol* 1999;52:595-600.
21. Beaglehole R. International trends in coronary heart disease mortality and incidence rates. *J Cardiovasc Risk* 1999;6:63-8.
22. Beaglehole R, Stewart AW, Jackson R et al. Declining rates of coronary heart disease in New Zealand and Australia, 1983-1993. *Am J Epidemiol* 1997;145:707-13.
23. Hammar N, Ahlbom A, Sandberg E et al. Time trends in the incidence of and mortality from acute myocardial infarction in Swedish women. *Epidemiology* 1996;7:654-5.
24. Linnarsjo A, Hammar N, Gustavsson A et al. Recent time trends in acute myocardial infarction in Stockholm, Sweden. *Int J Cardiol* 2000;76:17-21.
25. Salomaa V, Rosamond W, Mahonen M. Decreasing mortality from acute myocardial infarction: effect of incidence and prognosis. *J Cardiovasc Risk* 1999;6:69-75.
26. Rosen M, Alfredsson L, Hammar N et al. Attack rate, mortality and case fatality for acute myocardial infarction in Sweden during 1987-95. *J Intern Med* 2000;248:159-64.
27. Abildstrom SZ, Rasmussen S, Rosen M et al. Trends in incidence and case fatality rates of acute myocardial infarction in Denmark and Sweden. *Heart* 2003;89:507-11.
28. Myocardial infarction redefined – a consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction. *Eur Heart J* 2000;21:1502-13.
29. Abildstrom SZ, Rasmussen S, Madsen M. Significant decline in case fatality after acute myocardial infarction in Denmark – a population-based study from 1994 to 2001. *Scand Cardiovasc J* 2002;36:287-91.
30. Graven T, Kruger O, Bronstad G. Epidemiological consequences of introducing new biochemical markers for detection of acute myocardial infarction. *Scand Cardiovasc J* 2001;35:233-7.
31. Madsen M, Rasmussen S, Juel K. Akut myokardieinfarkt i Danmark: udvikling i incidens og prognose gennem 20 år i Danmark. *Ugeskr Læger* 2000;162:5918-23.
32. Hellermann JP, Reeder GS, Jacobsen SJ et al. Longitudinal trends in the severity of acute myocardial infarction: a population study in Olmsted County, Minnesota. *Am J Epidemiol* 2002;156:246-53.
33. Stamler J, Stamler R, Neaton JD et al. Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and noncardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women. *JAMA* 1999;282:2012-8.
34. Hopkins PN, Williams RR. A survey of 246 suggested coronary risk factors. *Atherosclerosis* 1981;40:1-52.
35. Lundvall O, Asplund K, Cohen D et al. Att Förebygga sjukdom i hjärta och kärl genom befolknings-riktade program - en systematisk litteraturoversikt. Rapport nr. 134. Stockholm SBU (Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik), 1997.
36. Ebrahim S, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
37. Pan XR, Li GW, Hu YH et al. Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care* 1997;20:537-44.
38. Jørgensen T, Borch-Johnsen K, Thomsen TF et al. A randomised non-pharmacological intervention study for prevention of ischaemic heart disease. *Eur J Cardiovasc Risk Rehab* 2003;10:377-86.
39. EUROASPIRE. A European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: principal results. EUROASPIRE Study Group. European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events. *Eur Heart J* 1997;18:1569-82.

Kræft – en folkesygdom?

Overlæge Hans Henrik Storm & professor Mikael Rørth

Kræftens Bekæmpelse, Forebyggelse og Dokumentation, og H:S Rigshospitalet, Finsencentret

Resumé

Kræft er den samlede betegnelse for en række definatorisk sjældne sygdomme. Men samlet udgør de et folkesundhedsproblem. En tredjedel af alle danskere får kræft, og en fjerdedel vil dø af sygdommen. Både incidens, mortalitet, overlevelse og prævalens stiger. Den stigende levealder, en svag forebyggelsesindsats og mulighed for kurativ behandling ligger bag udviklingen. Det umiddelbart pessimistiske billede dækker over flere succeser. Cervixcancerforekomsten falder som følge af screening, og lungecancerforekomsten blandt mænd falder som følge af et mindre tobaksforbrug. Der er dog langt til, at den mulige forebyggelse, der er vist i kræftplanen, nås. Ny diagnostik og behandling, styrket primær og sekundær forebyggelse efter internationale retningslinjer, valide data til opfølgning og forbedret palliation og rehabilitering er udfordringerne for den nationale kræftplan.

Antallet af kræftsyrge er steget i hele den periode, vi har haft landsdækkende registrering af kræft i Danmark. I 1943 regi-

strerede Cancerregisteret 9.500 nye tilfælde og i 1999 31.500. I dag rammes en tredjedel af alle danskere af kræft – flere, hvis almindelig hudkræft medtages [1]. Med stigende middellevetid vil dette tal øges i fremtiden. Dødeligheden af kræft stiger først og fremmest som konsekvens af den stigende forekomst, og forbedret behandling kan endnu ikke ændre den tendens. Antages middellevetiden at nærme sig 79 år, vil mere end hver fjerde dansker dø med kræft som dødsårsag. Samlet set er kræft i dag således en folkesygdom. Der er alt for mange, der får kræft, og alt for mange, der dør af deres kræftsygdom. Mange danskere lever med en kræftsygdom – dvs. er i behandling eller observeres efter behandling, ofte med bevidstheden om at have haft en livstruende sygdom, som kan komme igen - den symptomfri kræftpatient [2]. Lidt over 200.000 danskere var pr. 1. januar 2000 i den situation – registreret som prævalente cancertilfælde.

Status for kræftsygdommene

Kræft er flere meget forskellige sygdomme med egne karakteristika, risikofaktorer, symptomer og behandlinger. De fleste opfylder den internationale definition af »sjældnen sygdom« med under fem nye tilfælde pr. 100.000 pr. år. I Danmark ud-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

Tabel 1A. De ti hyppigste kræftformer i Danmark 1999, mænd.

Danmark (1999) Mænd	Ny	Død	ASR	Præval	CUM-75	5 yr RSR %
Alle ekskl. non-melanom						
hudkræft	12.121	7.675	547,17	52.490	28,04	39
Hudkræft, non-melanom	2.753	26	125,59	26.761	6,90	100
Prostatakræft	1.760	1.033	86,62	6.358	3,95	43
Lungekræft	1.915	1.948	85,31	2.448	5,63	7
Blærekræft etc.	1.417	492	65,42	9.150	3,77	69
Colonkræft	1.015	667	47,96	5.117	2,48	45
Rectumkræft	732	346	33,17	3.410	2,01	43
Hudkræft, melanom	432	126	18,00	4.101	1,21	81
Kræft i hjerne og nervesystem	406	211	16,76	3.184	1,17	44
Non-Hodgkins lymfom	379	213	16,39	2.286	1,05	47
Pancreaskræft	337	363	15,24	193	0,93	4
Ventrikelkræft	326	230	14,66	773	0,90	13

Antal nye tilfælde (Ny); dødsfald (Død); aldersstandardiseret incidens (Nordisk Standard) (ASR); prævalens 31. december 1999 (Præval); kumulativ risiko til 75-års-alder (CUM-75); relativ femårsoverlevelse (5 yr RSR).

Tabel 1B. De ti hyppigste kræftformer i Danmark 1999, kvinder.

Danmark (1999) Kvinder	Ny	Død	ASR	Præval	CUM-75	5 yr RSR %
Alle ekskl. non-melanom						
hudkræft	13.468	7.719	478,88	93.430	34,36	51
Brystkræft	3.768	1.353	135,76	36.924	11,13	77
Hud, non-melanom	2.796	21	98,05	30.430	7,60	100
Lungekræft	1.460	1.428	52,29	1.930	5,02	7
Colonkræft	1.160	798	40,09	7.401	3,28	49
Ovariekræft etc.	619	446	22,36	3.810	2,06	32
Kræft i uterus, corpus	604	133	21,70	8.959	2,08	81
Rectumkræft	593	291	20,76	3.173	1,87	48
Hudkræft, melanom	546	93	19,55	7.282	1,56	91
Kræft i hjerne og nervesystem	480	171	17,31	4.323	1,47	59
Blærekræft etc.	490	199	17,16	3.218	1,53	63
Kræft i uterus, cervix	427	191	15,54	10.171	1,29	67

Antal nye tilfælde (Ny); dødsfald (Død); aldersstandardiseret incidens (Nordisk Standard) (ASR); prævalens 31. december 1999 (Præval); kumulativ risiko til 75-års-alder (CUM-75); relativ femårsoverlevelse (5 yr RSR).

gør de ti hyppigste kræftformer (eksklusive almindelig hudkræft) 70% af alle, og de fem hyppigste over halvdelen af tilfældene. Blandt kvinder er brystkræft hyppigst forekommende med 3.800 tilfælde (28%) fulgt af lungekræft, og hos mænd er lungekræft hyppigst med 1.915 tilfælde (16%), fulgt af prostata- og blærekræft. Kolorektalcancer er blandt top-5 hos begge køn og udgør 13-14% af al kræftsygdom.

Et overblik over kræftsygdommene kræver en samtidig vurdering af incidens, mortalitet, prævalens og overlevelse samt livstidsrisiko (beregnet som kumuleret incidens til f.eks. 75-års-alderen). Det ny program NORDCAN [1] giver mulighed for at tabulere data fra 1970. En analyse af overlevelsen blev publiceret for to år siden [3], og prævalensen blev publiceret i Cancerregisterets seneste komplette publikation [4]. De ti hyppigste kræftformer for mænd ses i **Tabel 1A** og for kvinder i **Tabel 1B**.

God overlevelse er kombineret med en høj prævalens. Brystkræft har med en stadigt stigende femårsoverlevelse (i 1991-1995 på 77%), næsten 37.000 prævalente tilfælde - hvoraf 4.000 er nydiagnosticerede og i aktiv behandling. Livstidsrisikoen for at få

brystkræft er høj, 11%, når man bruger rater til 79-års-alderen, der i dag er middellevetiden for danske kvinder. Brystkræftpatienter i tidligt stadie har bedst prognose, og en mulighed for at øge den andel er indførelse af screening for brystkræft.

Lungekræft, der bortset fra nonmelanom hudkræft, er den hyppigst forekommende kræftform blandt mænd og næsthypigste blandt kvinder, har en dårlig prognose. Trods en betydelig lavere incidens end brystkræft er lungekræft med 1.428 dødsfald den største kræftdødsårsag blandt kvinder. Forsøg med screening af nuværende som tidligere storrygere må vise, om den dårlige prognose selv i tidlige stadier kan forbedres. Forebyggelse af tobaksrygning vil altid være mest effektiv mod denne sygdom.

Kolorektalcancer er hyppigt forekommende uanset køn. Der er næsten 2.000 nye tilfælde og lidt over 1.000 dødsfald årligt blandt mænd og lidt færre blandt kvinder. Femårsoverlevelsen er på mellem 43% og 49%. U hensigtsmæssig organisering af den kirurgiske behandling og uddannelsen af kirurger er for nylig blevet kommenteret [5]. Befolkningsbaseret screening som forsøg i to amter er anbefalet i den nationale kræftplan, men er fire år efter planens offentliggørelse endnu ikke etableret.

Forekomsten af malignt melanom stiger blandt både mænd og kvinder, men femårsoverlevelsen er god, mellem 81% og 91%. Prævalensen er på over 11.000 personer. Over 200 danskere dør hvert år af malignt melanom. Den primære forebyggelse at begrænse udsættelsen for UV-stråling er vigtig for denne sygdom.

Prostatacancer er med over 1.700 årlige tilfælde og lidt over 1.000 dødsfald den hyppigste kønsspecifikke cancer. Livstidsrisikoen er moderat (ca. 4%) op til 75-års-alderen (som er mænds middellevetid). Prostatacancer har lavere incidens i Danmark end i de øvrige nordiske lande, mens dødeligheden stort set er ens. Den relative femårsoverlevelse er derimod næste 30 procentpoint lavere end i vore nabolande. Det forklares som en konsekvens af aggressiv diagnostik af tidlige cancere med prostata-specifikt antigen (PSA) i vore nabolande. Spørgsmålet er, om man i Danmark her giver en bedre »behandling« (*watchful waiting*) end i de øvrige lande. Svaret kommer nok om ca. fem år, når de store randomiserede undersøgelsesprogrammer, hvor man sammenligner *watchful waiting* og radikal kirurgi efter screening med PSA, bliver færdige.

Cancer i ovarier, corpus og cervix uteri har næsten samme forekomst. Men udviklingen og risikofaktorerne er meget forskellige. Hormonelle faktorer ligger muligvis bag corpus- og ovariecancer, mens infektiøse faktorer (HPV) og tobaksrygning ligger bag cervixcancerne. Vi har screenet for og behandlet forstadier til cervixcancer siden 1960'erne, og incidensen er faldet markant siden 1970'ernes begyndelse (**Figur 1**), men vi har stadig EU's højeste mortalitet. Det er i øvrigt bemærkelsesværdigt, at Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende denne screening ikke følges i alle amter [6]. De øvrige gynækologiske cancere har et stort set uændret incidensniveau i perioden.

Udviklingen i incidens og mortalitet afspejler resultatet af de risikofaktorer, der findes i befolkningen, i tillæg til den sti-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

gende alder og vores mulighed for at give en effektiv behandling. Brystkræft er et godt eksempel på, at man bør tolke udviklingen i flere mål samtidig. Incidensen stiger nærmest lineært, mens mortaliteten siden 1970'erne har været helt stabil – måske med antydning af et fald sidst i observationsperioden. Samtidig er femårsoverlevelsen steget fra 62% i starten af 1980'erne til 77% i dag [3]. Først i starten og midten af 1990'erne er der påbegyndt screening i hhv. København, Frederiksberg og på Fyn [6], svarende til 18% af den relevante aldersgruppe. Det kan endnu ikke måles i ændringer i dødeligheden af sygdommen, så forbedringen i overlevelsen må tilskrives bedre behandling og diagnostik (Figur 2).

Den geografiske fordeling varierer og er med til at pege på både socioøkonomiske forskelle og potentialer for forebyggelse. Et godt eksempel er lungekræft blandt kvinder, hvor man i Danmark har en af de højeste forekomster i verden. Den nordiske sammenligning giver i sig selv nogle klare signaler (Figur 3).

Den primære kræftforebyggelse halter bagefter i forhold til den viden, vi i dag har om påvirkelige risikofaktorer [7]. Forebyggelsen er nævnt i den nationale kræftplan, men der er ikke sat fokus på området, hvilket kan undre. Det er muligt at forebygge over 13.000 af de årligt forekommende nye kræfttilfælde, eller næsten 40%. Det må antages, at en betydelig andel af de sidste 60% også må have årsager, der kan påvirkes.

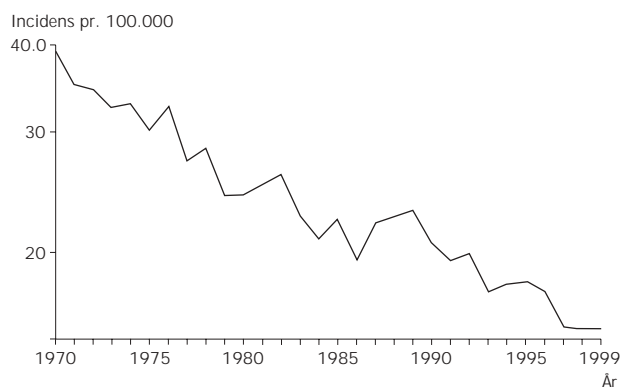
Den sekundære forebyggelse halter også. Kun for livmoderhalskræft lever vi i dag op til kræftplanens anbefalinger, og vi sidder både WHO's og EU's anbefalinger vedrørende screening for bryst- og tyktarmskræft overhørigt. Vi kan i høj grad lære af andre EU-lande [6].

Status og udviklingstendenser vedrørende kræftbehandling

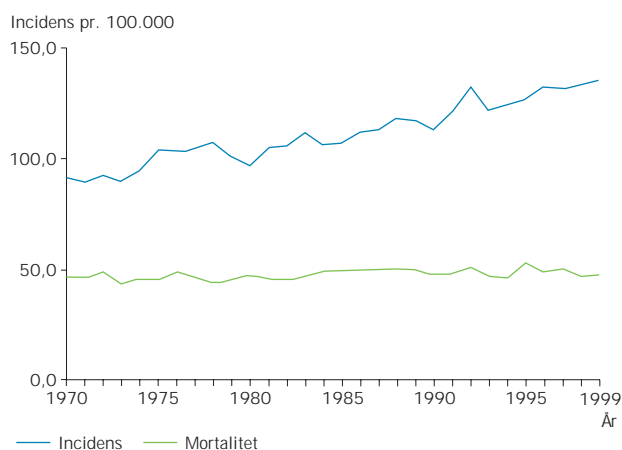
Fra diagnostiske undersøgelser og forløb kan det konkluderes, at kun en tredjedel af alle kræftpatienter har lokaliseret sygdom på diagnosetidspunktet med mulighed for at opnå sygdomsfrihed ved lokalbehandling. En udbygget anvendelse af nyere billediagnostik såsom spiral-CT, moderne MR-skanninger og PET samt en forbedring af teknologien vil betyde, at vi bedre kan bestemme, hvilke patienter der har lokal sygdom, og hvilke der ikke har det.

Lokalbehandling er kirurgi og strålebehandling. Kirurgisk er udviklingen præget af nye teknikker, accelererede patientforløb, kikkertkirurgi med videre. Robotkirurgi vil utvivlsomt snart komme til at spille en rolle. Kvalitetskontrol med oprettelse af databaser og organisering, så den enkelte kirurg opnår større erfaring med specifikke kræftsygdomme, vil få væsentlig betydning.

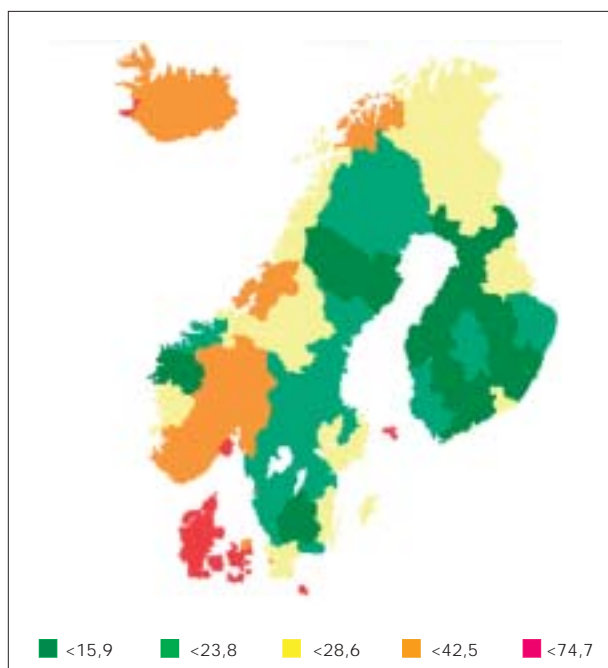
Strålebehandling gives med kurativt sigte til hoved-hals-tumorer, visse urologiske tumorer og gynækologiske tumorer. Moderne stråleteknologi og databehandling gør det muligt at planlægge strålebehandling bedre i tre dimensioner, og variere dosis under selve strålebehandlingen *intensity modulated radiotherapy* (IMRT). Stereotaktisk præcisionsstrålebehandling er under evaluering. Der gives nu flere fraktioner på kortere tid, og der kombineres med *radiosensitisers* for at opnå en større effekt.



Figur 1. Aldersstandardiseret cervixcancerincidens (Nordisk Standard) pr. 100.000 i Danmark 1970-1999.



Figur 2. Aldersstandardiseret brystkræftincidens og mortalitet pr. 100.000 i Danmark 1970-1999.



Figur 3. Lungekræftincidens (aldersstandardiseret Nordisk Standard) pr. 100.000 for kvinder i 1999 i amter i de nordiske lande.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

Alt dette betyder mere præcis strålebehandling, så vitale organer lider mindre skade, og betydelig øget tumordræbende dosis. Den højteknologiske udvikling fortsætter, og det sammen med håndtering af store datamængder og tværfaglig indsats nødvendiggør en betydelig grad af centralisering.

Palliativ strålebehandling anvendes til smertelindring – f.eks. ved knoglemetastaser, til tumorsvind for at skabe pas-sage, til standsning af blødning og sekretion med mere. Den palliative strålebehandling bør optimeres, så der er kort ventetid af hensyn til symptomhavende cancerpatienter, specielt set i lyset af den korte behandlingstid, der er nødvendig.

Systemisk cancerbehandling har overvejende bestået af cytostatisk behandling med betydelige bivirkninger og begrænset effektivitet. Det har derfor kun været et relativt beskedent antal kræftsygdomme, hvor patienterne havde stor gavn af behandlingen. Dette billede er ændret betydeligt gennem de senere år. Kontrol af bivirkninger betyder, at svagere patienter langt bedre tåler behandlingen, og nye behandlingsregimener og stoffer med aktivitet over for andre kræftsygdomme er kommet til. I dag er praktisk taget alle patienter med dissemineret kræftsygdom i god almentilstand kandidater til en eller anden form for systemisk behandling. Det er dog fortsat kun relativt få sygdomme, hvor systemisk behandling giver længere sygdomsfri tilstande eller »helbredelse«. Det ses overvejende hos yngre med leukæmi, lymfomer, germinative tumorer og enkelte andre. Den systemiske behandling anvendes hyppigere som adjuverende behandling, dvs. til lokalt behandlede patienter, hvor risikoen for tilbagefald vides at være stor. Adjuverende behandling er indiceret hos store grupper af patienter med tyktarmskræft, brystkræft, æggestokkræft og enkelte andre. Endelig skal det nævnes, at systemisk behandling i tiltagende grad bruges samtidig med strålebehandling (konkomitant behandling) for at opnå større tumorcelledrab bl.a. på mulige mikroskopiske metastaser.

Vores detaljerede tumorbiologiske viden fører til en spændende udvikling. Antistoffer mod vækstfaktorreceptorer med klar livstidsforlængende effekt findes både til lymfomer og brystcancer (hhv. rituximab (Mabthera)) og trastuzumab (Herceptin)). Tyrosinkinasehæmmere med meget specifik effekt som stoffet imatinib (Gleevec) har udtalt antineoplastisk effekt ved kronisk myeloid leukæmi og GIST, uden voldsomme bivirkninger. Stoffer, der hæmmer karindvækst i tumorerne – såkaldte antiangiogenetiske faktorer – er for nylig vist at have effekt ved metastaserende coloncancer, og forlænger den mediane overlevelse med ca. seks måneder. Proteolysehæmning, der hindrer invasion, kan forventes også at få betydning for kræftbehandlingen.

Kræfttumorenes heterogenitet og den udprægede lighed med normale celler gør udviklingen af behandling vanskelig. Man må sikre ordentlig klinisk, videnskabelig afprøvning af nye behandlingsprincipper for at måle effekt, beskrive bivirkninger og sikre, at man ikke gør mere skade end gavn.

I takt med at flere patienter overlever eller lever med kræftsygdomme, er rehabilitering af kræftframte påtræn-

gende. Det handler om aktivering allerede i forbindelse med behandlingen og om sociale, psykologiske og praktiske foranstaltninger, der skal hjælpe patienterne tilbage til et aktivt liv. Området har fået fortjent fokus i de senere år, og det er ønskværdigt, at erfaringerne samles og hurtigt bliver omsat til handling til gavn for den enkelte patients hverdag.

Uanset fremskridt i behandlingsresultaterne vil lindrende indsats og terminal pleje fortsat være et stort klinisk område. Palliativ medicin er blevet udviklet hastigt inden for de seneste 10-20 år, med hospicer og palliative team, men det bør styrkes yderligere. Ud over symptomlindring og behandling af fysiske problemer indebærer det en psykosocial indsats og omsorg fra professionelle og pårørende, så livet får indhold og mening, uanset hvor begrænset det må være.

Samfundsmæssige og individuelle konsekvenser

Kræftbehandling har både store samfundsmæssige og personlige konsekvenser. I Ugeskriftets temanumre om onkologi i 2002 (Ugeskr Læger 164; nr. 22 & 23) blev både sygdomme og deres konsekvenser i detaljer gennemgået. Resurseforbruget for den enkelte patient er stort – næsten 90.000 kr. det første år, og herefter mellem 15.000 kr. og 30.000 kr. [8] resten af livet. Dertil skal lægges de individuelle og samfundsmæssige tab ved manglende arbejdsindtægter og evt. overførselsindkomster til de kræftframte familier, hvis det er forsørgeren, der bliver syg.

Udfordringer

En stor udfordring er at fastholde og udvikle den nationale kræftplan. Meget er nået i planens første år. Den medicinske kræftbehandling er forbedret, og de behandlinger, der blev peget på, er indført. Det diagnostiske apparatur er blevet forbedret og udbygget, men måske ikke fordelt hensigtsmæssigt, så flest kræftpatienter får gavn af det. Organiseringen af kirurgien, behandlingen for mere end halvdelen af kræftpatienterne, styrkes gennem funktionsbærende enheder og uddannelse af kirurger i nye teknikker. Kan disse fremskridt så måles? I de etablerede kvalitetsdatabaser, der indeholder klinisk relevant information, kan umiddelbare konsekvenser aflæses i form af brug af metoder, medicin, komplikationer, liggetider og kort overlevelse. Men de store linjer kan ikke vurderes i dag. De centrale nationale registre – her specielt Dødsårsagsregisteret og Cancerregisteret – har kun komplette data til og med hhv. år 2000 og 1999. Der er håb om forbedring ved indrapportering via Landspatient- og Patologiregisteret og på længere sigt de elektroniske patientjournaler. Men de nye rapporteringsformers validitet og kvalitet er ukendt. Det vil kræve en massiv indsats og samarbejde mellem de behandlende og de registrerende instanser at sikre, at datagrundlaget for vurdering af kræftplanen er i orden.

Kommunikation og patientforløb

Flere og flere opgaver lægges i primærsektoren, både ved diagnosen og i efterforløbet. Det er vigtigt, at patienterne ikke føler sig som kassebolde, men får den omsorg, der er brug for i

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

alle livets faser som kræftpatient eller kræftframt familie. Det gode patientforløb skal sikres, og god kommunikation mellem sektorerne er et kardinalpunkt. Er der teknisk mulighed for hurtig diagnostik af evt. kræftsygdom, så skal der være plads og råd til det. Der skal styr på ventetiderne – så tiden kan bruges til f.eks. forberedelse. Det gælder også de skjulte ventetider under behandlingen – til nye undersøgelser, revurderinger etc. Merprisen ved at indbygge lidt »luft« i systemet er lille i forhold til den menneskelige omkostning ved at vente og de summer, der bruges til udokumenterede behandlinger.

Uddannelse, forskning og kvalitet

Kvalitet i forebyggelse, behandling, palliation og rehabilitering kræver, at viden opdateres og øges på alle felter. Uddannelse og forskning hænger naturligt sammen, også i primærsektoren. Om det, der betegnes som en folkesygdom, er der først i 2004 udgivet en lærebog på dansk, der dækker fra forebyggelse til palliation [9]. Efteruddannelse foregår frivilligt. Lægernes Uddannelses Forening arrangerer et ugelangt cancerkursus. Et godt initiativ, men langt fra nok, hvis vi skal have bedre resultater. Alle læger burde med mellemrum få tid til at opdatere deres viden og vise resultatet, f.eks. gennem små prøver. I andre lande har man indført noget sådant, og skade kan det ikke. Industrien hjælper med forskning og efteruddannelse, men det har en pris. Den samme pris betales, når private foreninger som Kræftens Bekæmpelse skal støtte størstedelen af den »offentlige« danske kræftforskning og varetage andre centrale opgaver. Der bør være et større samfundsengagement, så der kommer en fornuftig balance.

Udjævning af regionale forskelle – nye tilbud

Lighed – dvs. ens tilbud og de bedste, til alle danskere, uanset hvor man nu tilfældigvis bor – bør etableres snarest. Sundhedsstyrelsen må sikre, at de nationale anbefalinger, der er etableret på basis af evidens, følges, selv om det kan kræve en større stab af fagkyndige. Der er brug for en kompetent, national, faglig tung styring til glæde for patienterne.

Korrespondance: *Hans H. Storm*, Forebyggelse og Dokumentation, Kræftens Bekæmpelse, Strandboulevarden 49, DK-2100 København Ø.
E-mail: hans@cancer.dk

Antaget: 5. marts 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Storm HH, Engholm G, Ferlay J and the Nordic Cancer Registries. NORDCAN version 2.0, 2003, <http://www.ncu.cancer.dk/ancr/nordcan.shtml/> februar 2004.
2. Schmidt VM, Davidsen-Nielsen M. Patientstøtte med fokus på livet. Ugeskr Læger 2002;164:3001-4.
3. Storm HH, Engholm G. Relativ overlevelse for danske kræftpatienter diagnosticeret 1981 til 1997 og fulgt til år 2001. Ugeskr Læger 2002;164:2855-64.
4. Sundhedsstyrelsen. Cancerincidens i Danmark 1999. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.
5. Laurberg S. Cancer rectibehandlingen i Danmark – hvordan gør vi det bedre? Ugeskr Læger 2004;166:349.
6. Lynge E. Screening for kræftsygdomme, international viden og dansk praksis. Ugeskr Læger 2002;164:2897-901.
7. Storm HH, Olsen J. Forebyggelse af kræftssygdomme – hvad gør vi i Danmark og hvad kan vi opnå? Ugeskr Læger 2002;164:2876-81.
8. Gundgaard J, Nielsen JN, Olsen J et al. Omkostninger ved kræftforløb. Ugeskr Læger 2002;164:2882-5.
9. Ringborg U, Henriksson R, Friberg S, eds. Kræftsygdomme, onkologi. København: FADL's Forlag, 2004.

Muskel- og skeletlidelser

Overlæge Fin Biering-Sørensen & cand.psych. Mette Kjølner

H:S Rigshospitalet, Klinik for Para- og Tetraplegi, Neurocentret, og Statens Institut for Folkesundhed, København

Muskel- og skeletlidelser omfatter såvel egentlig diagnostice-rede muskel- og skeletsygdomme som mere uspecifikt besvær i form af smerter, gener, ømhed, stivhed eller ubehag oplevet som stammende fra bevægeapparatet. Muskel- og skeletsygdomme kan inddeles i:

- Inflammatoriske, reumatiske sygdomme, der omfatter leddegigt, myoser og betændelsestilstande i seneskeder, ledkapselhinder og slimsække.
- Artrose, der omfatter slidgigt i alle led undtagen ryggen.
- Rygsygdomme, der omfatter ondt i ryggen, diskusprolaps, lumbago/myoser i ryggen, skæv ryg og slidgigt i ryggen.

- Øvrige muskel- og skeletsygdomme, der f.eks. omfatter uspecificeret gigt, knogleskørhed og sygdomme i brusk-skiver og ledbrusk (undtagen i ryggen).

I denne statusartikel vil vi give en kort oversigt over forekomsten og konsekvenserne af muskel- og skeletlidelser i Danmark samt pege på udvalgte risikoindikatorer, der synes at kunne få særlig betydning i de kommende år.

Udfordringer for muskel- og skeletlidelser

- Arbejdsrelaterede forhold
- Fysisk inaktivitet
- Sport
- Overvægt
- Øget andel af ældre i befolkningen