

# Prostatacancer

Standardiserat vårdförlopp

2021-04-13 Version: 4.0

## Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2014-12-17	Slutlig version
2015-12-21	Uppdateringar fastställda av SKL:s beslutsgrupp, se 1.1
2016-10-24	Reviderad version fastställd av SKL:s beslutsgrupp, se 1.1
2016-12-14	Små ändringar i samband med korrekturläsning
2020-03-03	Reviderad version fastställd av RCC i samverkan, se Förändringar jämfört med tidigare version
2020-03-30	Korrigerig, se Förändringar jämfört med tidigare version
2021-04-13	Reviderad version fastställd av RCC i samverkan, se Förändringar jämfört med tidigare version

Rekommendationer utarbetade av nationell arbetsgrupp och fastställda av RCC i samverkan  
2021-04-13

Standardiserat vårdförlopp för prostatacancer

# Innehållsförteckning

## Kapitel 1

Introduktion .....	4
Förändringar jämfört med tidigare version .....	4
Om prostatacancer .....	6
Flödesschema för vårdförloppet .....	7

## Kapitel 2

<b>Ingång till standardiserat vårdförlopp .....</b>	<b>8</b>
Misstanke .....	8
Undersökning av män utan symtom .....	8
Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp.....	8
Remiss till urolog för utredning vid välgrundad misstanke .....	9
Kommunikation och delaktighet.....	9

## Kapitel 3

<b>Utredning och beslut om behandling.....</b>	<b>10</b>
Utredningsförlopp .....	10
Multidisciplinär konferens (MDK) .....	12
Klassifikation och beslut om behandling .....	12
Omvårdnad, rehabilitering och understödande vård .....	12
Kommunikation och delaktighet.....	12

## Kapitel 4

<b>Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp .....</b>	<b>14</b>
Ledtider för nationell uppföljning.....	14
Ingående ledtider.....	15
Indikatorer för nationell uppföljning .....	16
Indikatorer för kvalitet .....	16

## Kapitel 5

<b>Generellt om standardiserade vårdförlopp.....</b>	<b>18</b>
Nationellt vårdprogram .....	18
Inklusion i standardiserat vårdförlopp .....	18
Hantering av återfall (recidiv).....	18
Utredningsförloppet .....	19
Inklusion i kliniska studier .....	19
Ledtider .....	19
Koordinatorsfunktion .....	19
Samarbete över regiongränser .....	19
Uppdatering.....	19

## Kapitel 6

<b>Arbetsgruppens sammansättning.....</b>	<b>20</b>
---	-----------

## KAPITEL 1

# Introduktion

## Syfte med standardiserade vårdförlopp

Syftet med standardiserade vårdförlopp är att alla som utreds för cancermisstanke ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödig väntetid oavsett var i landet patienten söker vård. Det innebär att samtliga steg i processen och samtliga ledtider är beräknade utifrån vad som är värdeskapande tid ur patientens perspektiv, alltså hur många dagar som krävs för att genomföra optimal handläggning och medicinsk behandling, men utan hänsyn till nuvarande organisation och arbetssätt. Vid implementering ansvarar respektive region för att skapa en organisation och resurser som möjliggör genomförande.

## Förändringar jämfört med tidigare version

### Revidering 2021-04-13

I denna revidering har följande ändrats:

- Utredningsförlopp:
  - Block C: Justering av när MRT bör omfatta de regionala lymfkörtlarna
  - Riskgruppsindelningen justerad i enlighet med det nationella vårdprogrammet.
- Tabellen med ledtider justerad för att harmonisera med kodningsvägledningen. Ingen ändring i rekommenderad handläggning.
- Indikatorer för kvalitet uppdaterade i enlighet med Koll på läget.
- Arbetsgruppen uppdaterad.

### Korrigerig 2020-03-30

Utredningsförlopp: Korrigerig av felaktig PSA-nivå i definitionen av högriskcancer.

### Revidering 2020-03-03

I denna revidering har följande ändrats:

- Om prostatacancer: Statistik över antal cancerfall är uppdaterad.
- Misstanke: Kriteriet för ärftlighet är borttaget, kriteriet för vattenkastningsbesvär är justerat.
- Undersökning av män utan symtom: Kommentar införd om att den organiserade prostatacancertestningen kan medföra särskilda rutiner.
- Välgrundad misstanke: Ett förtydligande är infört kring vilka värden som gäller för män som tidigare har utretts för prostatacancer samt för män som behandlas med 5-alfareduktashämmare.
- Remiss till urolog: tillägg kring bl.a. anamnes, läkemedel och kontraindikationer mot MRT.
- Utredningsförlopp:

- Utredningen inleds med remissgranskning. Män som har utretts tidigare kan planeras för individualiserad utredning.
- MRT bör genomföras före besök hos urolog, med undantag för män med PSA  $\geq$  100  $\mu\text{g/l}$  och/eller förväntad kvarvarande livstid under omkring 10 år.
- Om kapaciteten för MRT prostata är otillräcklig kan besök på urologimottagning erbjudas utan föregående MRT. Man kan då med anamnes (samsjuklighet, ärftlighet), palpation, ultraljud och beräkning av PSA-densitet avgränsa en grupp med så låg risk för behandlingskrävande prostatacancer att vare sig MRT eller prostatabiopsi är motiverad (se det nationella vårdprogrammet).
- Vid remissgranskningen bör individualiserad utredning utanför SVF väljas om mannen nyligen har utretts för misstanke om prostatacancer, nyligen har haft urinvägsinfektion eller om han har en komplicerande sjukdom som gör utredning enligt SVF olämplig.
- Ledtiderna är förlängda med 7 kalenderdagar för att möjliggöra MRT före urologbesök.
- Vid fynd lågriskcancer avslutas SVF när patienten har fått sitt cancerbesked på mottagningen. Processen fram till ett definitivt beslut om aktiv monitorering eller behandling sker alltså utanför ramen för SVF. Nytt avslutsalternativ infört: ”PAD-besked vid lågrisk. Kodas som Start av första behandling, annan.”
- Förtydliganden av vilka patienter som ska avslutas med koden ”Misstanke om cancer avskrivs”
- Indikatorer för kvalitet uppdaterade.
- Standardtext om hantering av återfall införd.
- Arbetsgruppen uppdaterad.

## Revidering 2016-10-24

Vid revideringen hösten 2016 gjordes följande större ändringar:

- Ärftlighet lagdes till vid misstanke, hematospermi togs bort och kriterierna för vattenkastningsbesvär förenklades.
- Beskrivningen av initial handläggning av män utan symtom ersattes av en hänvisning till vårdprogrammet.
- Ett förhöjt PSA enligt tabell definierades som välgrundad misstanke efter första provet och skulle inte som tidigare leda till omprov.
- Gränsvärdena för PSA började gälla samtliga män och inte bara män med symtom.
- Utredningen inleddes med förnyat PSA-prov. Blocken omfördelades för att bättre spegla patientens process. Multidisciplinär mottagning infördes som ett alternativ till MDK. Beskrivningen av vilka patienter som ska genomgå bildiagnostik förenklades.
- Beskrivningen av MDK ersattes av en hänvisning till vårdprogrammet.
- Beskrivningen av beslut om behandling vid låg- och mellanriskcancer ändrades.
- Ledtiderna för nationell uppföljning delades på behandlingsmetod och inte patientgrupp. Fler tidsintervall infördes.
- De ingående ledtiderna räknades om och delades upp på intervall som beskriver hela processen.

## Om prostatacancer

Det standardiserade vårdförloppet gäller prostatacancer, C61.9.

Prostatacancer är den vanligaste cancersjukdomen i Sverige och den vanligaste cancerrelaterade dödsorsaken bland män. Omkring 120 000 svenska män lever med diagnosen. Varje år diagnostiseras cirka 10 000 män i Sverige med prostatacancer och cirka 2 400 dör av sjukdomen. Förekomsten ökar kraftigt med stigande ålder. Mer än var femte svensk man som når 80 års ålder får diagnosen, medan sjukdomen är sällsynt före 50 års ålder. De flesta män som får diagnosen prostatacancer har inga symtom av cancer. De har istället fått sin diagnos på grund av ett förhöjt värde av blodprovet PSA i samband med utredning för godartad prostataförstoring eller vid hälsokontroll. En mindre andel diagnostiseras hos män med vattenkastningsbesvär, skelettmärtnor eller andra symtom orsakade av cancer.

Det pågår inte någon organiserad screening för prostatacancer i Sverige. Trots detta har över hälften av de svenska männen över 50 års ålder tagit ett eller flera PSA-prov. Socialstyrelsen är däremot positiv till att regionerna i projektform utvärderar systematisk information om PSA-prov för män mellan 50 och 74 års ålder, med efterföljande organiserad testning för dem som så önskar. Två regioner (Skåne och Västra Götaland) påbörjade år 2020 sådana projekt. Eftersom projekten sker inom ramen för forskning och utveckling, omfattas de inte av det standardiserade vårdförloppet.

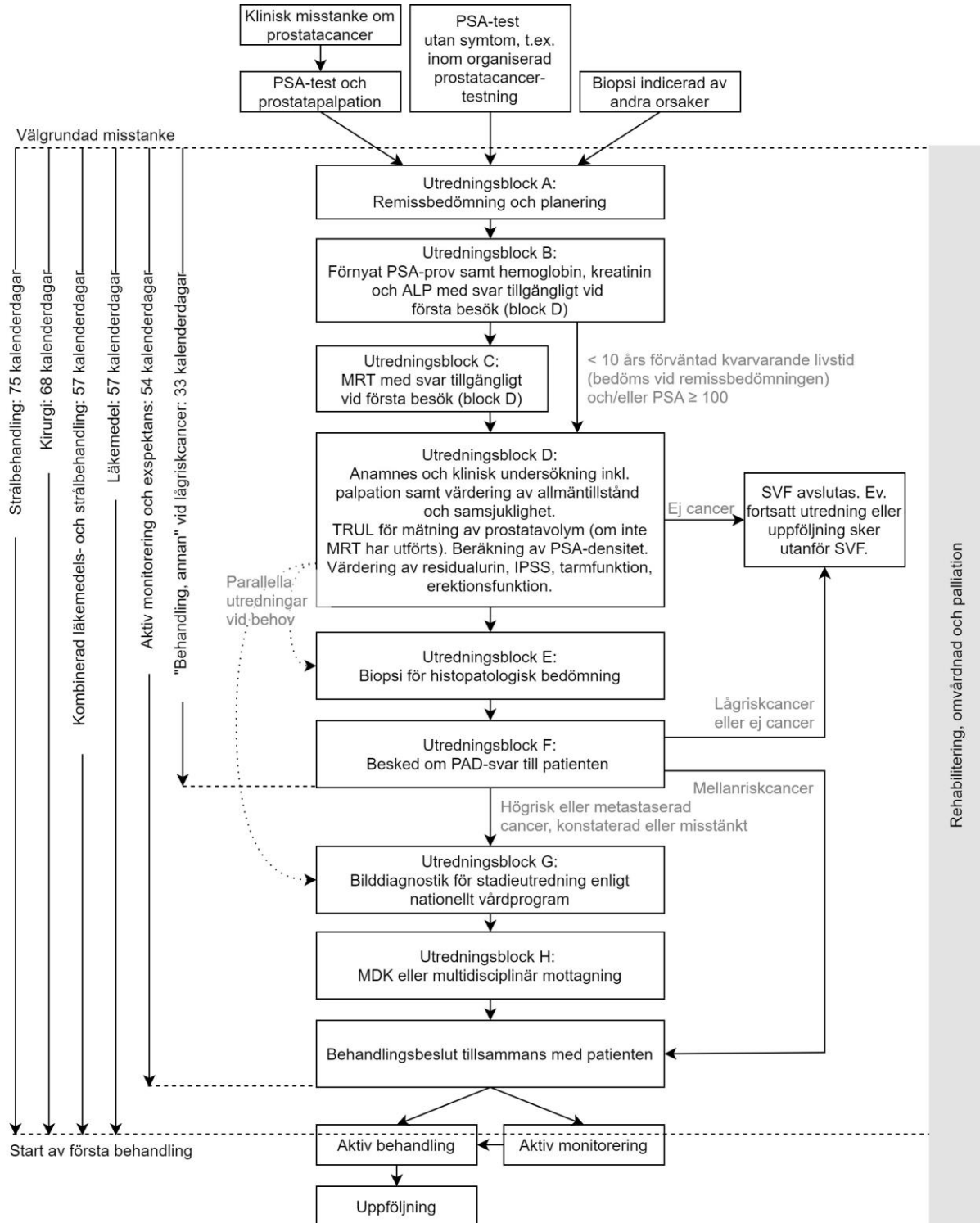
En mycket stor andel av den prostatacancer som diagnostiseras efter PSA-testning är så kallad lågrisk eller mellanrisk, med god prognos på många års sikt även utan behandling. Många män med sådan prostatacancer ska inte behandlas, utan bara följas upp. Utredning för stadiindelning är sällan motiverad. För de män som rekommenderas behandling finns vanligen flera olika typer av behandling att välja mellan: operation, yttre strålbehandling eller inre strålbehandling. För män med en lågrisk- eller mellanrisk-prostatacancer är det ur medicinsk synvinkel ingen brådska med behandlingsbeslutet; för en del av dem är en lång tid för behandlings-diskussioner värdeskapande.

Prostatacancer utan spridning i riskgrupperna hög eller mycket hög risk medför däremot en betydande dödlighet inom 5–10 år från diagnos om den inte behandlas. Bilddiagnostik för stadiutredning är nästan alltid motiverad. De flesta män med högriskcancer kan behandlas med antingen operation, strålbehandling eller hormonell behandling, eller med en kombination av dessa metoder. Detta ställer höga krav på multidisciplinärt omhändertagande. Valet av behandling bör därför diskuteras vid en multidisciplinär konferens (MDK). Många patienter behöver diskutera sin behandling med både en urologisk kirurg och en onkolog.

Prostatacancer med konstaterad spridning behandlas medicinskt med hormonellt verkande läkemedel eller kirurgisk kastration. Vid begränsad spridning kan lokal strålbehandling mot prostatatumören vara aktuell.

## Flödesschema för vårdförloppet

I regioner med organiserad prostatacancertestning kan det inledande flödet avvika från detta.



## KAPITEL 2

# Ingång till standardiserat vårdförlopp

## Misstanke

Hos män över 40 år ska följande föranleda misstanke om prostatacancer:

- tilltagande skelettsmärter
- skelettmetastaser utan känd primärtumör
- snabbt ökande, påtagliga urineringsbesvär (senaste halvåret)
- malignitetsmisstänkt palpationsfynd i prostatakörteln, innebär alltid välgrundad misstanke.

Vid misstanke bör följande utföras:

- riktad anamnes avseende ärftlighet, vattenkastningsbesvär och skelettsymtom
- prostatapalpation
- PSA-prov (PSA-prov bör inte tas i samband med symtom som skulle kunna bero på infektion i urinvägar eller genitalia, annat än vid stark klinisk misstanke om prostatacancer).

## Undersökning av män utan symtom

Symtomfria män som själva efterfrågar en prostatakontroll eller ett PSA-test ska få ta del av Socialstyrelsens PSA-broschyr och därefter handläggas enligt nationellt vårdprogram. I regioner med organiserad prostatacancer-testning gäller särskilda rutiner.

Om undersökningen ger välgrundad misstanke om prostatacancer ska patienten remitteras till utredning enligt det standardiserade vårdförloppet.

## Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- PSA över gränsvärdet (se tabell).  
Män som tidigare utretts för prostatacancer i enlighet med gällande vårdprogram kan ha ett individuellt definierat värde som ska föranleda förnyad utredning; detta värde gäller då istället för värdet i tabellen. För män som behandlas med 5-alfareduktashämmare (dutasterid och finasterid) ska gränsvärdena i tabellen halveras.
- Malignitetsmisstänkt palpationsfynd (förhårdnad i prostatakörteln).
- Urolog bedömer att det finns indikation för diagnostisk prostatabiopsi.

Ålder	Gränsvärden för PSA
< 70 år	≥ 3 µg/l
70–80 år	≥ 5 µg/l
> 80 år	≥ 7 µg/l



## Remiss till urolog för utredning vid välgrundad misstanke

Remissen ska innehålla

- anamnes, ange särskilt
  - symtom eller fynd som ligger till grund för välgrundad misstanke
  - företagen utredning
  - allmäntillstånd och samsjuklighet (ange särskilt om patienten på grund av ålder eller samsjuklighet kan behöva en individualiserad utredning)
  - tidigare sjukdomar och behandlingar, särskilt om patienten nyligen haft en urinvägsinfektion eller tidigare har utretts för prostatacancer
  - höftprotes (kan innebära att kontrast ska ges vid MR)
  - möjlig kontraindikation för MR: elektroniskt implantat (t ex pacemaker), äldre intrakraniella metallclips, metallsplitter, vikt > 140 kg, klaustrofobi
  - läkemedel (särskilt finasterid/dutasterid, trombocythämmare eller antikoagulantia)
  - social situation, eventuella språkhinder eller funktionsnedsättningar
- kontaktuppgifter för patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).

## Kommunikation och delaktighet

Den som remitterar till utredning (vid välgrundad misstanke) ska informera patienten om

- att det finns anledning att göra fler undersökningar för att ta reda på om patienten har eller inte har cancer
- vad ett standardiserat vårdförlopp innebär och vad som händer i den inledande fasen
- att patienten kan komma att kallas till utredning snabbt och därför bör vara tillgänglig på telefon
- att sjukvården ofta ringer från dolt nummer.

Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att patienten har förstått innehållet i och betydelsen av informationen. Informationen ska ges vid ett fysiskt möte om man inte kommit överens om annat.

## KAPITEL 3

# Utredning och beslut om behandling

## Utredningsförlopp

<b>Block A, vid urologienhet</b>	
<p><b>Remissbedömning och planering</b> av fortsatt utredning (inklusive ev. remittering till MRT)</p> <p>Besök bör erbjudas på urologimottagning utan föregående MRT om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mannen har så allvarlig samsjuklighet eller hög ålder att kurativt syftande behandling inte skulle vara aktuell om en lokaliserad prostatacancer skulle påvisas.</li> <li>– Kapaciteten för MRT prostata är otillräcklig. Man kan då med anamnes (samsjuklighet, ärftlighet), palpation, ultraljud och beräkning av PSA-densitet avgränsa en grupp med så låg risk för behandlingskrävande prostatacancer att vare sig MRT eller prostatabiopsi är motiverad (se det nationella vårdprogrammet).</li> </ul> <p>Om det bara finns ett PSA-värde och detta är strax ovan åtgärdsgränsen kan man överväga att låta patienten lämna ett nytt PSA-prov ca 3 veckor efter det första innan utredningen planeras.</p> <p>Utredningen ska i samtliga ovanstående fall genomföras med registrering enligt SVF.</p> <p>Individualiserad utredning utanför SVF bör väljas om mannen nyligen har utretts för misstanke om prostatacancer, nyligen har haft urinvägsinfektion eller om han har en komplicerande sjukdom som gör utredning enligt SVF olämplig.</p>	
<b>Block B</b>	<b>Block C</b>
Förnyat PSA-prov samt hemoglobin, kreatinin och ALP med svar tillgängligt vid block D	MRT med svar tillgängligt i block D Vid PSA > 50 µg/l eller palpatorisk misstanke om lokalt avancerad cancer bör MRT omfatta de regionala lymfkörtlarna
<b>Block D (första besök i specialiserad vård)</b>	<b>Block E</b>
Anamnes och klinisk undersökning inkl. palpation samt värdering av allmäntillstånd och samsjuklighet TRUL-för mätning av prostatavolym (om inte MRT har utförts). Beräkning av PSA-densitet Värdering av residualurin, IPSS, tarmfunktion, erektionsfunktion	Biopsi för histopatologisk bedömning
<b>Block F</b>	<b>Block G</b>
Besked om PAD-svar till patienten	Bilddiagnostik för stadietutredning enligt nationellt vårdprogram
<b>Block H</b>	
MDK eller multidisciplinär mottagning	

Resultat av block A (remissgranskning)	Åtgärd
PSA $\geq$ 100 $\mu\text{g/l}$ eller < 10 års förväntad kvarvarande livstid	Block B och D utförs (första besök utan föregående MRT)
Övriga	Block B, C och D utförs (MRT före första besök)
Resultat av block A-D	Åtgärd
Cancermisstanken kvarstår	Biopsi utförs i samband med första besök (block D). Besök för PAD-besked och ev. bilddiagnostik bokas
Cancermisstanken är tillräckligt låg för att prostatabiopsi inte ska vara motiverad eller beslut har fattats tillsammans med patienten att inte genomföra prostatabiopsi	Det standardiserade vårdförloppet avslutas när patienten har fått besked. En urologläkare planerar uppföljningen och definierar vid vilken PSA-nivå ett nytt SVF ska påbörjas, samt inom vilket tidsspann denna nivå gäller.  SVF ska avslutas med kod VJ178. Koden kallas "Misstanke om cancer avskrivs" men kan i detta fall snarare tolkas som "Misstanke är ej bekräftad".
Resultat av block F (PAD-besked)	Åtgärd
Cancer med hög eller mycket hög risk eller spridd prostatacancer* konstateras eller misstänks	Bilddiagnostik och MDK utförs (block G-H)
Mellanriskcancer konstateras*	Behandlingsdiskussion inleds utan vidare undersökningar
Lågriskcancer konstateras*	Det standardiserade vårdförloppet avslutas vid PAD-beskedet. Beslutet kodas som Start av behandling, annan.
Ingen cancer påvisas	Det standardiserade vårdförloppet avslutas och ev. uppföljning planeras.  SVF ska avslutas med kod VJ178. Koden kallas "Misstanke om cancer avskrivs" bör tolkas som "Misstanke är ej bekräftad". Gäller även vid histologisk misstanke om cancer eller fynd av prostatisk inraepitelial neoplasi (PIN).

\* Definitioner ur vårdprogrammet:

- Mycket låg risk: T1c, Gleasonsumma 6,  $\leq$  8 mm cancer totalt i 1–4 av 8–12 systematiska biopsikolvar, PSA < 10  $\mu\text{g/l}$  och PSA-densitet < 0,15  $\mu\text{g/l/cm}^3$
- Övrig lågrisk: T1–T2a, Gleasonsumma 6 och PSA < 10  $\mu\text{g/l}$  som inte uppfyller kriterierna för mycket låg risk
- Mellanrisk: T2b–T2c och/eller Gleasonsumma 7 och/eller PSA 10–19  $\mu\text{g/l}$

- Högrisk: En av följande högriskfaktorer: T3, Gleasonsumma 8, Gleasonsumma 4 + 3 = 7 i mer än hälften av systematiska biopsier, Gleasonsumma 4 + 3 i riktade biopsier från PI-RADS 5, PSA 20 - 49 µg/l
- Mycket hög risk: Två eller fler av ovanstående högriskfaktorer, eller minst en av följande: T4, Gleasonsumma 9–10, PSA ≥ 50 µg/l.

## Multidisciplinär konferens (MDK)

Handläggningen bör diskuteras på en MDK med de deltagare och i de situationer som anges i det nationella vårdprogrammet.

## Klassifikation och beslut om behandling

Beslut om behandlingsrekommendation ska fattas vid MDK. Konstaterad prostatacancer ska Gleasongraderas enligt ISUP 2019, stadiendelas enligt TNM-systemet (UICC 2016) och riskgrupperas enligt det nationella vårdprogrammet.

Behandlingsvalet ska diskuteras vid MDK eller bedömas vid multidisciplinär mottagning i de situationer som anges i det nationella vårdprogrammet. Beslut om behandling ska fattas i samråd med patienten.

Beslutet om behandling vid låg- och mellanriskcancer bör inte fattas i samband med diagnosbeskedet, eftersom det vanligen finns flera olika behandlingsmöjligheter som patienten behöver sätta sig in i. Processen som leder fram till behandlingsbeslutet ska anpassas efter den enskilde patientens behov och önskemål.

Om en patient med mellanriskcancer vill skjuta på sitt behandlingsbeslut längre än 21 dagar från cancerbeskedet ska detta registreras som patientvald väntan.

## Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård

Patienten ska träffa en kontaktsjuksköterska i samband med diagnosbeskedet.

Kontaktsjuksköterskan ansvarar bland annat för att upprätta och uppdatera Min vårdplan, planera rehabiliteringen och att aktivt överlämna vårdansvaret när detta överförs till annan vårdenhet. Kontaktsjuksköterskan ska utifrån patientens behov kunna förmedla kontakt med kurator och andra yrkesgrupper med särskild kompetens, t.ex. sexologisk kompetens.

Rehabilitering och palliativa insatser bör övervägas tidigt i sjukdomsprocessen, se [det nationella vårdprogrammet för prostatacancer](#) samt de nationella vårdprogrammen för [rehabilitering](#) och [palliativ vård](#).

Patienten ska uppmanas att avstå från rökning samt vara måttfull i sin alkoholkonsumtion före kurativt syftande behandling, och erbjudas professionell hjälp att klara detta.

## Kommunikation och delaktighet

Alla beslut om utredning och behandling ska ske i samråd med patienten, och även med de närstående om patienten önskar. Patientens ska vid behov erbjudas professionell tolk.

Diskussionen om behandling bör ske vid upprepade tillfällen om det finns flera behandlingsalternativ.

Patienterna ska informeras i enlighet med [patientlagen \(kapitel 3\)](#) och få muntlig och skriftlig information om

- resultatet av biopsin (de ska erbjudas att få svar vid ett mottagningsbesök)
- vad diagnosen innebär
- vilka behandlingsstrategier som kan vara aktuella, inklusive behandlingarnas syfte och biverkningar; patientinformation i det nationella vårdprogrammet bör delas ut om kurativt syftande behandling kan vara aktuell
- att de har rätt till en ny medicinsk bedömning ("second opinion")
- vad som är nästa steg i det standardiserade vårdförloppet
- hur de kan kontakta sjukvården vid frågor
- var de kan få ytterligare information och stöd, t.ex. genom patientföreningar.

Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av informationen.

## KAPITEL 4

# Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp

## Ledtider för nationell uppföljning

Följande ledtider används för nationell uppföljning av de standardiserade vårdförloppen.

Från	Till	Tid
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, kirurgi	68 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, strålbehandling	75 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, läkemedel (samma ledtid gäller för kombinerad läkemedels- och strålbehandling)	57 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av aktiv monitorering eller expektans (behandlingsbeslut)*	54 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Besked till patienten vid lågriskcancer (PAD-besked). Kodas som Start av första behandling, annan	33 kalenderdagar

Tiderna för tumörspecifik behandling (kirurgi, läkemedelsbehandling och strålbehandling) gäller vid såväl kurativ som icke kurativ intention.

\* Samma ledtid gäller vid enbart palliativ symtomlindrande (ej tumörspecifik) behandling. Koden ska sättas vid datum för behandlingsbeslutet tillsammans med patienten. Själva behandlingen (mot t.ex. illamående, smärta) har ofta startat redan under utredningen.

## Ingående ledtider

Ledtiderna för nationell uppföljning bedöms förutsätta följande ingående tider. Syftet med sammanställningen är att göra processen överskådlig, men regionerna har endast i uppgift att följa den ledtid som anges under Ledtider för nationell uppföljning, ovan.

Patienter med symptomgivande sjukdom kan behöva handläggas med ännu kortare ledtider.

Grupp	Från	Till	Tid
<b>Alla</b>	Beslut välgrundad misstanke	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	1 kalenderdag
	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	Block D inkl. MRT med bedömning	21 kalenderdagar
	Block D	Block F (möte med patienten för PAD-besked)	11 kalenderdagar
<b>Cancer med hög eller mycket hög risk, samt metastaserad cancer</b>	Block F (PAD-besked)	Block H (MDK) inkl. genomförd bilddiagnostik)	14 kalenderdagar
	Block H (MDK)	Behandlingsbeslut med patienten	7 kalenderdagar
<b>Mellanrisk</b>	Block F (PAD-besked)	Behandlingsbeslut med patienten	21 kalenderdagar
<b>Alla</b>	Behandlingsbeslut med patienten	Start av första behandling, kirurgi	14 kalenderdagar
	Behandlingsbeslut med patienten	Start av första behandling, strålbehandling	21 kalenderdagar
	Behandlingsbeslut med patienten	Start av första behandling, läkemedel*	3 kalenderdagar
	Behandlingsbeslut med patienten	Start av första behandling, kombinerad läkemedels- och strålbehandling	3 kalenderdagar
	Behandlingsbeslut med patienten	Start av första behandling, aktiv monitorering eller expektans	0 kalenderdagar (sammanfaller med behandlingsbeslutet)

Om patienten önskar en ny medicinsk bedömning (second opinion) ska denna erbjudas inom 14 kalenderdagar. Detta kan registreras som patientvald väntan.

Som datum för behandlingsbeslut räknas den dag då man i samråd med patienten avgör vilken behandling som ska ges.

\* För män som påbörjar behandling med bicalutamid blir tiden till start av läkemedelsbehandling ett par veckor längre, eftersom de bör få bröstbestrålning före behandlingsstart.

## Indikatorer för nationell uppföljning

Följande indikatorer används för uppföljningen av de standardiserade vårdförloppen:

Indikator
Antal remisser (vårdbegäran) från primärvård respektive specialiserad vård som märkts med "standardiserat vårdförlopp för prostatacancer"
Andel patienter av de som anmälts till standardiserat vårdförlopp som fått diagnosen prostatacancer
Andel patienter av de som fått diagnosen prostatacancer som anmälts till standardiserat vårdförlopp

## Indikatorer för kvalitet

Patienternas upplevelse av att utredas enligt standardiserat vårdförlopp kommer att följas och utvärderas genom PREM-enkäter.

Följande indikatorer används för uppföljningen av vårdkvaliteten:

Indikator	Målvärde
<b>Urologi</b>	
<b>Kontaktsjuksköterska</b> Andel män med nydiagnostiserad prostatacancer som har en namngiven kontaktsjuksköterska.	90 %
<b>Multidisciplinär konferens/mottagning vid M1</b> Andel män högst 80 år med primärt metastaserad sjukdom (M1), som diskuterats på MDK.	80 %
<b>Multidisciplinär konferens/mottagning vid högriskcancer</b> Andel män högst 80 år med högriskcancer utan fjärrmetastaser som diskuterats på MDK. Högriskcancer indelas i lokaliserad högriskcancer och lokalt avancerad cancer.	80 %
<b>Intra-/interfasciellt nervsparande resektion</b> Andel opererade män med låg- eller mellanrisktumör som genomgick nervsparande resektion.	80 %
<b>Negativa resektionsränder</b> Andel prostatektomipreparat med negativa resektionsränder vid pT2.	90 %
<b>ePROM baslinjeenkät</b> Andel av opererade män som har rapporterad ePROM-baslinjeenkät.	100 %
<b>Ej allvarlig urininkontinens efter RP</b> Andel män som ej har allvarlig urininkontinens 12 månader efter utförd radikal prostatektomi.	



Onkologi	
<p><b>Strålbehandling rapporterad till NPCR</b></p> <p>Andel män som fått strålbehandling vars strålbehandlingsformulär rapporterats till NPCR inom 3 månader från start av strålbehandling. Inkluderar endast män där det gått minst 3 månader sedan strålbehandlingen påbörjades.</p>	80%
<p><b>Kontaktsjuksköterska</b></p> <p>Andel män som erhållit kurativ primär strålbehandling som har en namngiven kontaktsjuksköterska.</p>	80 %
<p><b>Multidisciplinär konferens/mottagning vid högriskcancer</b></p> <p>Andel män högst 80 år med högriskcancer utan fjärrmetastaser som diskuterats på MDK. Högriskcancer indelas i lokaliserad högriskcancer eller lokalt avancerad cancer.</p>	80%
<p><b>Kurativ behandling vid lokalt avancerad högriskcancer</b></p> <p>Andel män högst 80 år med lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/Nx, M0 och PSA &lt; 100 µg/l) som fått kurativt syftande strålbehandling alternativt inkluderats i SPCG-15.</p>	60%
<p><b>Adjuvant hormonbehandling av strålbehandlade män med lokaliserad högrisk samt lokalt avancerad cancer</b></p> <p>Andel män högst 75 år med lokaliserad högrisk (T1–T2 i kombination med Gleasonsumma 8–10 och/eller PSA 20–50 µg/l) eller lokalt avancerad prostatacancer (T3, N0/Nx, M0 och PSA &lt; 100 µg/l) som planeras för minst 18 månaders adjuvant hormonbehandling med antiandrogener..</p>	80%
<p><b>Användning av magnetresonanstomografi (MRT) som stöd vid definition av target</b></p> <p>Andel män som genomgått primär strålbehandling där MRT använts som stöd vid definition av målvolym (prostata).</p>	80%
<p><b>ePROM-baslinjeenkät</b></p> <p>Andel av primärt strålbehandlade män som har rapporterat ePROM-baslinjeenkät</p>	100%

## KAPITEL 5

# Generellt om standardiserade vårdförlopp

### Nationellt vårdprogram

Det standardiserade vårdförloppet gäller för vuxna patienter. Det bygger på det nationella vårdprogrammet som fastställts av Regionala cancercentrum i samverkan. I vårdprogrammet finns beskrivningar och rekommendationer för vårdförloppets delprocesser samt hänvisningar till vetenskapligt underlag. Det finns ingen konflikt mellan innehållet i vårdprogrammet och det standardiserade vårdförloppet.

Se även de nationella vårdprogrammen för [rehabilitering](#) respektive [palliativ vård](#), för underlag till rekommendationer på dessa områden:

### Inklusion i standardiserat vårdförlopp

Välgrundad misstanke ska i detta sammanhang tolkas som kriterier för utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vid välgrundad misstanke ska patienten remitteras till en utredning enligt det standardiserade vårdförloppet. Varje region ansvarar för att tydliggöra hur remissgången ska gå till.

Det kan finnas tillfällen då man trots att kriterierna är uppfyllda inte bör remittera patienten, om patienten inte önskar att bli utredd i standardiserat vårdförlopp eller om patienten inte bedöms klara av utredningen.

Även när kriterierna för välgrundad misstanke inte är uppfyllda kan diagnosen misstänkas. Patienten ska då remitteras till utredning enligt ordinarie remissrutiner.

Målet är att så många som möjligt av de patienter som har fått diagnos ska ha utretts enligt det standardiserade vårdförloppet. Framtida utvärderingar av välgrundad misstanke kommer att kunna leda till en justering av definitionen för att inkludera så många som möjligt utan att utreda patienter i onödan.

Av de utredningar som startas vid välgrundad misstanke kommer många att resultera i att cancermisstanken avskrivs och vårdförloppet avslutas. De patienter som har fortsatt behov av utredning ska tas om hand av den enhet som inlett utredningen eller remitteras till annan enhet som är bättre lämpad.

### Hantering av återfall (recidiv)

Ett standardiserat vårdförlopp (SVF) ska omfatta de patienter som får den aktuella cancerdiagnosen för första gången. Patienter som får recidiv inkluderas inte i SVF.

## Utredningsförloppet

I vissa fall kommer patienter att ha genomgått vissa undersökningar när utredningsförloppet inleds. Det innebär att man i de fallen inte behöver upprepa en adekvat genomförd undersökning.

## Inklusion i kliniska studier

Patienter bör erbjudas plats i kliniska studier när sådana finns. Om studierna påverkar ledtiderna finns möjlighet att markera detta som en avvikelse i samband med att ledtiderna rapporteras.

## Ledtider

Hos vissa av patienterna finns samsjuklighet eller andra faktorer som kräver stabiliserande åtgärder eller individualiserad utredning inför behandlingsbeslut, vilket kan innebära längre tid till start av första behandling. Det är överordnat att patienterna får en god vård även om det innebär längre ledtider.

Den enskilda patienten kan också tacka nej till ett erbjudet utrednings- eller behandlingsdatum av personliga skäl, vilket leder till längre ledtider.

När särskilda skäl finns bör detta noteras i journalen.

## Koordinatorsfunktion

Syftet med koordinatorsfunktionen är att säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid. Hur funktionen ska bemannas och organiseras beslutar och utvecklar man lokalt, anpassat till de lokala förhållandena. Koordinatorsfunktionen behöver inte bemannas av samma person under hela förloppet.

Det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar som koordinatorsfunktionen använder för att boka in patienten i hela vårdförloppet.

## Samarbete över regiongränser

För att vården ska vara sammanhållen och utan onödiga väntetider för patienten kommer införandet av standardiserade vårdförlopp att ställa stora krav på samarbete mellan regioner. Vid införandet bör man tidigt identifiera de delar av vårdförloppet som kräver samverkan med andra regioner. Angående kvalitetskrav och behov av kringresurser, se aktuellt vårdprogram under rubriken Underlag till nivåstrukturering.

Enligt patientlagen som gäller från januari 2015 har patienten rätt att få öppenvård i valfri region.

## Uppdatering

Arbetsgruppen kommer att se över det standardiserade vårdförloppet årligen och uppdatera det vid behov.

## KAPITEL 6

# Arbetsgruppens sammansättning

## Vårdprogramgruppens medlemmar 2021

Ola Bratt, ordförande, professor, urolog, Sahlgrenska universitetssjukhuset, RCC Väst  
 Camilla Thellenberg Carlsson, med.dr., onkolog, Norrlands universitetssjukhus, RCC Norr  
 Bengt Friedrich, med.dr., urolog, Norrlands universitetssjukhus, RCC Norr  
 Hampus Nugin, urolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala, RCC Uppsala Örebro  
 Lennart Åström, med.dr., onkolog, Gävle sjukhus, RCC Uppsala Örebro  
 Stefan Carlsson, docent, urolog, Karolinska universitetssjukhuset, Solna, RCC Stockholm Gotland  
 Marie Hjälms-Eriksson, med.dr., onkolog, S:t Görans sjukhus, RCC Stockholm Gotland  
 David Robinson, docent, urolog, Urologkliniken Regionen Jönköpings län, RCC Sydöst  
 Mats Andén, onkolog, Länssjukhuset i Kalmar, RCC Sydöst  
 Ingela Franck Lissbrant, med.dr., onkolog, Sahlgrenska universitetssjukhuset, RCC Väst  
 Olof Ståhl, med.dr., onkolog, Skånes universitetssjukhus, Lund, RCC Syd  
 Fredrik Jäderling, med.dr., radiolog, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm  
 Annika Skoog, kontaktsjuksjuksköterska, Helsingborgs lasarett  
 Per Fransson, docent, onkologisjuksköterska, Norrlands universitetssjukhus, Umeå  
 Johan Sällström, patientrepresentant, Prostatacancerförbundet  
 Inge Nilsson, patientrepresentant, Prostatacancerförbundet  
 Karin Hellström, koordinator, RCC Uppsala Örebro  
 Madeleine Hägglund, koordinator, RCC Uppsala Örebro

## Adjungerade experter som även varit engagerade i SVF

Patologi: Viktoria Gaspar, patolog, Helsingborgs lasarett  
 Bilddiagnostik (PET-DT och skintigrafi): Jens Sörensen, professor, Bild- och funktionsmedicinskt centrum, Akademiska sjukhuset, Uppsala  
 Bilddiagnostik (MRT): Jonas Wallström, specialistläkare radiologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg  
 Psykosocialt omhändertagande: Elisabeth Skeppner, med.dr, kurator, Urologkliniken, Universitetssjukhuset, Örebro  
 Klinisk kemi (PSA): Charlotte Becker, Skånes universitetssjukhus  
 Primärvård: Elinor Nemlander, vårdutvecklingsledare CaPrim, specialistläkare allmänmedicin, Sophiahemmets Husläkarmottagning, Stockholm



Regionala cancercentrum – regionernas nationella samverkan inom cancervården.  
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.  
[www.cancercentrum.se](http://www.cancercentrum.se)