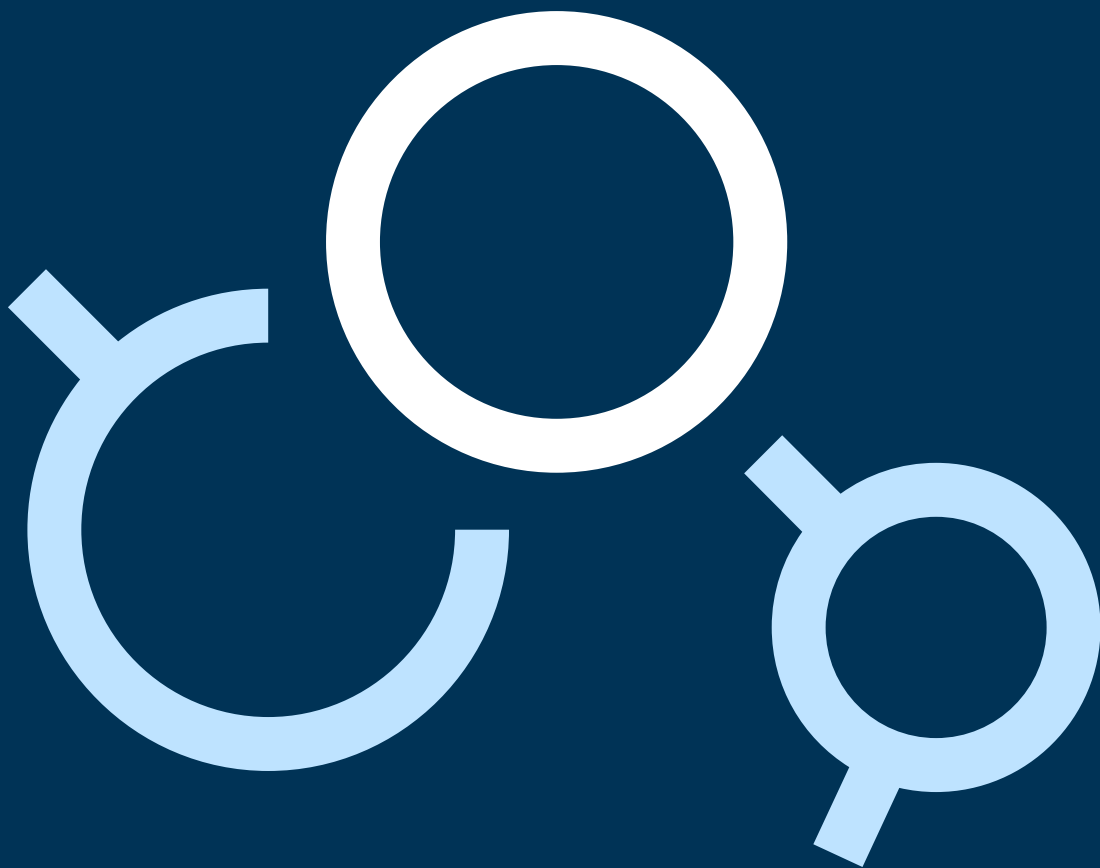




Pakkeforløb for prostatakræft

For fagfolk



Pakkeforløb for prostatakæft

For fagfolk

© Sundhedsstyrelsen, 2022.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-403-2

Sprog: Dansk

Version: 4.0

Versionsdato: 16.05.2022

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen
Maj 2022

Link til andre publikationer om prostatakæft:

- [Indgang til pakkeforløb for prostatakæft - Til brug i almen praksis](#)
- [Patientpjece om pakkeforløb for prostatakæftkræft](#)
- [Læsevejledning: Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer; begreber, forløbstider og monitorering](#)

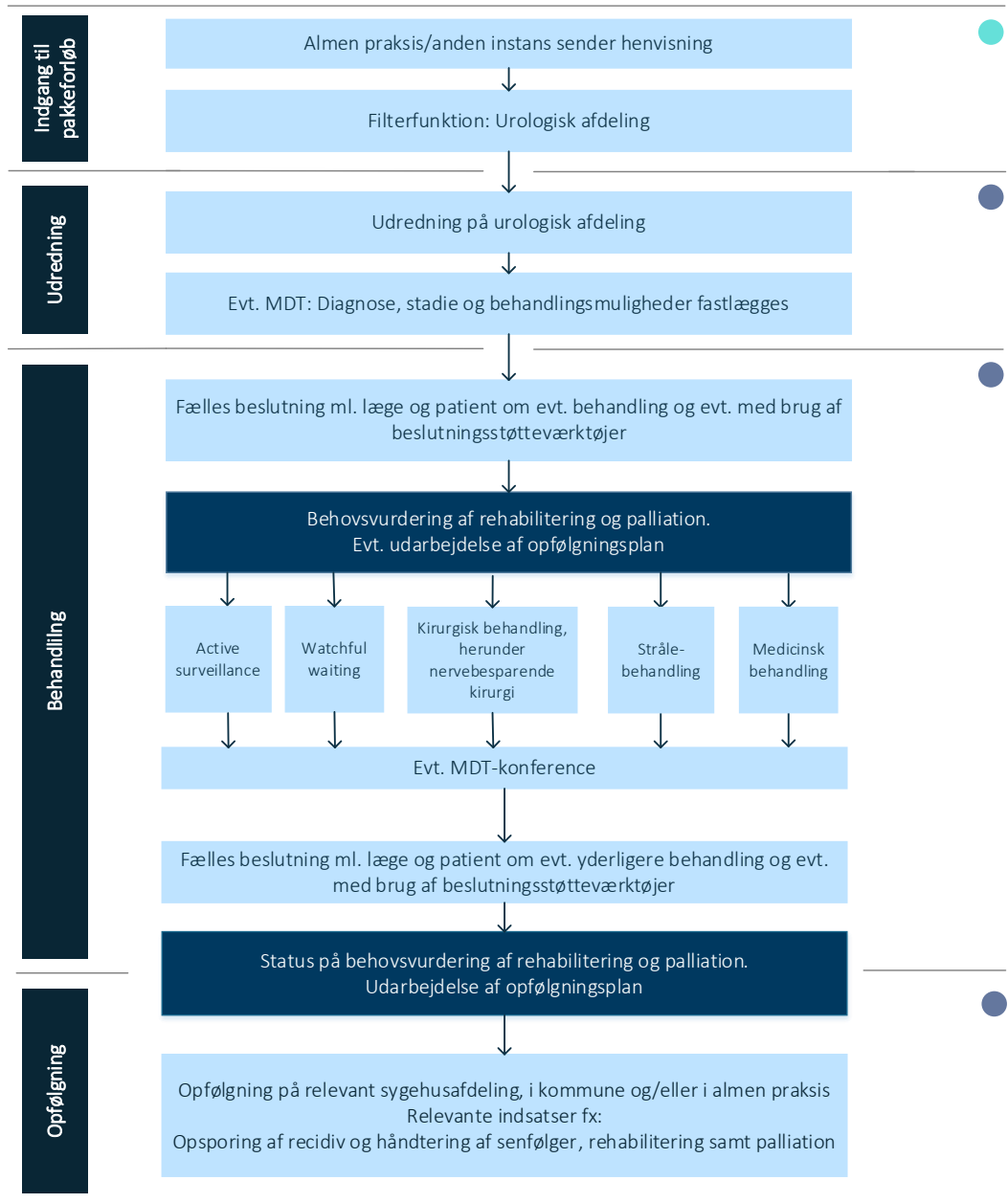
[Se alle publikationer her](#)

Indholdsfortegnelse

1. Oversigt over pakkeforløb for prostatakæft	4
2. Forløbsbeskrivelse	5
2.1. Indgang til pakkeforløbet	5
2.2. Udredning.....	7
2.3. Behandling	9
2.4. Opfølgning.....	11
3. Rehabilitering og palliation	14
3.1. Prostatakæftspecifikke senfølger, rehabilitering og palliation	14
4. Forløbstider	20
Referenceliste.....	21
Bilagsfortegnelse	25
Bilag 1: Registreringsvejledning	26
Bilag 2: Arbejdsgruppens sammensætning	32

Se også Sundhedsstyrelsens læsevejledning om de generelle principper for pakkeforløb for kræft *Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer; begreber, forløbstiders og monitorering*⁽¹⁾.

1. Oversigt over pakkeforløb for prostatakæft



- Forebyggelsesindsatser efter behov
- Rehabilitering og/eller palliation efter behov

2. Forløbsbeskrivelse

Kapitlet indeholder standardbeskrivelser for patientens forløb fra henvisning til udredning, behandling og opfølgning. I bilag 1 findes registreringsvejledningen for det samlede patientforløb.

For patienter med prostatakræft er det på diagnosetidspunktet for en stor dels vedkommende uklart, hvorvidt de med tiden i ubehandlet tilstand vil opleve sygdomsprogression med risiko for symptomer og død til følge, eller opleve et forløb uden symptomer. Der kan påvises tumorceller i prostata hos ca. 80 procent af alle 80-årige mænd. Derfor er en sondring mellem fredelig og aggressiv prostatakræft af væsentlig betydning for både udredning, behandling og opfølgning.

Pakkeforløbet omfatter mænd mistænkt for at have lokaliseret, lokalavanceret eller metastatisk prostatakræft, der efter en faglig helhedsvurdering af forventet restlevetid samt evt. komorbiditeter vurderes at have gavn af en henvisning til pakkeforløb for prostatakræft.

2.1. Indgang til pakkeforløbet

Ved symptomer på prostatakræft skal henvisende læge følge beskrivelsen nedenfor i afsnit 2.1.1. Såfremt patienten opfylder kriterierne for indgang til pakkeforløb i afsnit 2.1.2, skal patienten tilbydes at indgå i pakkeforløb for prostatakræft.

2.1.1. Håndtering af symptomer på prostatakræft

Lokaliseret prostatakræft er som oftest uden følgesymptomer. Der er ikke påvist nogen årsagssammenhæng mellem lokaliseret prostatakræft og de i øvrigt hyppigt forekommende nedre urinvejssymptomer med hyppig vandladning, svag stråle mm. kaldet Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS). Af samme grund bør patienter med LUTS i udgangspunktet kun have målt prostataspecifikt antigen (PSA), såfremt prostata ved palpation findes malignitetssuspekt (hård, uregelmæssig, asymmetrisk), patienten er familiært disponeret, eller patienten har kliniske symptomer på udbredt prostatakræft. En nærmere uddybning af familiær disposition findes i Dansk Prostata Cancer Gruppens (DaProCa) kliniske retningslinjer vedrørende screening og tidlig detektion af prostatakræft⁽²⁾.

Da systematisk og opportunistisk screening af prostatakræft jf. DaProCa's kliniske retningslinjer⁽²⁾ ikke anbefales, bør en PSA-måling kun foretages, når minimum et af nedenstående punkter er opfyldt. PSA-målingen skal suppleres af en rektaleksploration med palpation af prostata. Forud for måling af PSA skal patienten informeres om mulige resultater og betydningen af disse.

- Mænd med palpatorisk malignitetssuspekt prostata.
- Mænd >45 år med symptomer, der rejser mistanke om prostatakræft, eksempelvis
 - perineale smerter

- lymfødem svarende til genitalier og underekstremiteter
- knoglesmerter, eksempelvis ryg- og/eller skuldersmerter
- gentagne tilfælde af hæmospermi.
- Mænd >40 år med påvist BRCA2 mutation og en forventet restlevetid >10-15 år.
- Familiært disponerede mænd >45 år i god almentilstand med en forventet restlevetid >10-15 år.

Ved en forhøjet PSA-værdi og/eller malignitetssuspekt prostata skal patienten tilbydes henvisning til filterfunktion på urologisk afdeling med henblik på stillingtagen til, om patienten skal påbegynde udredning i pakkeforløb for prostatakræft. Inden henvisning til urologisk afdeling bør almentilstand, tilstedeværelse af eventuel komorbiditet samt forventet restlevetid indgå i lægens overvejelser.

Følgende oplysninger i henvisningen er relevante for, at urologisk afdeling kan tilrettelægge det videre forløb for patienten:

- PSA-værdien vurderet i relation til alder, jf. DaProCa's kliniske retningslinjer⁽³⁾. Hvis værdien kun er grænseforhøjet, skal der foreligge en kontrolmåling, og urinvejsinfektion bør samtidig udelukkes.
- Relevant biokemi – herunder PSA, kreatinin, hæmoglobin og basisk fosfatase.
- Vurdering af prostata ved rektaleksploration.
- Symptomer.
- Anden betydende sygdom.
- Fast medicin.
- Helhedsvurdering af almen tilstand.

Henvise læge skal informere patienten om, at denne henvises til urologisk afdeling på baggrund af en forhøjet PSA eller et abnormt palpationsfund og evt. symptomer, som kan skyldes prostatakræft, og at der vil ske en hurtig indkaldelse til videre udredning, hvis undersøgelserne rejser mistanke om prostatakræft.

Filterfunktion

Filterfunktionen udføres af den urologiske afdeling, som på baggrund af den tilsendte henvisning indkalder til en klinisk vurdering i filterfunktion omfattende:

- Klinisk undersøgelse, inkl. rektaleksploration med palpation af prostata.
- Vurdering af PSA-værdi.
- Vurdering af anden årsag til forhøjet PSA-værdi.
- Vurdering af komorbiditet og generel helbredstilstand.

Vurderingen i filterfunktion afgør om patienten skal påbegynde udredning i pakkeforløb for prostatakræft. Ved oplagt mistanke kan urologisk afdeling vælge at påbegynde udredning i pakkeforløb uden en klinisk vurdering i filterfunktionen. Denne vurdering foretages af afdelingen baseret på oplysninger i tilsendte henvisning. Patienten tages i samråd om, hvilke muligheder der foreligger.

Hvis der ikke påbegyndes udredning i pakkeforløb, kan urologisk afdeling fortsætte udredningen af anden urologisk lidelse, tilbyde henvisning til udredning på anden relevant afdeling eller afslutte patienten til praktiserende læge. I alle tilfælde orienteres henvi-sende læge herom med anbefalinger om det videre forløb.

2.1.2. Kriterier for henvisning til pakkeforløb for prostatakræft

Henvisning til udredning i pakkeforløb for prostatakræft på urologisk afdeling skal tilbydes patienten, når minimum et af nedenstående kriterier er opfyldt:

- Filterfunktionen finder, at der på baggrund af oplysninger i henvisningen eller klinisk vurdering på urologisk afdeling er mistanke om prostatakræft.
- Almen praksis/anden instans har mistanke om eller har erkendt recidiv af tidligere be-handlet prostatakræft.

Ved mistanke om alvorlig sygdom, der kan være kræft, uden at der er mistanke om or-ganspecifik kræfttype, kan patienten henvises til *Diagnostisk pakkeforløb*⁽⁴⁾.

Ved behov skal henvisende læge overveje at henvise patienten til en afklarende samtale i kommunalt regi⁽⁵⁾ med henblik på forebyggende og sundhedsfremmende tilbud (se kapi-tel 3)^(6,7).

2.2. Udredning

Den urologiske afdeling er den forløbsansvarlige afdeling under udredningen af patienter i pakkeforløb for prostatakræft. Udredningen har til formål at fastlægge diagnose, stadie, risikogruppe og behandlingsmuligheder. Den forløbsansvarlige afdeling kan vælge at stoppe pakkeforløbet, hvis det vurderes at være uden behandlingsmæssig konsekvens.

Udredningen forløber i henhold til DaProCa's kliniske retningslinjer ^(3,8,9) under hensynta-gen til patientens præferencer. De bærende elementer i udredningen er:

- Klinisk undersøgelse, inkl. rektaleksploration med palpation af prostata.
- Vurdering af almentilstand og eventuel komorbiditet.
- MR-skanning, evt. ultralydskanning af prostata.
- Prostatabiopsier med efterfølgende histopatologisk vurdering.
- Øvrig billeddiagnostik i henhold til DaProCa's retningslinjer til vurdering af eventuel spredning af sygdom og udgangspunkt for systemisk behandling.

MR-skanning af prostata anvendes som led i udredningen, såfremt der findes klinisk indi-kation herfor i henhold til de kliniske retningslinjer. MR-skanning anvendes for at målrette biopsitagningen af prostata og forventes at reducere antallet af biopsier^(9,10).

Hvis kræftdiagnosen afkræftes, er det vigtigt, at henvisende læge får information herom for at kunne koordinere det videre forløb for de patienter, som skal videreudredes i andet

regi. Ved behov kan urologisk afdeling fortsætte udredningen af anden urologisk lidelse eller tilbyde henvisning til udredning på anden relevant afdeling.

Multidisciplinær teamkonference

Stadieinddeling fastlægges ofte i ambulatoriet ved klinisk undersøgelse sammenholdt med parakliniske undersøgelser. Fastlæggelse af diagnose, stadieinddeling og beslutning om udrednings- og behandlingstilbud bør suppleres af en multidisciplinær teamkonference (MDT-konference) ved afslutningen af den diagnostiske udredning⁽¹¹⁾.

I henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinje *Visitation til radikal prostatektomi*, bør der foreligge lokale retningslinjer for anvendelse af MDT-konferencer⁽¹²⁾.

Speciallæger fra følgende specialer bør være til stede på MDT-konferencen:

- Urologi
- Klinisk onkologi
- Patologi
- Radiologi
- Nuklearmedicin
- Evt. andre specialer ved behov

Endelig beslutning om behandling tages i fællesskab med patienten i ambulatoriet efter en evt. MDT-konference. Før stillingtagen til tilbud om behandling ved lokal/lokalavanceret prostatakræft, skal der foreligge en risikovurdering med inddeling i lav-, intermediær- og højrisiko prostatakræft. Denne risikovurdering baserer sig på PSA-værdi, Gleason score samt tumor stadieinddeling. Inden beslutning om tilbud om radikal prostatektomi ved lavrisiko prostatakræft eller tilbud om active surveillance ved intermediær-risiko prostatakræft, skal patienten og dennes behandlingsmuligheder drøftes på monofaglig urologisk konference eller på MDT-konference. Active surveillance anbefales som førstevalg til patienter med lavrisiko prostatakræft og mere end 10 års forventet levetid⁽¹²⁾.

I henhold til Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje skal der afsættes tilstrækkelig tid og ro til samtalen, og patienten skal opfordres til at tage en bisidder/pårørende med, ligesom patienten skal opfordres til refleksion over behandlingsvalget og informeres om, at det ikke er nødvendigt at træffe beslutning samme dag, som samtalen er afholdt. Patienten skal desuden tilbydes betænkningstid og beslutningsstøtte i processen. Ud over samtaler på urologisk afdeling, kan patienten opfordres til at søge egen læge for beslutningsstøtte i betænkningstiden.

Hvis der foreligger relevante validerede beslutningsstøtteværktøjer, bør disse anvendes til at understøtte patientens behandlingsvalg. Læs mere i Sundhedsstyrelsens læsevejledning om de generelle principper for pakkeforløb for kræft s. 8 og 10⁽¹⁾.

2.3. Behandling

Dette afsnit beskriver overordnet behandlingsmulighederne for prostatakræft. Behandlingen forløber i henhold til DaProCa's kliniske retningslinjer. For mere uddybende beskrivelse se disse⁽¹³⁻¹⁸⁾.

2.3.1. Behandlingsmuligheder

Sammen med patienten tilrettelægges et individuelt forløb. Ved valget af behandling er patientens præferencer, forventet restlevetid og tilstedeværelse af komorbiditet centrale.

Patienter med prostatakræft kan overordnet inddeles i to grupper^(16,19):

- 1) Lokaliseret/lokalavanceret prostatakræft; inddeles i lav-, intermedier- og højrisiko gruppe.
- 2) Metastatisk prostatakræft inddeles i lav og høj volumen i relation til antal og placering af metastaser.

Nedenfor skitseres nogle af de væsentligste behandlingsmodaliteter. Behandlingerne kan gives alene eller i kombination, afhængig af tilstedeværelse af lokal og fjern spredning af cancerceller jf. DaProCa's kliniske retningslinjer.

Behandlingsteamet foretager en samlet vurdering med udgangspunkt i DaProCa's kliniske retningslinjer samt patientens præferencer, før det afgøres, hvilke behandlingsmuligheder patienten kan tilbydes.

Active surveillance

Patienter med lav- og visse med intermedier-risiko prostatakræft har behandlingsmuligheden active surveillance. I stedet for aktiv behandling følges patienten med tæt overvågning af sygdomsudviklingen for løbende at vurdere, hvornår og om aktiv behandling skal iværksættes. Dermed kan behandling og mulige komplikationer dertil udskydes. Patienterne følges efter et fastlagt skema, der indebærer kliniske undersøgelser, PSA-målinger, billeddiagnostisk samt histopatologisk undersøgelse.

Watchful waiting

Patienter, hvor kurativ behandling ikke er indiceret eller ønsket, og hvor umiddelbar endokrin behandling ikke vurderes nødvendig, bør følges i såkaldt watchful waiting. Derved kan behandling og mulige bivirkninger dertil udskydes. Overvågningen tilpasses den enkelte patient og baseres på kliniske ændringer i tilstand, herunder fremkomst af symptomer som udtryk for sygdomsprogression.

Opfølgningen af patienter i active surveillance og watchful waiting kan foregå i et samarbejde mellem urologisk afdeling og almen praksis efter patientens præferencer og med klare aftaler om ansvarsfordeling mellem afdelingen og almen praksis.

Kirurgisk behandling

Kirurgisk behandling i form af radikal prostatektomi (operation med fjernelse af prostata) udføres som hovedregel i kurativt øjemed. Ved forekomst af infektion efter biopsitagning under udredningen, bør man vente 6-8 uger inden kirurgisk behandling. Patienter med ubetydelig risiko for ekstraprostatisk vækst kan tilbydes nervebevarende radikal prostatektomi, hvilket sænker risikoen for følger af operation i form af inkontinens og erektil dysfunktion. Ved et nervebevarende operativt indgreb bør man afvente minimum 6 uger for, at de reaktive vævsforandringer som følge af de diagnostiske biopsier er aftaget.

Strålebehandling

Strålebehandling gives som ekstern eller intern strålebehandling. Sidstnævnte bruges relativt sjældent. Strålebehandling kan udgøre et alternativ til radikal prostatektomi og anvendes ligeledes som standardbehandling ved lokalavanceret prostatakraft sammen med 3 års endokrin behandling. Strålebehandling kan endvidere bruges som supplerende behandling i kombination med kirurgisk eller medicinsk behandling.

Medicinsk behandling

Patienter med lokalavanceret prostatakraft samt patienter med metastatisk sygdom kan tilbydes endokrin behandling. Som nævnt ovenfor bruges endokrin behandling desuden som supplement til kurativt intenderet strålebehandling hos udvalgte patienter. Formålet med den endokrine behandling er at begrænse testosterons stimulerende effekt på kræftcellerne. Behandlingen omfatter brug af anti-androgener samt medicinsk eller kirurgisk kastration. Hos patienter med metastatisk hormonfølsom prostatakraft kan kemoterapi eller 2. generations endokrin behandling anvendes som supplement til kastrationsbehandlingen. Ved udvikling af kastrationsresistens (CRPC) kan der desuden være indikation for flere typer af medicinske behandlinger, herunder 2. generations endokrin behandling, kemoterapi, PARP-hæmmer og Radium-223. Patienten vil også ofte kunne blive tilbudt protokollert behandling med afprøvning af nye stoffer eller nye kombinationer af behandling.

For patienter med lavrisiko prostatakraft og en forventet restlevetid på mindst 10 år er radikal prostatektomi, strålebehandling og active surveillance ligeværdige behandlingsmuligheder. Før tilbud om radikal prostatektomi skal patienten ved samtale med en speciallæge i urologi informeres om fordele og ulemper ved de tre ligeværdige behandlingsmuligheder under hensyntagen til patientens behov og præferencer, jf. Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje.

2.3.2. Optimering inden behandling

Inden iværksættelse af behandling kan det være nødvendigt at optimere patientens almene tilstand mhp. bedre at kunne klare behandling i form af operation, medicinsk behandling m.m. Optimering kan fx bestå af medicinsk optimering af komorbiditet, fysisk træning, ernæringsindsats, vægttab, alkoholophør og rygestop.

Udredning for risikofaktorer for hjertekarsygdom

Patienter i kastrationsbehandling er i risiko for en række komplikationer og bør ved behandlingsstart rådgives om livsstilændringer (kost, motion og rygestop) og behandles for eksisterende komorbiditet, såsom diabetes, hyperlipidæmi og hypertension. Endvidere bør den enkelte patient tilrådes at reagere på nyopståede symptomer under behandlingen. Ved behandlingsstart bør alle patienter undersøges for diabetes og hyperlipidæmi. Mænd med nedsat glukosetolerance og/eller diabetes samt mænd med nuværende eller tidligere hjertekarsygdom bør henvises til relevant vurdering⁽²⁰⁾.

2.3.3. Genetisk rådgivning

Sædvanligvis diskuteres genetisk rådgivning med patienten i forbindelse med behandling eller under opfølgning. Henvisning til genetisk rådgivning overvejes med udgangspunkt i forekomsten af kræfttilfælde, som kan skyldes kendte genmutationer relateret til prostatakæft, fx BRCA2 mutation, hos nære slægtninge til patienten. Anbefalinger om hvem der bør henvises til genetisk udredning findes i DaProCa's kliniske retningslinjer⁽²⁾.

2.3.4. Vurdering af behov

Der foretages systematisk vurdering af patientens behov for forebyggelse, rehabilitering og palliation i forbindelse med opstart og ved afslutning af behandlingsforløbet. Vurderingen bør desuden gentages ved ændringer i patientens tilstand og på andre relevante tidspunkter. Der skal ved vurderingen være fokus på såvel prostatakæftspecifikke som generelle behov. Se kapitel 3 for en nærmere beskrivelse af forebyggelse, rehabilitering og palliation. Patientens behov for indsatser inden for rehabilitering og palliation beskrives i patientens individuelle plan for opfølgning (se afsnit 2.4.1).

2.4. Opfølgning

I opfølgningsperioden tilrettelægges forløbet individuelt. Med udgangspunkt heri udarbejdes en individuel plan for opfølgning til patienten. Patienten skal til alle tider kunne tilgå sin opfølgningsplan. En mundtlig opfølgningsplan er således ikke tilstrækkelig.

Efter endt behandling eller ved langvarig behandling kan patienten tilbydes henvisning til en opfølgende samtale hos patientens praktiserende læge med henblik på almenmedicinsk kræftopfølgning og støtte i forløbet. Læs yderligere i Dansk Selskab for Almen Medicins vejledning om kræftopfølgning og støtte i forløbet⁽²¹⁾.

2.4.1. Den individuelle plan for opfølgning

På baggrund af en individuel vurdering af patientens behov skal der udformes en individuel plan for opfølgning baseret på patientens helbredstilstand, kompetencer, ressourcer, egenomsorgsevne og motivation. Opfølgningsplanen kan påbegyndes tidligt i forløbet, særligt ved langvarig behandling og skal udarbejdes af den behandlende afdeling senest ved afslutning af behandlingen.

Planen skal beskrive patientens opfølgningsforløb, herunder behov for indsatser og status på eventuelt igangværende og planlagte indsatser i form af:

- Håndtering af komplikationer
- Fortsat behandling
- Opsporing af recidiv eller progression (afsnit 2.4.2)
- Rehabilitering, senfølger og palliation (afsnit 3)

Patienten skal i forbindelse med udarbejdelsen af den individuelle plan for opfølgning informeres om sygdommen, så denne kan varetage fornøden egenomsorg, samt tegn på recidiv og senfølger, herunder hvor patienten skal henvende sig, hvis symptomer på disse fremkommer.

2.4.2. Opsporing af recidiv og progression

Dette afsnit beskriver overordnet opsporing af recidiv og progression for prostatakræft. Forløbet tilrettelægges i henhold til DaProCa's kliniske retningslinjer⁽²²⁾.

Recidiv

Omkring hver fjerde patient, som har modtaget intenderet kurativ behandling, forventes at udvikle biokemisk recidiv med stigende PSA-niveau, og hovedparten af disse vil senere få et behandlingsbehov. Patienterne bør tilbydes rutinemæssig opfølgning med en sygdomsspecifik anamnese, klinisk undersøgelse og PSA-måling efter fastsatte tidsintervaller resten af livet. Den regelmæssige kliniske opfølgning kan ikke erstattes af hverken laboratorieundersøgelser eller billeddiagnostiske undersøgelser. I starten vil opfølgningen typisk foregå på urologisk afdeling, men efter 1 år, og i nogle tilfælde tidligere, kan opfølgningen foregå i samarbejde med den praktiserende læge. I disse tilfælde, skal der foreligge en klar aftale om, hvem der har behandlingsansvaret.

Ved mistanke om recidiv skal den henvisende læge foretage en helhedsvurdering af patienten og tilbyde henvisning til udredning i pakkeforløb for prostatakræft. Symptomer som eksempelvis perineale smerter, lymfødeme svarende til genitalier og underekstremiteter, knoglesmerter, gentagne tilfælde af hæmospermi efter strålebehandling og metastasesymptomer (fx smerter, pareser, anæmi, uræmi) kan rejse mistanke om recidiv.

Progression

Patienter, der går ind i en behandlingsfri periode efter behandling med palliativt sigte, eller som ikke er sygdomsfri efter endt behandling med kurativt sigte, tilbydes systematisk opfølgning og klinisk vurdering, evt. med supplerende billeddiagnostik med henblik på opsporing af sygdomsprogression.

Der bør foretages regelmæssig klinisk opfølgning ved metastatisk sygdom suppleret af måling af biomarkører og ved behov billeddiagnostik til vurdering af behandlingsrespons og prognose samt overvågning af bivirkninger⁽⁹⁾. Derudover er det vigtigt at rådgive patienter om tidlige tegn på rygmarvskompression, risiko for knoglebrud samt komplikationer ved obstruktion af øvre og nedre urinveje.

Patienter som følges i active surveillance eller watchful waiting bør løbende evalueres efter gældende kliniske retningslinjer med henblik på evt. at overgå til aktiv behandling.

Ved mistanke om progression hos patienter der er diagnosticeret med prostatakræft, herunder patienter i active surveillance eller watchful waiting, skal patienten tilbydes henvisning til udredning på urologisk afdeling, dog ikke i pakkeforløb for prostatakræft.

3. Rehabilitering og palliation

I dette kapitel beskrives de prostatakræftspecifikke indsatser for rehabilitering og palliation. De generelle indsatser for forebyggelse beskrives i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom*⁽⁶⁾ eller i relevante forebyggelsespakker⁽⁷⁾. De generelle rammer for vurdering af patientens behov for indsatser i forhold til rehabilitering og palliation for patienter med kræft beskrives i Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*⁽²³⁾ samt i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for den palliative indsats*⁽²⁴⁾.

Der skal foretages en systematisk behovsvurdering. Behov for rehabilitering og palliation vurderes hos alle patienter med kræft i forbindelse med opstart af deres behandlingsforløb på sygehuset og bør herefter ske løbende og systematisk. Når der opstår behov for forebyggende eller rehabiliterende indsatser, skal patienten tilbydes henvisning til en afklarende samtale i kommunen, med henblik på at få sammensat et tilbud på baggrund af patientens individuelle behov⁽⁵⁾. Dette kan ske på ethvert tidspunkt i kræftpakkeforløbet, når dette er hensigtsmæssigt. Henvisning hertil kan også foretages, inden der er stillet en diagnose.

Ved lægefagligt begrundet behov skal der udarbejdes en genoptræningsplan til enten 'almen genoptræning', 'genoptræning på specialiseret niveau' eller 'rehabilitering på specialiseret niveau'⁽²⁵⁾. Der bør henvises til en specialiseret palliativ indsats, hvis en patient har symptomer, som er svære at lindre, eller som medfører komplekse palliative problemstillinger. Patientens behov for indsatser inden for rehabilitering og palliation beskrives i patientens individuelle plan for opfølgning (se afsnit 2.4.1).

Aktiv behandling af prostatakræft er ikke en hindring for at iværksætte relevante rehabiliterings- og/eller palliative indsatser. Patienter, der ikke ønsker eller har mulighed for at modtage behandling, skal ligeledes have foretaget en vurdering af deres behov. Læs mere i Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*⁽²³⁾ for hhv. regionens, kommunens og almen praksis' roller og opgaver i forbindelse med rehabilitering og palliation.

3.1. Prostatakræftspecifikke senfølger, rehabilitering og palliation

Formålet med rehabilitering af patienter med prostatakræft er at sikre patientens samlede livskvalitet efter behandlingen samt sikre, at hverdagslivet genetableres. Denne del af indsatsen er centreret omkring understøttelse af almen helbred, livssituation samt netværk. Rehabilitering har til formål at støtte patienten i at opnå og vedligeholde den bedst mulige funktionsevne med henblik på at øge patientens livskvalitet, uafhængighed og selvbestemmelse.

Den rehabiliterende indsats bør rette sig mod såvel kortsigtede som mere langsigtede følger af sygdom og behandling, herunder senfølger. Der er ikke altid klare skillelinjer mellem komplikationer og senfølger til behandling, og ligeledes kan det være vanskeligt at adskille indsatser mod komplikationer og senfølger, da der ofte er tale om en kombination.

Senfølger er helbredsproblemer, der opstår under primær behandling og bliver kroniske, eller som opstår og manifesterer sig måneder eller år efter behandlingen er afsluttet. Senfølger omfatter ny primær kræftsygdom og fysiske, psykiske eller sociale forandringer, der kan følge af kræftsygdommen og/ eller behandlingen af denne⁽²⁶⁾. Det estimeres, at ca. 40% af de patienter, der overlever kræft i bækkenorganer, får senfølger⁽²⁷⁾.

Der skal i den rehabiliterende og palliative indsats bl.a. være opmærksomhed på patientens udførelse af daglige aktiviteter og opretholdelse af hverdagsliv. Nedsat funktion og begrænsninger i udførelsen af daglige aktiviteter, såsom egenomsorg og aktiviteter relateret til husholdning, er en hyppig forekommende problematik hos patienter, der lever med en kræftsygdom eller er helbredt efter en kræftsygdom. Rehabiliterende indsatser kan hjælpe patienter med prostatakræft med at mestre deres hverdags- og fritidsliv. Der kan være behov for kompenserende strategier samt nye mestringsstrategier til udførelse af daglige aktiviteter som følge af de problematikker og senfølger, behandlingen for prostatakræft kan medføre.

De rehabiliterende og pallierende indsatser bør foregå der, hvor det er mest hensigtsmæssigt for patienten i forhold til faglig indsats, viden og formål. Ved konstatering af komplikationer og senfølger er det den afdeling eller almen praksis, der på det givne tidspunkt har patienten i behandling eller i et opfølgingsforløb, som er ansvarlig for, at senfølgerne vurderes af de rette fagpersoner fra relevante specialer. Afhængig af karakteren af senfølgerne kan der rettes henvendelse til patientens praktiserende læge eller til kommunen og, hvis der er et lægefagligt vurderet behov, skal en genoptræningsplan fremsendes. Derudover kan patienter med fysiske senfølger evt. henvises til regionale klinikker for senfølger, herunder Klinik for Senfølger efter Kræft i Bækkenorganerne til udredning og evt. lindring/behandling⁽²⁷⁾.

I de kommende afsnit beskrives de specifikke indsatser mod fysiske og psykiske følger af prostatakræft opdelt efter behandlingsform samt den palliative indsats ved avanceret prostatakræft.

3.1.1. Ved kirurgisk behandling

Ved radikal prostatektomi med eller uden nervebesparende kirurgi er der risiko for urininkontinens samt seksuel dysfunktion, herunder særligt erektil dysfunktion (ED). For de patienter, der får foretaget fjernelse af lymfeknuder ved operationen, er der endvidere risiko for udvikling af lymfødem i genitalier samt i et eller begge ben.

Urininkontinens

Inkontinens for urin er hyppigt forekommende efter radikal prostatektomi, og omkring 1 ud af 10 vil fortsat opleve urininkontinens et år efter operationen⁽²⁸⁾. Spontan bedring ses helt op til halvandet år efter. Superviseret bækkenbundstræning kan have en mindre, men positiv effekt, så patienten kan tilbydes dette, hvis det ønskes. Superviseret bækkenbundstræning kan foregå som individuel træning eller holdtræning ved en fagperson med relevante kompetencer (eksempelvis fysioterapeut, praktiserende læge eller sygeplejerske). Der er ingen skadelige virkninger af træningen, og samlet træningstid kan være op til et år. Patienter, der ikke opnår forbedring, bør tilbydes henvisning til videre udredning⁽²⁹⁾.

Erektile dysfunktion

Ved prostatektomi afhænger risikoen for at udvikle ED af operationsmetode og patientens præoperative erektile funktion og alder. En stor del af patienterne vil opleve ED efter ikke-nervebesparende kirurgi, mens færre vil opleve ED efter nervebesparende kirurgi. Ved ED bør medicinske tiltag som fx intrakavernøs injektionsbehandling og oral behandling med fosfodiesterase-5-hæmmere (PDE-5-hæmmere), tilbydes patienten⁽¹²⁾. Patientens praktiserende læge kan yde rådgivning og behandling, og ved behov for yderligere tiltag eller ved ønske herom, bør patienten tilbydes henvisning til sundhedspersonale med relevant viden om seksualitet og intimitet (sexologisk klinik eller uro-terapeut - fysioterapeut med særlig uddannelse i urologi)⁽²⁹⁾. Ud over ED kan patienter opleve andre former for seksuel dysfunktion (se afsnit 3.1.3).

Kronisk lymfødem

Patienter kan opleve forbigående ødem efter operation med fjernelse af lymfeknuder⁽³⁰⁾. Er ødem fortsat til stede 3 måneder efter operation eller opstår gener med ødem efterfølgende, bør patienten henvises til behandlingstilbud ved specialuddannede fysioterapeuter på sygehus, som arbejder med lymfødembehandling. Interventionen bør bestå af drænage og bandagering med kompressionsmaterialer frem til tilpasning af kompressionshjælpemidler via bevilling fra kommunen via serviceloven §112. Derudover instruktion i hudpleje, levevis samt fysisk aktivitet.

3.1.2. Ved strålebehandling

Ved strålebehandling er der risiko for følger i form af urininkontinens, afføringsinkontinens, ED og lymfødem.

Urininkontinens

Ved intern strålebehandling ses urininkontinens mindre hyppigt end ved radikal prostatektomi⁽³¹⁾. Symptomerne opstår i månederne efter implantationen ved intern strålebehandling, hvor der kan opstå smerter, dysuri, pollakisuri, urge, hæmaturi og hæmospermi. Oftest topper bivirkningerne efter 3-4 måneder. Dog ses milde til moderate vandladningssymptomer hos størstedelen med medianvarighed på et år. Akutte bivirkninger ved ekstern strålebehandling omfatter bl.a. dysuri, pollakisuri, bydende vandladningstrang og blærekrampe. Få patienter udvikler betydelig urininkontinens som en kronisk følge af strålebehandlingen. For indsatser mod urininkontinens se afsnit 3.1.1.

Afføringsinkontinens

Hos et mindretal af patienter, der har modtaget ekstern strålebehandling, ses moderate, langvarige følger i form af øget afføringsfrekvens og urgency. Patienterne skal tilses af sundhedspersonale med relevante kompetencer inden for inkontinens (læge, sygeplejerske eller fysioterapeut) med henblik på en vurdering af omfanget af problematikken samt iværksættelse af relevant træning. Patienter, der ikke opnår forbedring, bør tilbydes henvisning til videre udredning.

Erektile dysfunktion

Gradvist indsættende ED ses i løbet af 5-10 år hos op mod 50 procent af patienter, som har modtaget ekstern strålebehandling. Se afsnit 3.1.1. samt 3.1.3. for indsatser relateret til seksuel dysfunktion.

Lymfødem

Ved ekstern strålebehandling, som omfatter bækkenlymfeknuder, er der en mindre risiko for udvikling af kronisk lymfødem. Behandlingsmulighederne er beskrevet under afsnit 3.1.1.

3.1.3. Ved endokrin behandling

Endokrin behandling, herunder kastrationsbehandling, har til formål at reducere mængden af det mandlige kønshormon testosteron, hvilket er forbundet med en række bivirkninger, som nedsat muskelmasse og fysisk funktion, osteoporose og øget frakturrisiko, forøgelse af fedtvæv, gynækomasti, hedeture, øget risiko for hjertekarsygdomme og seksuel dysfunktion⁽³²⁻³⁵⁾.

Nedsat muskelmasse og fysisk funktion

Patienter i kastrationsbehandling bør tilbydes superviseret træning, som omfatter træning, der er instrueret, superviseret og monitoreret af en fagprofessionel/sundhedsprofessionel med relevante kompetencer. Superviseret træning kan iværksættes umiddelbart efter påbegyndelse af kastrationsbaseret behandling, ligesom patienter, der har været i længerevarende kastrationsbaseret behandling, stadig kan have gavn af et superviseret træningsforløb. Træningen kan foregå som individuel træning eller holdtræning og bør tilpasses individuelt efter patientens funktionsniveau, ressourcer, sygdomsgrad og præferencer⁽²⁹⁾.

Osteoporose og øget frakturrisiko

Ved endokrin behandling er der risiko for udvikling af osteoporose med øget risiko for fraktur og tværsnitssyndrom. Patienten kan henvises til almen genoptræning i kommunalt regi med henblik på instruktion i ergonomi og arbejdsstillinger ved udførelse af hverdagens aktiviteter samt træningsintervention for at øge knogledensitet i kombination med medicinsk behandling⁽³⁶⁾. Det kan endvidere overvejes at tilbyde DXA-skanning til undersøgelse for knoglemineraltæthed ved påbegyndelse af kastrationsbehandling og 12-24 måneder efter⁽²⁹⁾.

Metabolisk syndrom

Endokrin behandling er forbundet med metabolisk syndrom, med forekomst af nedsat insulinfølsomhed, øget fedtmasse og risiko for hjertekarsygdomme. Der bør overvejes om patienten skal tilbydes regelmæssig undersøgelse for hjertekarsygdom⁽²⁹⁾. Patienten kan henvises til ernæringsindsats i kommunalt regi med henblik på at forebygge metabolisk syndrom. Se desuden afsnit 2.3.2. 'Optimering inden behandling'.

Gynækomasti og hedeture

Der kan overvejes profylaktisk behandling med strålebehandling eller medicinsk behandling med antiøstrogener ved forekomst af gynækomasti⁽³⁷⁾. En øget opmærksomhed på forekomst af hedeture anbefales ved opfølgningen, og medicinsk behandling kan overvejes^(38,39).

Seksuel dysfunktion

Omkring 60- 90 % af alle patienter, der modtager kirurgisk, stråle- og/eller medicinsk behandling for prostatakrcæft vil opleve seksuel dysfunktion i varierende grad⁽⁴⁰⁾. Derfor bør alle patienter informeres om, at seksuelle problemer er almindelige efter behandling af prostatakrcæft, og at mulige behandlinger for seksuel dysfunktion, herunder både medicinsk behandling og sexologisk rådgivning, eksisterer. Det er særligt vigtigt, da seksuelle bivirkninger og seksuel dysfunktion kan være et tabu, og ikke alle patienter selv vil bringe emnet på bane. Foruden medicinske tiltag, som beskrevet i afsnit 3.1.1., bør sexologisk rådgivning tilbydes alle patienter, der efter information om mulige seksuelle bivirkninger og mulige behandlinger, har et ønske om at modtage sexologisk rådgivning, og hvor det sundhedsfagligt vurderes, at rådgivningen kan have effekt⁽²⁹⁾. Rådgivningen kan foregå ved egen læge efter aftale med patienten.

3.1.4. Psykosociale følger

Psykosociale senfølger kan omfatte angst og depression, søvnforstyrrelser, mental træthed og kognitive problemer som fx nedsat hukommelse/koncentrationsbesvær, og sociale følger af diagnose og behandling, fx svækket arbejdsevne og arbejdsløshed.

Det anbefales at have opmærksomhed på, om patienten har psykosociale problemer. Den psykosociale støtte kan bestå i anbefalinger, rådgivning og vejledning rettet mod patienter og pårørende, fx orientere om mulighed for at deltage i relevante patientforeninger. Det kan også være relevant med henvisning til alment genoptræningsforløb til kognitiv træning og ergonomisk vejledning, henvisning til afklarende samtale i kommunen og vejledning om muligheden for at opsøge en socialrådgiver.

Patientens praktiserende læge kan give støtte ved en opfølgende samtale og evt. et samtaleforløb ved behov. Hvis der findes behandlingskrævende symptomer, kan patienten behandles af den praktiserende læge og i nogle tilfælde henvises til relevant instans, fx psykolog eller psykiater.

Depression

Prostatakræft kan medføre en betydelig psykisk belastning for den enkelte patient, og forekomsten af selvrapporterede symptomer på depression blandt patienter med prostatakræft er også forholdsmæssig høj sammenlignet med forekomsten blandt alderssvarende mænd. Knap en femtedel har symptomer som kunne være tegn på en depression ved diagnosetidspunktet, og ligeledes har knap en femtedel også depressionssymptomer under aktiv behandling og under rehabiliteringsfasen af sygdomsforløbet. Alle patienter med prostatakræft bør informeres om, at depressive symptomer er almindelige. Dette er særligt vigtigt, da ikke alle patienter selv vil bringe emnet på bane, selv om de oplever symptomer. Ved mistanke om depressive symptomer bør behandlere spørge ind til dette og informere om, hvor patienten kan få relevant hjælp til udredning og behandling, herunder hjælp hos egen læge. Sundhedsfaglige bør udvise særlig opmærksomhed på depressive symptomer ved diagnosetidspunktet, ved skift i behandling og hos patienter i medicinsk behandling, da de er i øget risiko for at udvikle depressive symptomer på disse tidspunkter⁽²⁹⁾.

3.1.5. Palliativ behandling ved avanceret prostatakræft

Gener fra den metastatiske sygdom kan involvere træthed, nedsat appetit og smerter. Palliativ behandling heraf omfatter bl.a. brug af analgetika, strålebehandling, kirurgi og binyrebarkhormon. Non-farmakologiske tiltag som fysioterapi kan også anvendes, da det kan have en lindrende effekt på smerter og reducere ødem/lymfødem. Ved de fleste palliative forløb kan behandlingen foregå ved egen læge, men ved behov for en specialiseret palliativ indsats bør patienten henvises til relevant afdeling. Varetagelse af den specialiserede palliation kan med fordel foregå i samarbejde med egen læge.

4. Forløbstider

I dette afsnit fremgår standardforløbstider for pakkeforløb for prostatakræft. Det er vigtigt at understrege, at forløbstiderne ikke er udtryk for en patientrettighed, men en faglig rettesnor med anbefalede forløbstider. Der vil for en række patienter være grunde til at forløbet bør være længere eller kortere end den her beskrevne tid, herunder faglige hensyn eller ønske fra patienten om fx yderligere betænkningstid.

Tabel 1 Oversigt over forløbstider for prostatakræft

Henvisning		
Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling		8 kalenderdage
Udredning		
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning af udredning		36 kalenderdage
Initial behandling		
Fra afslutning af udredning til start på initial behandling	Kirurgisk behandling	10 kalenderdage
	Strålebehandling	15 kalenderdage
	Nervebesparende kirurgi	42 kalenderdage
Samlet forløbstid		
Fra henvisning modtaget til start på initial behandling	Kirurgisk behandling	54 kalenderdage
	Strålebehandling	59 kalenderdage
	Nervebesparende kirurgi	86 kalenderdage

Referenceliste

- (1) Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer. Begreber, forløbstider og monitorering. For fagfolk. Sundhedsstyrelsen, 2018.
- (2) Danske Multidisciplinære Cancergrupper. Kliniske retningslinjer - Screening og tidlig detektion af prostatacancer. Senest hentet: 16/3.2022. Link: <https://www.dmcg.dk/Kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer-opdelt-paa-dmcg/daproca/>.
- (3) Danske Multidisciplinære Cancergrupper. Kliniske Retningslinjer - Diagnostik af prostatacancer. Senest hentet: 16/3.2022. Link: <https://www.dmcg.dk/Kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer-opdelt-paa-dmcg/daproca/>.
- (4) Sundhedsstyrelsen. Diagnostisk pakkeforløb - til fagfolk. Sundhedsstyrelsen, 2022.
- (5) Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse af Sundhedsloven: LBK nr. 210 af 27/01/2022. Opdateret: 2022. Senest hentet: 16/3.2022. Link: <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2022/210>.
- (6) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen, 2016.
- (7) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse. Opdateret: 2021. Senest hentet: 10/20.2021. Link: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/kommuner/forebyggelsepakker>.
- (8) Danske Multidisciplinære Cancergrupper. Kliniske Retningslinjer - Stadietildeling af prostatacancer. Senest hentet: 16/3.2022. Link: <https://www.dmcg.dk/Kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer-opdelt-paa-dmcg/daproca/>.
- (9) Danske Multidisciplinære Cancergrupper. Kliniske Retningslinjer - Billeddiagnostik ved prostatacancer. Senest hentet: 16/3.2022. Link: <https://www.dmcg.dk/Kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer-opdelt-paa-dmcg/daproca/>.
- (10) Dansk Uroradiologisk Selskab. MR prostata guideline. Dansk Uroradiologisk Selskab, 2020.
- (11) Dansk Multidisciplinære Cancergrupper. Multidisciplinær kræftbehandling - en vejledning til MDT-konferencen. Opdateret: 2016. Senest hentet: 21/10.2021. Link: https://www.dmcg.dk/siteassets/dmcg-udvalg/multidisciplinaer_kraeftbehandling_-_en_vejledning_til_mdt_rev-15-02-2016.pdf.
- (12) Sundhedsstyrelsen. Visitation til radikal prostatektomi. Sundhedsstyrelsen, 2019.

- (13) Dansk Multidisciplinære Cancergrupper. Active surveillance og Watchful waiting. Senest hentet: 16/3.2022. Link: <https://www.dmcg.dk/Kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer-opdelt-paa-dmcg/daproca/>.
- (14) Danske Multidisciplinære Cancergrupper. Kliniske Retningslinjer - Radikal prostatektomi ved prostatacancer. Senest hentet: 16/3.2022. Link: <https://www.dmcg.dk/Kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer-opdelt-paa-dmcg/daproca/>.
- (15) Danske Multidisciplinære Cancergrupper. Kliniske Retningslinjer - Kurativ strålebehandling for prostatakraft. Senest hentet: 16/3.2022. Link: <https://www.dmcg.dk/Kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer-opdelt-paa-dmcg/daproca/>.
- (16) Danske Multidisciplinære Cancergrupper. Kliniske Retningslinjer - Behandling af nydiagnosticeret metastatisk hormonnai prostatacancer. Senest hentet: 16/3.2022. Link: <https://www.dmcg.dk/Kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer-opdelt-paa-dmcg/daproca/>.
- (17) Dansk Multidisciplinære Cancergrupper. Kliniske retningslinjer - Endokrin behandling. Senest hentet: 16/3.2022. Link: <https://www.dmcg.dk/Kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer-opdelt-paa-dmcg/daproca/>.
- (18) Danske Multidisciplinære Cancergrupper. Behandling af kastrationsresistent prostatacancer (CRPC). Senest hentet: 16/3.2022. Link: <https://www.dmcg.dk/Kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer-opdelt-paa-dmcg/daproca/>.
- (19) Danske Multidisciplinære Cancergrupper. Kliniske retningslinjer - Klassifikation og stadietinddeling af prostatacancer. Senest hentet: 16/3.2021. Link: <https://www.dmcg.dk/Kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer-opdelt-paa-dmcg/daproca/>.
- (20) Danske Multidisciplinære Cancergrupper. Kliniske retningslinjer - Behandling af hormonsensitiv prostatacancer. Senest hentet: 16/3.2022. Link: <https://www.dmcg.dk/Kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer-opdelt-paa-dmcg/daproca/>.
- (21) Dansk Selskab for Almen Medicin. Kræftopfølgning i almen praksis. Opdateret: 2019. Senest hentet: 21/10.2021. Link: <https://vejledninger.dsam.dk/cancer/>.
- (22) Danske Multidisciplinære Cancergrupper. Kliniske Retningslinjer - Opfølgning af prostatacancer. Senest hentet: 16/3.2022. Link: <https://www.dmcg.dk/Kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer-opdelt-paa-dmcg/daproca/>.
- (23) Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. Sundhedsstyrelsen, 2018.

(24) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats. Sundhedsstyrelsen, 2017.

(25) Sundheds- og Ældreministeriet. Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus: BEK nr 918 af 22/06/2018. Opdateret: 2018. Senest hentet: 22/10.2022. Link: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/918>.

(26) Sundhedsstyrelsen. Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne. Sundhedsstyrelsen, 2017.

(27) Universitetshospital RMA. Klinik for Senfølger efter Kræft i Bækkenorganerne. Opdateret: 2020. Senest hentet: 21/10.2021. Link: <https://www.auh.dk/afdelinger/senfolger-efter-kraft-i-bakkenorganerne>.

(28) Peterson AC, Chen Y. Patient reported incontinence after radical prostatectomy is more common than expected and not associated with the nerve sparing technique: results from the Center for Prostate Disease Research (CPDR) database. *Neurourol Urodyn* 2012;31(1):60-63.

(29) Sundhedsstyrelsen. Rehabilitering af patienter med prostatakræft - national klinisk retningslinje. Sundhedsstyrelsen, 2021.

(30) Cormier JN, Askew RL, Mungovan KS, Xing Y, Ross MI, Armer JM. Lymphedema beyond breast cancer: a systematic review and meta-analysis of cancer-related secondary lymphedema. *Cancer* 2010;116(22):5138-5149.

(31) Hoffman KE, Penson DF, Zhao Z, Huang LC, Conwill R, Laviana AA, et al. Patient-Reported Outcomes Through 5 Years for Active Surveillance, Surgery, Brachytherapy, or External Beam Radiation With or Without Androgen Deprivation Therapy for Localized Prostate Cancer. *JAMA* 2020;323(2):149-163.

(32) Finkelstein JS, Lee H, Burnett-Bowie SA, Pallais JC, Yu EW, Borges LF, et al. Gonadal steroids and body composition, strength, and sexual function in men. *N Engl J Med* 2013;369(11):1011-1022.

(33) Jespersen CG, Nørgaard M, Borre M. Androgen-deprivation therapy in treatment of prostate cancer and risk of myocardial infarction and stroke: a nationwide Danish population-based cohort study. *Eur Urol* 2014;65(4):704-709.

(34) Smith MR, Lee H, Fallon MA, Nathan DM. Adipocytokines, obesity, and insulin resistance during combined androgen blockade for prostate cancer. *Urology* 2008;71(2):318-322.

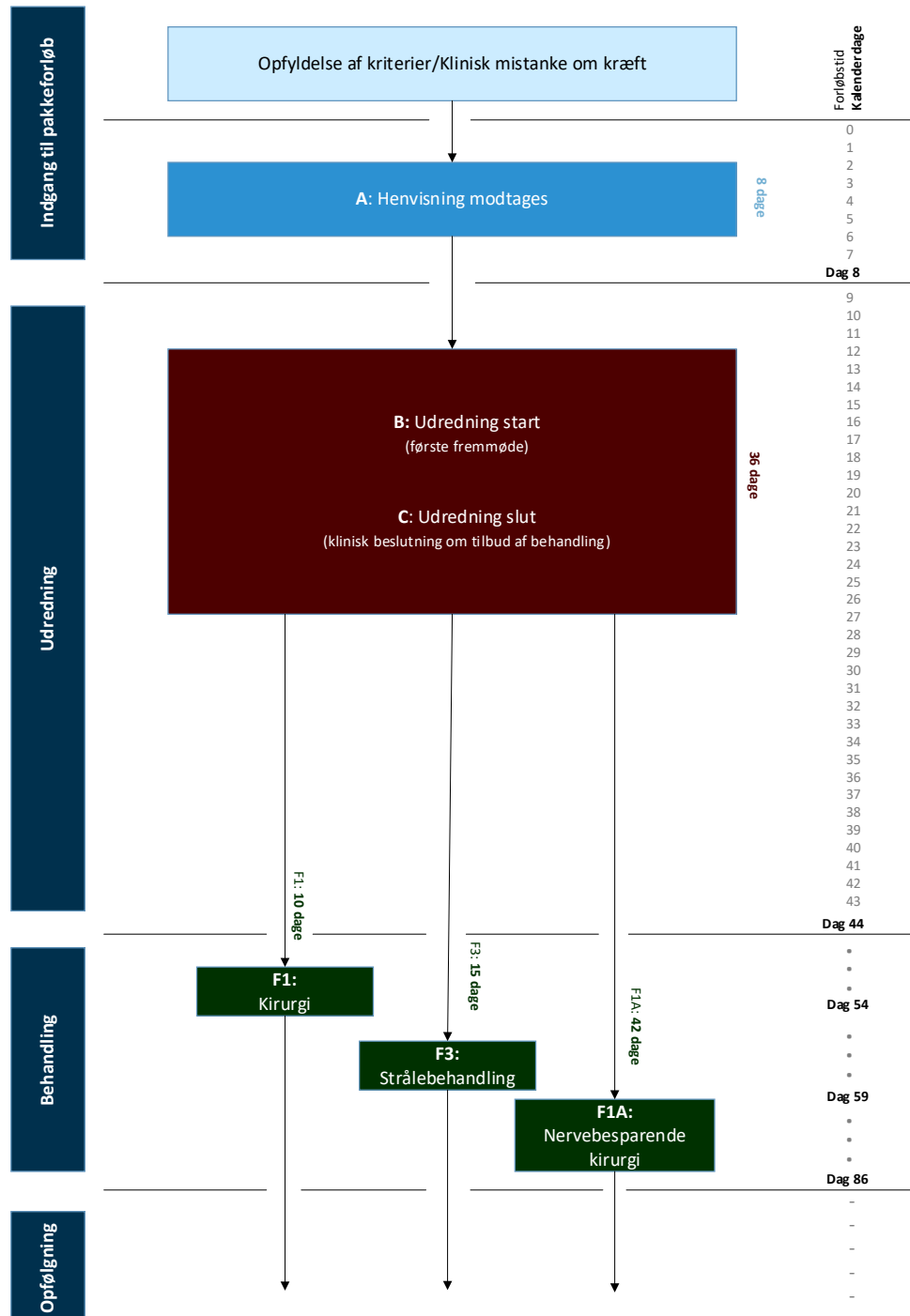
- (35) Nguyen PL, Alibhai SM, Basaria S, D'Amico AV, Kantoff PW, Keating NL, et al. Adverse effects of androgen deprivation therapy and strategies to mitigate them. *Eur Urol* 2015;67(5):825-836.
- (36) Sundhedsstyrelsen. Fysisk træning som behandling - 31 lidelser og risikotilstande. Sundhedsstyrelsen, 2018.
- (37) Perdonà S, Autorino R, De Placido S, D'Armiento M, Gallo A, Damiano R, et al. Efficacy of tamoxifen and radiotherapy for prevention and treatment of gynaecomastia and breast pain caused by bicalutamide in prostate cancer: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2005;6(5):295-300.
- (38) Lee MS, Kim KH, Shin BC, Choi SM, Ernst E. Acupuncture for treating hot flushes in men with prostate cancer: a systematic review. *Support Care Cancer* 2009;17(7):763-770.
- (39) Vitolins MZ, Griffin L, Tomlinson WV, Vuky J, Adams PT, Moose D, et al. Randomized trial to assess the impact of venlafaxine and soy protein on hot flashes and quality of life in men with prostate cancer. *J Clin Oncol* 2013;31(32):4092-4098.
- (40) Fode M, Mosholt KS, Nielsen TK, Tolouee S, Giraldi A, Østergren PB, et al. Sexual Motivators and Endorsement of Models Describing Sexual Response of Men Undergoing Androgen Deprivation Therapy for Advanced Prostate Cancer. *J Sex Med* 2020;17(8):1538-1543.

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Registreringsvejledning

Bilag 2: Arbejdsgruppens sammensætning

Bilag 1: Registreringsvejledning



Registrering: Henvisning til pakkeforløb modtaget (A)

Koden for henvisning til start af pakkeforløb for prostatakæft skal indberettes, når:

- Henvisning til pakkeforløb for prostatakæft er modtaget i afdeling/central visitationsenhed
- Det af visiterende læge vurderes, at henvisningen til pakkeforløb for prostatakæft begrundes, at mistanken om kræft opretholdes. Dette gælder uanset henvisningsmåde

Koden skal indberettes uanset type af henvisning: fra ekstern part, eget sygehus eller fra egen afdeling med eller uden fysisk henvisningsblanket. Der indberettes følgende kode:

[AFB16A] Kræft i prostata: Henvisning til pakkeforløb start

Forløbstiden er 8 kalenderdage

Der må gå 8 kalenderdage fra afdelingen/central visitationsenhed modtager henvisningen, til at udredning starter. Patienten skal påbegynde udredning i pakkeforløb senest på 9. kalenderdag. Denne dag for første fremmøde indregnes ikke i henvisningsperioden, men er den første dag i udredningsperioden.

Hvis en patient skal møde til klinisk undersøgelse i filterfunktionen, foregår dette inden pakkeforløbet påbegyndes. Forløbstiden starter ved første fremmøde i pakkeforløb.

Tiden består af:

- At håndtere henvisningen
- At booke relevante undersøgelser og samtaler

Registrering: Udredning start (B)

Koden for udredning start, første fremmøde skal indberettes ved:

- Patientens første fremmøde til udredning i pakkeforløb for prostatakæft på urologisk eller billeddiagnostisk afdeling

Der indberettes følgende kode:

[AFB16B] Kræft i prostata: Udredning start, første fremmøde

Registrering: Udredning slut (C)

Koden for udredning slut skal indberettes, når udredningen er afsluttet, og der ved MDT-konference eller på tilsvarende vis tages klinisk beslutning vedrørende tilbud om initial behandling. (Dette er ikke svarende til fælles beslutning med patienten, men indberettes

ved MDT-konference eller i forbindelse med at den kliniske beslutning om tilbud om initial behandling er truffet).

Der indberettes en af følgende koder:

[AFB16C1] Kræft i prostata: Beslutning, tilbud om initial behandling

[AFB16C1A] Kræft i prostata: Beslutning, tilbud om initial behandling i udlandet

[AFB16C2] Kræft i prostata: Beslutning, initial behandling ikke relevant

[AFB16C2A] Kræft i prostata: Beslutning, initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling

Forløbstiden er 36 kalenderdage

Der må gå 36 kalenderdage fra patientens første fremmøde til udredningen afsluttes.

Tiden består af en række af nedenstående undersøgelser. Disse er tilrettelagt efter den specifikke sygdomssituation samt resultatet af den forudgående undersøgelse:

- Journaloptagelse inklusiv klinisk undersøgelse og blodprøver (herunder måling af PSA)
- MR-skanning og/eller ultralydskanning af prostata
- Prostatabiopsier med efterfølgende histopatologisk vurdering
- Øvrig billeddiagnostik i henhold til DaProCa's retningslinjer til vurdering af eventuel spredning af sygdom og udgangspunkt for systemisk behandling
- MDT-konference

Desuden afsættes tid til:

- Vurdering og eventuelt stabilisering af komorbiditet
- Eventuel pause med blodfortyndende medicin inden biopsitagning
- Eventuel indlæggelse ved supplerende undersøgelser

Ved beslutning om at patienten skal tilbydes active surveillance eller watchful waiting, skal afdelingen indberette med koden '*[AFB16C2A] Kræft i prostata: Beslutning, initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling*'.

Registrering: Afslutning af pakkeforløb (X)

Hvis det klinisk vurderes, at diagnosen kan afkræftes, indberettes:

[AFB16X1] Kræft i prostata: Pakkeforløb slut, diagnose afkræftet

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling indberettes:

[AFB16X2] Kræft i prostata: Slut, pakkeforløb patientens ønske

Hvis patienten udebliver vedvarende efter henvisning til pakkeforløb start er modtaget i afdeling, indberettes

[AFB16X9] Kræft i prostata: Pakkeforløb slut, anden årsag

Kode for 'Pakkeforløb slut, diagnose afkræftet' kan anvendes efter udredningen er startet med indberetning af 'udredning start, første fremmøde AFB16B. For de to øvrige gælder, at disse indberetninger kan anvendes på et hvilket som helst tidspunkt i patientforløbet, når dette er relevant

Registrering: Initial behandling (F)

Koden for initial behandling start skal indberettes:

- Ved først forekommende behandlingstiltag rettet mod kræftsygdommen.

Neoadjuverende og anden forberedende behandling regnes ligeledes for start på initial behandling. Ved fx indledende strålebehandling forud for operation indberettes 'initial behandling start, strålebehandling' ved strålebehandlingens start.

Ved neoadjuverende endokrin behandling inden strålebehandling, indberettes 'initial behandling start, medicinsk' ved start af neoadjuverende endokrin behandling.

Ved start af initial behandling indberettes en af følgende koder, alt efter behandlingsform:

[AFB16F1] Kræft i prostata: Initial behandling start, kirurgisk

[AFB16F1A] Kræft i prostata: Initial behandling start, nervebesparende kirurgi

[AFB16F2] Kræft i prostata: Initial behandling start, medicinsk

[AFB16F3] Kræft i prostata: Initial behandling start, strålebehandling**Forløbstiden til kirurgisk behandling er 10 kalenderdage**

Der må gå 10 kalenderdage fra udredningen er afsluttet til patienten skal modtage kirurgisk behandling.

Dog vil lægefaglige hensyn til tidsrummet mellem prostatabiopsier og operation kunne kræve et længere forløb. Eksempelvis kan det være nødvendigt at forlænge tiden mellem biopsitagning og operation med 6-8 uger i tilfælde af infektion, hvilket vil medføre, at standardforløbstiden ikke kan overholdes.

Tiden består af:

- Samtale med patienten, hvor diagnose og tilbud om behandling gives
- Indhentning af samtykke
- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler og undersøgelser
- Forundersøgelse med klinisk undersøgelse, patientinformation, samtale med sygeplejerske, anæsthesitilsyn, eventuel supplerende billeddiagnostik eller anden undersøgelse
- Indlæggelse, blodprøver, information og samtale med sygeplejerske og anæsthesitilsyn

Desuden afsættes tid til:

- Præoperativ optimering herunder vurdering og eventuel stabilisering af komorbiditet

Forløbstiden til nervebesparende kirurgi er 42 kalenderdage

Der må gå 42 kalenderdage fra udredningen er afsluttet til patienten skal modtage nervebesparende kirurgi.

Ved nervesparende kirurgi bør indgrebet tidligst finde sted 6 uger efter prostatabiopsieringen, da inflammation i vævet herpå i denne periode besværliggør indgrebet med reduktion af chancen for bevaret rejsningsevne.

Tiden består af:

- Samtale med patienten, hvor diagnose og tilbud om behandling gives
- Indhentning af samtykke
- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler, undersøgelser
- Teknisk forberedelse

Forløbstiden til strålebehandling er 15 kalenderdage

Der må gå 15 kalenderdage fra udredningen er afsluttet til patienten skal modtage strålebehandling.

Tiden består af:

- Samtale med patienten, hvor diagnose og tilbud om behandling gives
- Indhentning af samtykke
- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler, undersøgelser
- Teknisk forberedelse

Bilag 2: Arbejdsgruppens sammensætning

Repræsentant	Udpegning og arbejdssted
Nanna Cassandra Læssøe Afdelingslæge (Lotte Klitfod udtrådt)	Sundhedsstyrelsen (formand)
Karen Nørgaard Chefkonsulent (Morten Strand udtrådt)	Sundhedsministeriet
Morten Kamp Thomsen Seniorkonsulent	Danske Regioner
Ulla Geertsen Ledende overlæge	Region Syddanmark Urinvejskirurgisk Afdeling L, Odense Universitetshospital
Anette Ryslev Ledende overlæge	Region Midtjylland Urinvejskirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital
Hans-Erik Wittendorff Ledende overlæge (Susanne Lønborg Friis udtrådt)	Region Sjælland Urologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital
Henrik Jakobsen Overlæge og leder af prostatacancer team (Steen Werner Hansen udtrådt)	Region Hovedstaden Afdeling for urinvejssygdomme Herlev og Gentofte Hospital
Thomas Boserup Halphen Ledende overlæge	Region Nordjylland Nyre- og Urinvejskirurgisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital
Lone Brøgger Forløbskoordinator	Region Hovedstaden Afdeling for Urinvejssygdomme, Herlev og Gentofte Hospital

Kristiane Rosenlund Østerby Sygeplejerske og forløbskoordinator	Region Midtjylland Urinvejskirurgisk Afdeling, Hospitalsenheden Vest
Nina Svendsen Konsulent (Astrid Christine Jensen-Kanstrup og Mette Bay Skov udtrådt)	KL
Johnny Wejlgaard Fysioterapeut	Københavns kommune Center for Kræft og Sundhed, København
Marianne Eriksen Fysioterapeut	Egedal kommune Egedal Sundhedscenter
John Brandt Brodersen Professor i almen medicin	Dansk Selskab for Almen Medicin Københavns Universitet og Region Sjælland
Jeanne Avlastenok Klinisk sygeplejespecialist	Dansk Sygepleje Selskab Afdeling for Urinvejssygdomme, Herlev og Gentofte Hospital
Sofie Vistoft Specialeansvarlig sygeplejerske	Dansk Sygepleje Selskab Urinvejskirurgisk sengeafdeling, Aarhus Universitetshospital
Maria Rothgart Aabo Fysioterapeut, cand.scient.san.	Dansk Selskab for Fysioterapi Fysio-Ergoterapi, Herlev og Gentofte Hospital
Louise Rosholm Ergoterapeut, cand.scient.san.	Ergoterapeutforeningen Odense Universitetshospital
Helle Damgaard Zacho Overlæge	Dansk Prostata Cancer Gruppe Nuklearmedicinsk Afdeling, Aalborg Universitetshospital
Vibeke Løgager Overlæge	Dansk Prostata Cancer Gruppe Afdeling for Røntgen og Skanning, Herlev og Gentofte Hospital
Peter Meidahl Petersen Overlæge	Dansk Prostata Cancer Gruppe Afdeling for Kræftbehandling, Rigshospitalet

Michael Borre Lærestolsprofessor, overlæge, dr. med., Ph.d.	Dansk Prostata Cancer Gruppe Urinvejskirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital
Frederik Harving Afdelingslæge	Dansk Prostata Cancer Gruppe Patologiafdelingen, Aalborg Universitetshospital
Per Kongsted Afdelingslæge	Dansk Selskab for Klinisk Onkologi Afdeling for Kræftbehandling, Herlev og Gentofte Hospital
Andreas Røder Professor, overlæge, Ph.d.	Dansk Urologisk Selskab Afdeling for Urinvejskirurgi, Rigshospitalet
Bente Thoft Jensen Forskningssygeplejerske	Nationalt Forskningscenter for Senfølger til Kræft i Bækkenorganerne Urinvejskirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital
Bo Andreassen Rix Chef, Patient- & pårørendestøtte (Mette Vinter udtrådt)	Kræftens Bekæmpelse
Tonny Clausen Landsformand PROPA, Patient og pårørenderepræsentant	Prostatakraftforeningen PROPA

Sundhedsstyrelsen har sekretariatsbetjent arbejdsgruppen

Signe Munk Jensen	Fuldmægtig
Mariam Carstensen Nersesjan	Læge
Tina Birch	Sekretær
Anne Friis Kreilgaard	Fuldmægtig
Kasper de Laurent Stenalt	Læge
Marie Maul	Specialkonsulent
Mathilde Vinding Overgaard	Fuldmægtig

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥+●