International Lungekræftdag tirsdag den 20. november kl. 10.00 – 16.00, IDA Ingeniørernes Hus, Kalvebod Brygge, København.

Formand Lisbeth Søbæk Hansen bød velkommen til de 120 fremmødte og takkede oplægsholderne, moderator Cecilie Beck og vores ambassadør Julie Christiansen for deltagelsen. Hun fortalte foreningens historie og virke, blandt andet vores deltagelse i udvalg og råd i både indland og udland, vores egne aktiviteter som generalforsamlingen, det årlige møde på Christiansborg, International Lungekræftdag, Folkemødet på Bornholm samt vores åbne møder. Hun gav derefter ordet til moderator Cecilie Beck.

Cecilie Beck takkede for ordet. Formiddagen skulle handle om ”Tidlig opsporing”, og om eftermiddagen handlede debatten om ”det gode liv.”

**Vores ambassadør, skuespiller Julie Christiansen, fortalte sin historie.** Hvordan hendes sunde, aktive, ikke-ryger mor havde skrantet og ingen havde tænkt på, at det kunne være lungekræft, fordi symptomerne var så diffuse, og alt forsent fik hun diagnosen. Men kræften havde spredt sig. Hun fik stråler og immunterapi, men overlevede kun 5 måneder. Julie kontaktede foreningen og tilbød at hjælpe med at gøre opmærksom på sygdommen og foreningen, da hun i kraft af sit job som skuespiller ofte bliver interviewet. Det er vi meget taknemmelige for.

**Jesper Holst Pedersen, overlæge Rigshospitalet, gav et historisk overblik over udviklingen af tidlig opsporing af lungekræft.**

Han fortalte, at i England i 1970’erne var det kun 34% af akutte tilfælde af lungekræft, der blev opdaget. At lungekræft ofte først giver symptomer, når det er så fremskredent, at det kan være for sent. Jo tidligere det opdages, desto bedre overlevelse. I dag ved man, at røntgen ikke er velegnet til tidlig opsporing, men derimod at CT eller MR er. Han fortalte også, at man i Japan i 1998 havde screenet udsatte dele af befolkningen, man havde oprettet mobile klinikker i busser med lavdosis CT-scannere med gode resultater af tidlig opsporing. Han nævnte, at der var sket en fantastisk udvikling siden 1990’erne, både med behandling og diagnosticering. Noget af det nyeste under udvikling er, at det er påvist, at hunde kan lave opsporing, da deres lugtesans er mange gange bedre end menneskets. Også blodprøver vil kunne påvise lungekræft. Der blev spurgt om CT er metoden til screening - svaret var ja. Der blev i den forbindelse henvist til Silkeborg-projektet med let adgang til screening og sagde, at man skal give alle de praktiserende læger samme lette adgang til henvisning til CT-scanning af personer med mistanke om lungekræft, så vi kan komme i gang med tidlig opsporing.

**Zaigham Saghir, læge Gentofte Hospital: Er systematisk screening vejen frem i forhold til tidlig opsporing?**

Zaigham henviste til forskellige studier af systematisk screening, som alle havde vist gode resultater, og igen vist, at jo tidligere opsporing, desto bedre overlevelse. Dog havde deltagerantallet været for lille til at man kunne bruge det videnskabeligt. Men det længe ventede og meget omtalte NELSON-studie var nu publiceret. Det skete på den internationale lungekræftkongres WCLC i Toronto i september. Zaigham var meget begejstret og omtalte det som et guldæg. Han fortalte, at knap 16.000 personer havde deltaget. Halvdelen var blevet tilbudt screening og den anden halvdel ingenting. Opfølgningsperioden var mindst 10 år. Resultatet viste, at for mænd var der 26% færre dødsfald efter 10 år, og for kvinder var der større gevinst end de 26%. Der har i mange år været ønske om screening af de udsatte grupper, men rent politisk har man ikke ønsket det. Med NELSON-studiet i hånden er det indlysende, at der skal indføres screening for lungekræft i Danmark nu. Der var stor enighed fra salen. Der blev nævnt, hvilke mindre gode virkninger der kunne være ved systematisk screening. Det var stråledosis, som dog ikke er voldsom, overdiagnosticering, psykosociale konsekvenser, som primært er forbigående, og falsk positive, som giver bekymring og unødige procedurer.

Hvor står vi nu i Danmark efter NELSON? Der skal nedsættes en national screeningsgruppe, der skal udarbejdes et kommissorium, som skal indarbejdes i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse, Sundhedsstyrelsen skal ansøges, og så skal der gives et politisk ok, samt en bevilling der rækker. Man kan danne regionale screeningscentre og busser med klinik og screeningsudstyr, ligesom Tuberkulosebusserne i gamle dage. Nu skal vi i gang.

**Næste taler var Christoffer Buster Reinhardt (K), formand for Region Hovedstadens Sundhedsudvalg. Hvor kan man regionalpolitisk sætte ind i forhold til tidlig opsporing af lungekræft?**

Christoffer sagde, at kræftpakkerne skal overholdes. Kræft er en stor psykisk belastning for både patient og pårørende. Han havde selv et nært familiemedlem, der blev ramt af kræft, men opdaget for sent, da man bare troede, at det var almindelig træthed. Han gik ind for, at praktiserende læger skulle rustes bedre til at sikre tidlig opsporing, da det jo gavner både behandling og overlevelse. 90% af lungekræfttilfældende skyldes rygning, men man kan ikke udstede et for forbud for voksne mennesker om ikke at ryge, folk har lov til at opføre sig dumt. Men rygeforbud på arbejdspladser, skoler og uddannelsesinstitutioner er fint. Børn skal ikke begynde at ryge. Kun 10 % af kommunerne har indført røgfri skoletid, flere ønskes.

**Debat om ”Tidlig opsporing” med Jesper Holst, Zaigham Saghir og Christoffer Buster Reinhardt.**

Der blev talt om, at praktiserende læger skal være mere opmærksomme på symptomerne, og at patienterne ofte har en barriere, når de skal vurdere egne symptomer, også med baggrund i stigmatisering. Silkeborgforsøget viser tydeligt, at let adgang til CT-scanning giver så gode resultater, at et screeningsprogram skal indføres. Fra salen blev det nævnt, at i Knæk Cancer-ugen negligerer både medier og Kræftens Bekæmpelse lungekræft. Der blev talt om, hvem der skal screenes, og det skal fastlægges, hvilke kriterier der skal ligge til grund. Men der var konsensus om, også fra salen, at tidlig opsporing ved hjælp af screening, skal sættes i gang nu.

**Gitte Persson, overlæge Herlev Hospital, talte om, i hvilken går udviklingen i behandlingsmuligheder for lungekræftpatienter?**

Lungekræft er den hyppigste årsag til dødsfald af kræft i Danmark og verden, 4.600 nye tilfælde i Danmark hvert år og 1,8 mio. i verden. Den primære årsag er tobak, og sygdommen er hyppigst blandt ældre fra omkring 70 år. Det er vigtigt med tidlig diagnosticering, da 60% af tilfældene findes i stadie IV med spredning. Der er mange nye behandlingsmuligheder, blandt andet kombinationer af kemo og stråler eller immunterapi og eventuelt operation, som giver en bedre effekt og begrænser sygdommen og tilbagefald. Nye behandlingsmuligheder er individuelle og utroligt komplekse, der skal mange flere specialer ind over. Immunterapi kan give autoimmune bivirkninger, og det kan være meget svært at skelne autoimmune og almindelige sygdomme fra hinanden. Et stort ønske er at få et samlet thorax-onkologisk center, så man har samlet specialerne til stor fordel for alle. Hun sagde, at det er fantastisk, at vi nu kommer til at screene. Vi skal huske, at det kommer til at betyde, at vi kommer til at mangle endnu flere radiologer end vi allerede gør. Vi skal have uddannet nogen personer til at lave beskrivelser af billederne. I øjeblikket sendes der billeder til udlandet for at få lavet beskrivelser. Det er et generelt skandinavisk problem.

**Morten Quist, fysioterapeut Rigshospitalet, talte om, hvordan fysisk aktivitet kan støtte og underbygge lungekræftbehandling.**

Når man spørger lungekræftpatienter, hvad det værste de kan forestille sig er, så svarer de, at det er at tabe sin uafhængighed. Dernæst at henligge som en grøntsag.

Kræftpatienter er generelt mere angst og depressive end andre sygdomsgrupper, det er ekstra udtalt for lungekræftpatienter. Hvis man ingenting gør fysisk, bliver alt hurtigt svært, så det er vigtigt at være aktiv. Ved test har det vist sig, at de patienter der kan gå 400 m eller over på 6 minutter, klarer sig bedre end dem, der går under 400 m på 6 minutter. Man taber evnen til at gøre det, man plejer, men forbedret kondition kan afhjælpe det. Hos patienter som ikke kan opereres og er uhelbredelige, viser det sig, at træning reducerer angst og depression. Vi så en lille film med patienternes glæde og tilfredshed over deres træning.

**Svend Aage Madsen, formand for Forum for Mænds Sundhed. Hvordan sikrer vi, at vi får patienterne igennem behandling som hele mennesker?**

Svend Aage fortalte, at 1% flere mænd end kvinder får lungekræft, men mændene har 20% større dødelighed. Ser man på alle former for kræft, har mænd 28% større dødelighed. Fra 2009-2015 er mænds overdødelighed steget fra 37% til 39%. Ved diabetes er kvinders tal forbedret med 25% og mænds med 0%. Af alle sygdomme dør mænd hyppigere. Hvorfor? Mænd er mere optimistiske i forhold til deres tilstand – det går jo meget godt. Mænd ved mindre om symptomer, mandeblade har ingen sygdomshistorier i modsætning til kvinders. Mænd bestiller ikke tid hos lægen, det er oftest konen, der gør det for manden. Mænd synes også, at der er for lidt tid til at tale med lægen, når de endelig er der, men vil gerne indkaldes, som hos tandlægen, da det virker. Mænd og kvinder har forskellige strategier i forbindelse med sygdom. Mænd søger selvbestemmelse, kvinder søger nærhed med andre, mænd beskæftiger sig med ting udenfor sygdom og behandling, kvinder er mere kritiske med behandling og det, der foregår i sundhedsvæsenet. WHO opfordrer til mere opmærksomhed på mænd.

**Marléne Elisabeth Spielmann, specialkonsulent Kræftens Bekæmpelse, fortalte, hvordan Kræftens Bekæmpelse støtter lungekræftpatienter efter endt kræftbehandling.**

Kræftens Bekæmpelse har kræftrådgivninger over hele landet, heraf 12 store afdelinger tæt på de store hospitaler. Der er mange lokale rådgivningstilbud og 80.000 kontakter om året, heraf 11.000 fra lungekræftpatienter. Der er samtalegrupper, individuelle samtaler, familierådgivning, netværksgrupper, specielle grupper for mænd og bisiddere ved behov. Der er udviklet en ny app. Sammenholdet, som hjælper med opgavefordelingen i en kræftramt familie og omgangskreds. Kræftens Bekæmpelse har 47.000 frivillige.

**Debat om det gode liv med Gitte Persson, Morten Quist, Svend Aage Madsen og Marléne E. Spielmann.**

Hvis man kan lade sygdommen blive på hospitalet, billedligt talt, når man går ud i hverdagen, så er man mindre tynget af angst og tristhed. Håndtering af angst er meget forskelligt fra person til person. Det er godt, hvis man kan have et fælles blik på patient og pårørende og eventuelt have en mentor. Patienterne, når de får diagnose, oplever trods alt, at man ikke lige dør, selvom der en myte om, at kræft er en dødsdom. Den erfaring kan også hjælpe de pårørende. Brug endelig ikke den sædvanlige ”krigerretorik”, der er så mange, som ikke har kræfter. Det er ønskeligt at give patienter en patientansvarlig læge, som kender dem og deres historik. Hospitalerne gør sig umage for især at give de særligt sårbare patienter en patientansvarlig læge. Rehabilitering er meget vigtig, og fællesskaber af enhver art ligeså. Vi skal passe på ikke at institutionalisere, der er også et privat og mentalt ansvar.

**Cecilie Beck rundede dagen af og sagde – hvad tager vi med os hjem?**

Cecilie konkluderede kort: Vi har vedtaget et screeningsprogram. Der er store fremskridt i behandlingen. Vi har lært, at det mentale er lige så vigtigt som det fysiske. Vi har pligt til at gribe hinanden.

**Lisbeth sagde tak for i dag**, en stor tak til oplægsholderne og moderator, som havde bundet dagen så godt sammen og ledt debatterne, og en speciel tak til Jesper Holst Pedersen, som i mange år har stået til rådighed for foreningen., men nu vil trække sig tilbage.