

Tillämpning av Nationellt vårdprogram för Prostatacancer

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2018-00352) giltig till 20 april 2020.
Utarbetad av regional vårdprocessgrupp för prostatacancer, RCC Väst.

Regional medicinsk riktlinje (RMR) för prostatacancer (PC) utgår från Nationellt vårdprogram (NVP) PC samt kortversion för allmänläkare uppdaterade versioner mars 2017. Avsikten är att riktlinjerna i likhet med NVP ska revideras vartannat år. NVP samt kortversion för allmänläkare finns att tillgå på:

1. https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/prostatacancer/vardprogram/natvp_prostatacancer_v.1.2_20170228.pdf

2. https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/prostatacancer/vardprogram/natvp_prostatacancer_v.1.2_allm.lak_20170228_final.pdf

RMR ska ligga till grund för anpassning av NVP till lokala förhållanden vad gäller ansvarsfördelning och fungera som arbetsredskap för personal som är involverad i vården.

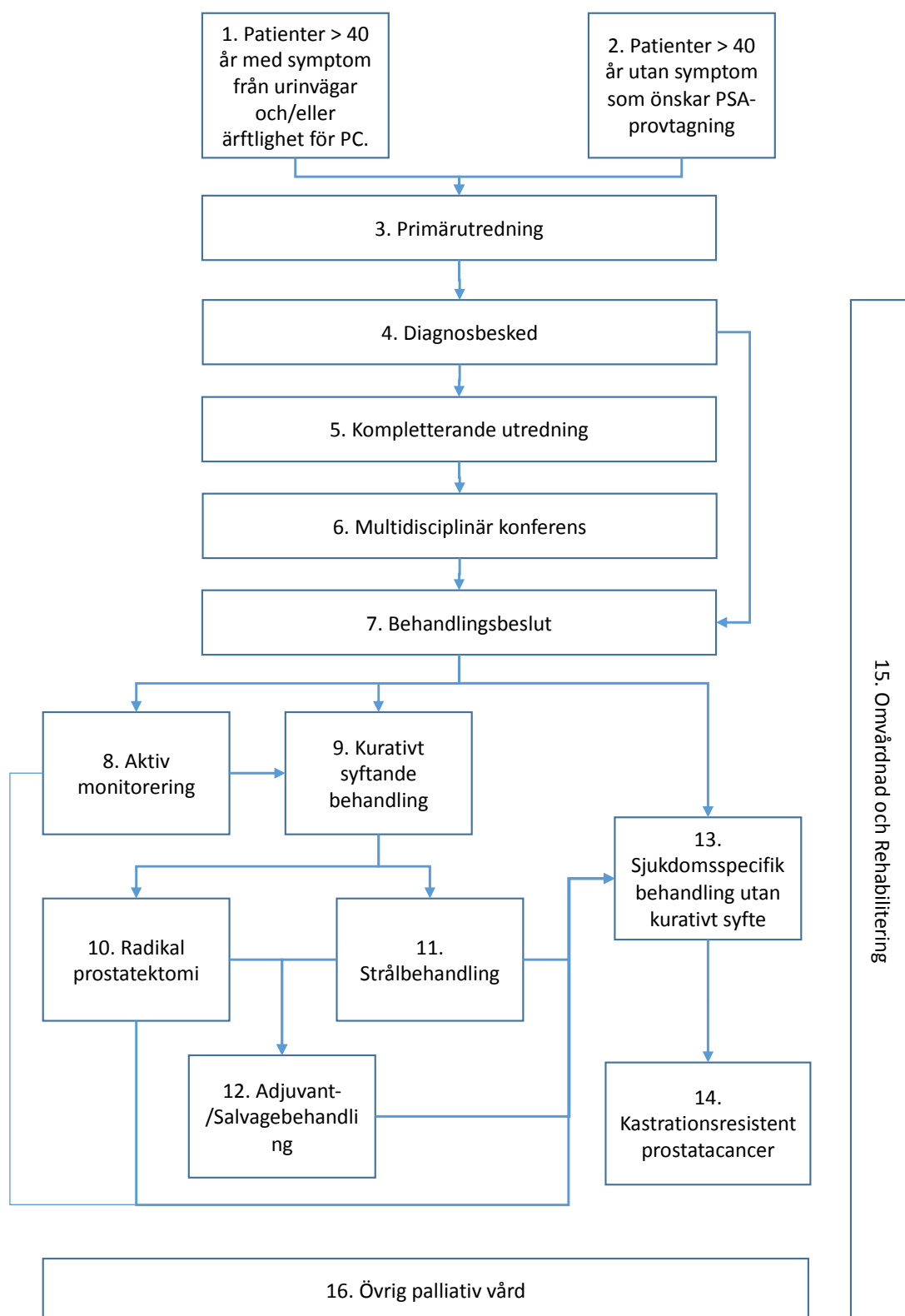
Nytt sedan föregående revidering

Det saknas tidigare RMR för prostatacancer varför det inte går att beskriva vad som är nytt

Regional tillämpning

Regionen ska följa NVP utan undantag.

Vårdprocess – vårdnivå – vårdstruktur - Processkarta



Förklaringar, specifika punkter att notera samt lokala implementeringar till processkartan:

- 1) Patienter över 40 år med symtom från urinvägarna (LUTS) utreds och följs i primärvård enligt NVP och NVP - Kortversion för allmänläkare punkt 2
(https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/prostatacancer/vardprogram/natvp_prostatacancer_v.1.2_allm.lak_20170228_final.pdf) samt RMR "Ansvarsfördelning mellan allmänmedicin och urologi i handläggningen av LUTS" (<http://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/vardriktlinjer/regionala-medicinska-riktlinjer/amnesomraden/alla-regionala-medicinska-riktlinjer>). Patienter med ärftlighet för prostatacancer enligt NVP - Kortversion för allmänläkare punkt 6 följs som tidigare tills eventuella kriterier för välgrundad misstanke uppfylls. Handläggning sker därefter enligt SVF.
 - a) Notera särskilt att:
 - i) Patienter över 40 år som av oncogenetisk mottagning konstaterats ha mutation i genen BRCA-2 remitteras i regel direkt vid konstaterandet till urologspecialist för uppföljning (NVP 7.4). Män med flera fall bland nära släktingar av tidigt debuterad bröstcancer eller äggstockscancer bör erbjudas oncogenetisk utredning. Remiss för oncogenetisk utredning kan initieras i primärvård eller specialistvård. Uppföljning sker av urologspecialist.
 - ii) Förslag på uppföljning i primärvården av män i ärftlig riskgrupp är PSA-test vartannat år för män med PSA < 1 µg/l och årligen för män med PSA 1–1,9 µg/l.
- 2) Patienter utan symtom som önskar PSA-testning. Dessa ska som tidigare informeras och följas i primärvård enligt NVP- Kortversion för allmänläkare tills eventuella kriterier för välgrundad misstanke uppfyllts
 - a) Notera särskilt att:
 - i) Patienter i "G2-studien" där PSA-screening i kombination med multiparametrisk magnetresonanstomografi (mpMRT) undersöks.
 - ii) Det finns ett politiskt beslut om att utreda förutsättningarna för organiserad PSA-provtagning för män i regionen. Utredningen var klar hösten 2017 och beslut om implementering väntas under våren 2018.
- 3) Primärutredning utförs på samtliga urologienheter (offentliga och privata) enligt NVP kapitel 9.1-9.4.
 - a) Notera särskilt att
 - i) Om det blir aktuellt med kurativt syftande behandling ska man vid Transrektalt ultraljud (TRUL) ange prostatavolym, ev lobus tertius, ev malignitetsmisstänkt område inkl diameter, ev misstanke om extraprostatisk växt eller överväxt på intilliggande organ.
 - ii) Man kan avstå från prostatabiopsier vid benignt palpationsfynd, PSA < 20 µg/l och PSA-densitet < 0.1 µg/l/cm³ **OCH** f/tPSA > 0.20.
 - iii) Vid biopsitagning bör antibiotikabehandling ges under 5-10 dagar till patienter med riskfaktorer enligt 9.3.2.
 - iv) NPCR:s biopsimall ska användas, se 9.3.3. Biopsisvar ska innehålla antal mm cancer, Gleasonsumma inklusive procent Gleasongrad 4, och ISUP-gradering, se 10.1.
 - v) NPCR:s MR-mall ska användas, se bilaga 9. För instruktioner hur undersökning och bedömning ska utföras, se 9.4.5.
 - vi) Hos patienter med en tidigare benign biopsiomgång och fortsatt cancermisstanke rekommenderas i första hand mpMRT efter 2-3 månader, se 9.3.4.
- 4) Diagnosbesked ges på den urologienhet som genomför utredning enligt punkt 3 ovan, 9.5 – 9.7.
 - a) Notera särskilt att
 - i) Kontaktsjuksköterska ska närvara, se 9.5 samt 9.6.1.
 - ii) Information ska ges och "Min vårdplan" ska upprättas, se 9.6.2-3.
 - iii) Vid byte av vårdgivare ska "Aktiv överlämning" ske och dokumenteras i "Min vårdplan" enligt punkt 9.6.4.
 - iv) Patienter med komplicerad krisreaktion ska kunna erbjudas kurator, psykolog eller psykiatrisk kontakt efter behov, se 9.6.5.
 - v) Information om patientförening och hur de kan kontaktas ska ges, se 9.7.
- 5) Kompletterande utredning sker på den urologienhet som genomför primärutredning och ger diagnosbesked enligt punkt 3 och 4 ovan.
 - a) Notera särskilt att
 - i) N-stadium – då diffusionsviktad MRT kan öka sensitiviteten och mpMRT dessutom kan ge kompletterande information om lokal tumörutbredning bör mpMRT väljas framför CT, se 10.2.3.
 - ii) M-stadium – skelettskintigrafi bör utföras med SPECT-CT, se 10.2.4.
 - iii) Patienter med M1-sjukdom, aktuella för "tidig" cytotostatikabehandling ska utredas med CT-buk och thorax.
 - iv) Patienter aktuella för kurativt syftande behandling ska erhålla frågeformulär enligt bilaga 2 inför MDK och/eller behandlingsbeslut.

- 6) Multidisciplinär konferens (MDK). Patienter som enligt kap 11 ska diskuteras på MDK anmäles enligt <http://cancercentrum.se/vast/cancerdiagnoser/prostata/regional-varldprocess>.
 - a) Notera särskilt att
 - i) Presentation av fallet och dokumentation av diskussion och beslut sker av anmälande enhet.
 - ii) Patologipreparat och bilddiagnostik demonstreras, om de är relevanta för handläggningen.
 - iii) MDK har utbildningsvärde och personal under utbildning bör därför delta.
- 7) Behandlingsbeslut tillsammans med patient sker enligt 12.1.5. antingen på den urologienhet som genomför utredning och ger diagnosbesked enligt punkt 3 och 4 ovan eller på den behandlande enhet där behandling ska ske (urologi eller onkologienhet).
 - a) Notera särskilt att
 - i) Vid behandlingsbeslut ska patientens riskgrupp och kvarvarande livstid bedömas och journalföras, se 12.1.1-3.
 - ii) Patienten ska informeras om rätten till ny medicinsk bedömning (second opinion), se 12.1.4.
 - iii) Vid kurativt syftande behandling ska patienten erhålla NPCR:s PROM-enkät.
 - iv) Överväg om patienten kan vara aktuell för inklusion i klinisk studie.
 - v) Patientinformation kan med fördel erbjudas i grupp med patienter/anhöriga av både urolog, onkolog, kontaktsköterska och patientrepresentant, se "Patientskola".
- 8) Aktiv monitorering (AM) ska rekommenderas vid mycket lågriscancer. Handläggning sker på samtliga urologenheter (offentliga och privata) enligt 12.2.1
 - a) Notera särskilt att
 - i) Inför AM bör mpMRT med efterföljande riktade biopsier mot förändringar PI-RADS ≥ 3 ske som komplement till tidigare systematiska biopsier.
 - ii) patienterna kan vara aktuella för inklusion i SPCG-17 (anmälan MDK).
 - iii) Uppföljning ska ske systematiskt. Patientöversikt prostatacancer (PPC) kommer under året ge möjlighet till strukturerad uppföljning.
- 9) Kurativt syftande behandling sker enligt beslutad nivåstrukturerad i regionen, se även kapitel 18. Patienten ska informeras om för- och nackdelar med de olika behandlingsalternativen enligt 12.1.6.
 - a) Notera särskilt att
 - i) Enheter som utför kurativt syftande behandling ska ha strukturerade rehabiliteringsprogram för biverkningar från urinvägar, tarm- och sexualfunktion.
 - ii) Min vårdplan ska uppdateras i samråd med patienten.
 - iii) Patienter med begränsad regional lymfkörtelmetastasering kan vara aktuella för kurativt syftande behandling och bör anmälas till MDK för diskussion.
 - iv) Patienter med lokalt avancerad sjukdom (T3N0M0) ska anmälas till MDK för diskussion. Inklusion i SPCG-15 bör övervägas.
- 10) Radikal prostatektomi (RP) ska endast utföras av enheter som uppfyller krav enligt kapitel 18 och genomförs enligt 12.2.2.
 - a) Notera särskilt att
 - i) Det skall finnas minst två erfarna operatörer vid enheten som vardera utför mer än 25 ingrepp årligen. Enheten ska utföra minst 50 operationer per år.
 - ii) Evidens saknas för effekten av lymfkörtelutrymning i samband med RP. Eventuell lymfkörtelutrymning vid RP ska utföras med robotassisterad kirurgi och av operatör med stor erfarenhet.
 - iii) NPCR:s **utvidgade** enkät för RP ska ifyllas i samband med behandling.
 - iv) NPCR:s PROM-enkät (papper eller web-baserad) ska delas ut innan behandling.
 - v) Patienter med T3N0M0 ska ej opereras utanför studie utan strålbehandlas, om inte särskilda skäl föreligger. Ska i så fall diskuteras på MDK.
 - vi) Uppföljning efter operation ska ske enligt 17.2.1. Initial uppföljning sker på opererande enhet. När patienten är stabil (PSA, biverkningar) kan fortsatt uppföljning ske av diagnostiserande urologienhet om den är annan än den opererande i minst 10 år.
 - vii) Patienter med kvarstående svårt läckage efter 6 månader ska utredas enligt 15.8.3 och sedan diskuteras med subspecialiserad urolog vid SU.
 - viii) Patienter med subjektivt svagt urinflöde ska utredas enligt 15.10.
- 11) Primär strålbehandling (RT) utförs av strålbehandlingsavdelningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Södra Älvsborgs sjukhus och ska uppfylla kraven enligt kapitel 18 och genomförs enligt 12.2.3 - 6
 - a) Notera särskilt att
 - i) NPCR:s enkät för primär RT ska fyllas i efter avslutad behandling.

- ii) NPCR:s PROM-enkät (papper eller web-baserad) ska delas ut innan behandling. Om neoadjuvant hormonbehandling påbörjas på urologienhet ska PROM-enkät delas ut innan start av hormonbehandling.
 - iii) Neoadjuvant, konkomitant och adjuvant hormonbehandling bör ges till patienter med högriskcancer och utbredd mellanriskcancer. Beakta hjärt/kärlsjuklighet.
 - iv) Kontroll av leverfunktion vid neoadjuvant och adjuvant hormonbehandling enligt lokala rutiner.
 - v) MRT ska användas vid targetdefinition
 - vi) Definition av målområde ska utföras av onkolog som ansvarar för minst 25 sådana behandlingar årligen.
 - vii) Moderat hypofraktionerad behandling (60 - 66 Gy/ 20 - 22 fraktioner) med eller utan hormoner är ett alternativ till konventionellt fraktionerad behandling (78 Gy/39 fraktioner).
 - viii) Evidens saknas för effekten av att strålbehandla iliakala lymfkörtelstationer.
 - ix) Lågdos brakyterapi (seeds) utförs inte i regionen.
 - x) Aktiv överlämning ska ske mellan patientansvarig sjuksköterska på strålbehandling och kontaktsjuksköterska på uroonkologisk enhet efter avslutad strålbehandling.
 - xi) Handläggning av akuta strålbehandlingsreaktioner handläggs primärt av sjuksköterskor på strålbehandling till och med tre månader efter avslutad strålbehandling.
 - xii) Uppföljning efter strålbehandling ska ske enligt 17.2.1. Initial uppföljning (6 månader för patienter utan uttalade biverkningar, två år för övriga) sker alltid på strålbehandlande enhet. Om patienten då är stabil (PSA och biverkningar) kan fortsatt uppföljning ske av diagnosticerande specialistenhet.
- 12) Adjuvant/Salvagebehandling ska endast ske efter beslut på MDK enligt 12.4.5 (adjuvant RT efter RP) samt kapitel 13.
- a) Notera särskilt att
 - i) RT ska ges med VMAT-teknik.
 - ii) NPCR:s enkät för primär/postoperativ RT ska fyllas i.
 - iii) NPCR:s PROM-enkät (papper eller web-baserad) ska delas ut innan behandling.
 - iv) Med adjuvant RT avses RT som ges vid hög risk för postoperativ återfall hos patienter med PSA < 0.1 µg/l. RT vid postoperativ PSA > 0.1 och vid senare stigande PSA-värde benämns "salvage RT".
 - v) Vid PSA < 0,7 µg/l kan "salvage RT" komma i fråga efter MDK, behövs ingen tilläggsbehandling med bicalutamid. Vid PSA 0,7-4,0 µg/l utan påvisad spridning kan "salvage RT" ges i kombination med bicalutamid i 2 år.
 - vi) Efter avslutad postoperativ RT sker första kontroll hos uroonkolog efter 6 månader. Därefter återremitteras patienten till inremitterande specialistenhet.
- 13) Sjukdomsspecifik behandling **utan kurativt syfte** ska ske enligt kapitel 12.5-6.
- a) Notera särskilt att
 - i) Patienter med låg- och mellanriskcancer utan symtom ska ej behandlas.
 - ii) Bicalutamid är förstahandsalternativ vid hormonell behandling vid M0, både för högrisk och lokala symtom.
 - iii) Efter insättning av medicinsk kastrationsbehandling ska PSA samt S-testosteron tas vid första kontrollen.
 - iv) "Flare-profylax" i 30 dagar med bicalutamid 150 mg 1x1 ska ges vid start av GnRH.
 - v) Patienter under kastrationsbehandling skall informeras enligt 12.5.4 och följas vid specialistmottagning enligt 17.2.4-5. Bentäthetsmätning rekommenderas efter 1 års kastrationsbehandling för patienter med flera riskfaktorer, för övriga efter 3 år.
 - vi) Patienter med fjärrmetastaserad PC, aktuella för "tidig" cytostatikabehandling, utreds med skelettundersökning samt CT thorax/buk innan MDK, se 12.5.3.
 - vii) "Tidig" cytostatikabehandling (docetaxel) ges var 3:e vecka vid sex tillfällen. Ordinerar av onkolog och administreras på respektive onkologienhet i regionen.
 - viii) Uppföljning under "tidig" cytostatikabehandling sker hos onkolog efter tre behandlingar samt efter avslutad behandling. Om god behandlingseffekt återremitteras patienter till inremitterande urologienhet. Vid tveksam behandlingseffekt sker fortsatt uppföljning hos uroonkolog.
 - ix) Sjukdomsförloppet för patienter som påbörjar hormonbehandling ska registreras och följas upp i PPC.
- 14) Kastrationsresistent prostatacancer (CRPC) ska behandlas enligt 12.6.1-7. Behandling och uppföljning sker på de större enheterna (onkolog/urologienhet) i regionen där tillräcklig kompetens finns.
- a) Notera särskilt att
 - i) Vid progress under hormonbehandling ska kontroll av S-testosteron samt skelettundersökning och CT thorax/buk göras.
 - ii) Patienter med CRPC ska erbjudas ett multidisciplinärt omhändertagande.
 - iii) Patienter med nyligen konstaterad CRPC ska diskuteras på MDK.

- iv) Patienter med CRPC utan kända metastaser ska om möjligt inkluderas i kliniska studier eller följas med täta kontroller var tredje månad enligt 12.6.2.
 - v) Patienter med metastaserad CRPC som vid MDK bedöms tolerera samtliga behandlingsalternativ ska handläggas av onkolog för diskussion och bedömning.
 - vi) Behandlingsordning av terapier givna efter konstaterad kastrationsresistens ska benämnas första, andra, tredje linjens behandling.
 - vii) Behandlingsbeslut ska baseras på värdering av klinik (symtom och allmäntillstånd), bildiagnostik, laboratorievärden samt bedömning av biverkningar och patientens önskemål.
 - viii) Terapispecifik uppföljning ska ske enligt 12.6.3.
 - ix) Patienter som vid första utvärdering (tre månader) har PSA-progress och/eller symtomprogress och/eller radiologisk progress bedöms som primär behandlingsresistens.
 - x) Hos patienter med initialt behandlingssvar ska behandlingen avslutas enligt kriterier 12.6.3.2.
 - xi) Sekvensbehandling med abirateron och enzalutamid rekommenderas inte utanför kliniska studier (undantag patienter som på grund av biverkningar avslutar behandling inom de tre första månaderna).
 - xii) Sjukdomsförloppet och PROM för patienter med CRPC ska registreras och följas upp i PPC.
 - xiii) Postoperativ strålbehandling bör ges efter en månad hos patienter opererade för hotande eller manifest patologisk fraktur.
- 1) Omvårdnad och Rehabilitering sker fortlöpande på samtliga urologienheter (offentliga och privata) samt onkologienheter enligt NVP kapitel 15 samt det Nationella Vårdprogrammet för Cancerrehabilitering https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-var/vardprogram/natvp_cancerrehabilitering_2017-04-26_final.pdf och den RMR för omvårdnad och rehabilitering som kommer att beslutas om våren 2018.
- b) Notera särskilt att
- i) Samtliga patienter med prostatacancer i VGR ska ha blivit erbjuden kontakt-ssk i samband med diagnosbesked.
 - ii) Kontaktsjuksköterska ska finnas vid samtliga enheter som utreder och omhändertar patienter med prostatacancer (SOU 2009:11 samt Hälso- och sjukvårdslagen 1982:736) och ha ett skriftligt uppdrag av verksamhetschef. Kontaktsköterskan ska ha genomgått lämplig utbildning, i första hand RCCs kontaktsjuksköterskeutbildning på 50% under 2 år.
 - iii) Skriftlig "Min vårdplan" ska upprättas för samtliga patienter enligt 9.6.2 samt 9.6.3.
 - iv) Vid byte av vårdgivare ska "Aktiv överlämning" ske och dokumenteras i "Min vårdplan" enligt 9.6.4.
 - v) Vid remiss till hemsjukvård från specialistvård ska samarbetet mellan specialistklinik och kommunal hälso- och sjukvård ska ansvarsfördelning och respektive vårdgivares ansvar tydligt framgå.
 - vi) Om patienten vid utskrivning från slutenvård bedöms ha behov av både insatser från landsting och kommun ska en Samordnad Individuell Planering (SIP) genomföras enligt Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (2017:612).
 - vii) Samtliga enheter som utreder och omhändertar patienter med prostatacancer ska ha tillgång till rehabiliteringsteam för att skapa ett för patienten individuellt rehabiliteringsprogram inklusive möjlighet att träffa kurator, fysioterapeut, uroterapeut, sexolog och dietist, se 15.5.2. Rehabiliteringsprogrammets innehåll skall framgå i min vårdplan.
 - viii) Rehabiliteringsinformation kan med fördel ges i grupp av representanter från berörda yrkeskategorier.
- 15) Palliativ vård. Handläggningen bör ske enligt det nyligen uppdaterade nationella vårdprogrammet för palliativ vård https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-var/vardprogram/natvp_palliativvard_vers.2.1_dec2016.pdf samt RMR för palliativ vård i regionen <http://www.vgregion.se/halsa-och-var/vardgivarwebben/vardriktlinjer/regionala-medicinska-riktlinjer/amnesomraden/alla-regionala-medicinska-riktlinjer/>.
- a) Notera särskilt att
- i) För de patienter på särskilda boenden, korttidsboenden eller där kommunen är inkopplad för hemsjukvård har primärvården ansvaret för att symtomskatta patienter, upprätta medicinska vårdplaner ge adekvata trygghetsordinationer, erbjuda hembesök och kontakta specialiserad vård vid otillräcklig symtomkontroll trots behandlingsförsök.

Uppföljning

Sektorrådet för urologi samt tumörråd ansvarar för att målen i aktuell RMR uppnås. Arbetet sker i tätt samarbete med den regionala vårdprocessgruppen för PC där representanter för patienter och från alla vårdgivare (offentliga och privata) samt alla kompetensområden som deltar i vården av män med prostatacancer inklusive primärvård nu ingår. Ledtider, behandlingsinnehåll och uppföljning av män som utreds och behandlas för prostatacancer inom Region Väst ska registreras i SVF-INCA, NPCR inklusive patientöversikt

prostatacancer (PPC) för att kunna kvalitetssäkra vårdförloppet både vad gäller enskilda i vårdförloppet ingående ledtider och moment. Kvalitetsindikatorer och följsamhet till riktlinjer kan enkelt följas i realtid genom Nationella prostatacancerregistret (NPCR) "Koll på läget", "RATTEN" och Patientöversikt prostatacancer (PPC). Förutsättningarna för att bedriva det förbättringsarbete som krävs för att uppnå målen i den aktuella regionala medicinska riktlinjen för vården av män med PC är därför mycket goda.

Implementering av NVP och RMR sker fortlöpande genom regionsövergripande samarbete mellan utredande och behandlande kliniker (offentligfinansierade) i processgruppen för prostatacancer.