

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för prostatacancervård



Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård

- Berör de tre cancerdiagnoser som drabbar flest människor.
- Prioriteringen av rekommendationerna har harmoniserats mellan de tre cancerdiagnoserna. Detta har gjorts för varje åtgärdsområde, dvs diagnostisk åtgärd, kirurgisk åtgärd etc.
- Följande bilder presenterar rekommendationerna för prostatacancervård.

Vad är Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg?



Varför nationella riktlinjer?

- God vård och omsorg på lika villkor
- Använda resurser effektivt
- Utveckling och uppföljning av kvalitet

Hitta alla riktlinjer på

<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer>

Vad är nationella riktlinjer?

- Stöd vid fördelning av resurser
- Underlag för beslut om organisation
- Stöd vid beslut om behandling

Kan bidra till lokala och regionala vårdprogram och rutiner

När behövs nationella riktlinjer?

Då det finns behov av vägledning, till exempel vid:

- praxisskillnader över landet
- kontroversiellt område (exempelvis behandling som professionen har olika uppfattning om)
- etiskt dilemma (till exempel riskfyllda behandlingar, utsatta grupper, nedsatt autonomi)
- åtgärd som ges till många patienter och därmed medför höga kostnader eller vid åtgärd som är dyr eller har tveksam kostnadseffektivitet.

Vilka vänder sig nationella riktlinjer till?

- Socialstyrelsens nationella riktlinjer riktar sig till alla som arbetar med vård och omsorg:

verksamhetschefer, klinikchefer, läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, socionomer, dietister, psykologer, kuratorer, tandläkare, tandsjuksköterskor, tandhygienister, verksamhetsutvecklare, kvalitetssamordnare, beteendevetare, regionföreträdare, politiker, processägare, utbildare inom vård och omsorg, vårdutvecklingsledare med flera.

Vad består riktlinjerna av?

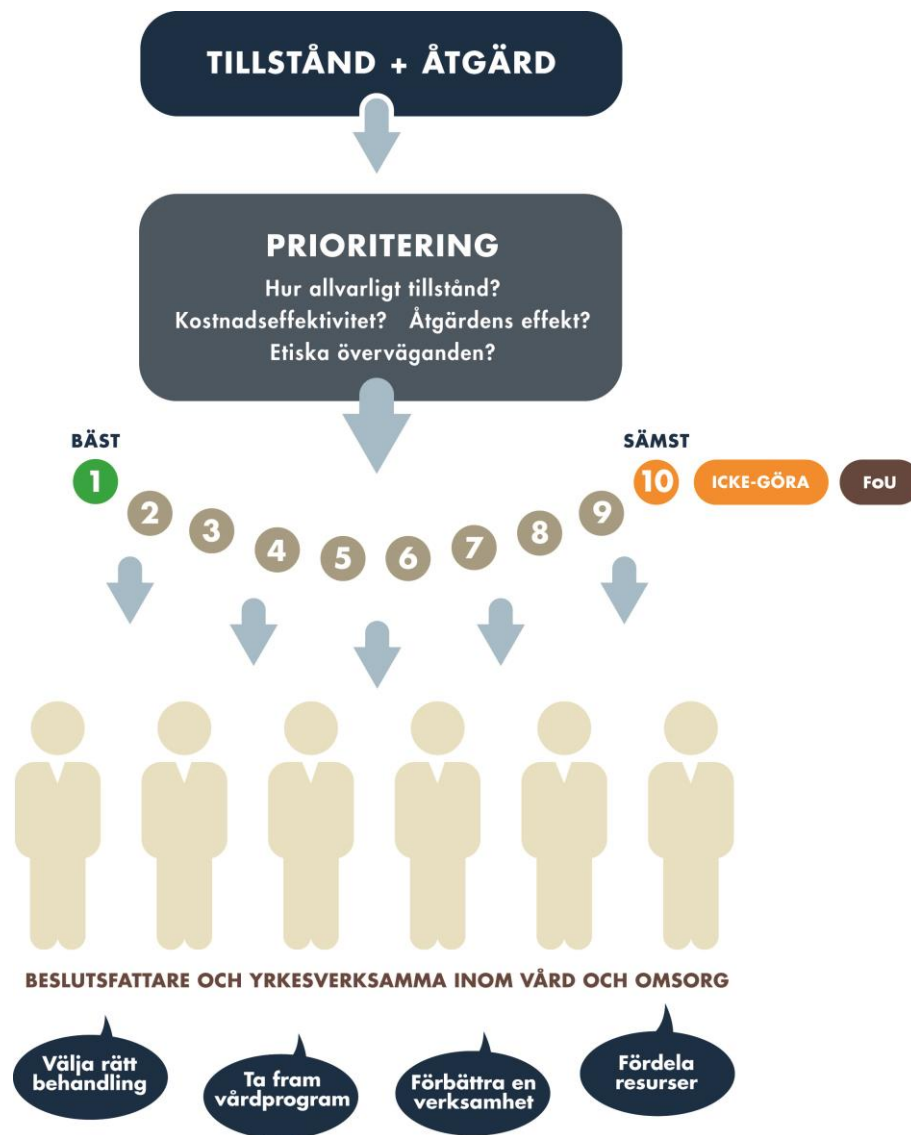
- Stöd för styrning och ledning av vård och omsorg bok
 - Centrala rekommendationer
 - Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser
 - Värdegrund och etik
 - Indikatorer för uppföljning
- Alla rekommendationer med tillhörande kunskapsunderlag
 - Sökbar databas på webben eller ladda ner pdf

Nationella riktlinjer

Så tas de fram och används

Riktlinjerna tas fram i en stegvis process i samarbete med experter.

Mottagarna väljer behandling, tar fram vårdprogram, förbättrar verksamheten och fördelar resurser med hjälp av riktlinjerna.



Beskrivning av typerna av rekommendationer?

Rekommen- Beskrivning dation	
Rangordning 1–10	Åtgärder som hälso- och sjukvården <i>bör</i> eller <i>kan</i> erbjuda. De rangordnade åtgärderna redovisas enligt prioriteringsskalan 1–10, där åtgärder med prioritering 1 har störst angelägenhetsgrad och 10 lägst.
FoU	Åtgärder som hälso- och sjukvården <i>inte bör utföra rutinmässigt</i> , och endast inom ramen för forskning och utveckling. Socialstyrelsen vill med rekommendationerna stödja hälso- och sjukvården att noggrant utvärdera nya åtgärder innan de börjar användas.
Icke-göra	Åtgärder som hälso- och sjukvården <i>inte bör utföra alls</i> . Socialstyrelsen vill med rekommendationerna stödja hälso- och sjukvården att sluta använda ineffektiva metoder.

Hur vet vi att nationella riktlinjer gör skillnad?

- Socialstyrelsen gör nationella utvärderingar av vården och omsorgen som utgår från rekommendationerna i nationella riktlinjer.
- Utvärderingarnas syfte är att belysa kvalitet och effektivitet i vården och omsorgen.

Nationella riktlinjer för prostatacancervård



Bakgrund

- Varje år får cirka 10 000 personer diagnosen prostatacancer.
- Prostatacancer utgör drygt 30 procent av alla cancerfall hos män.
- Cancersjukdomar delas in i stadier för att beskriva tumörens lokala storlek, inväxt i andra organ och om tumören har spridit sig. Grunderna för stadieindelningen är gemensam för alla cancerdiagnoser, men den har förändrats i takt med den medicinska utvecklingen. Indelningen skiljer sig därmed något åt för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer.

Nationell utvärdering 2013

- Andelen män med låg risk för prostatacancer som får aktiv monitorering är låg och varierar stort mellan landstingen och mellan sjukhusen.
- Andelen skelettundersökningar hos män med högrisk prostatacancer har långsamt minskat under 2000-talet, men ökat något de senaste åren. Genomsnittet för riket är sämre än förväntat och variationen mellan landstingen är stor.
- Personer med lägre utbildningsnivå har generellt ett sämre resultat än de med högre utbildning.
- Läs mer
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-3-6>

Nationella riktlinjer för prostatacancervård – rekommendationerna



Centrala rekommendationer

- Centrala rekommendationer är de rekommendationer som Socialstyrelsen bedömer är särskilt viktiga för hälso- och sjukvården ur ett styr- och ledningsperspektiv.
- Centrala rekommendationer beskrivs särskilt i Stöd för styrning och ledning.
- På Socialstyrelsens webbplats hittar du alla rekommendationer.

Områden i riktlinjerna

- Prevention
- Diagnostik
- Kirurgisk behandling
- Strålbehandling
- Läkemedelsbehandling
- Omvårdnad och rehabilitering

Rekommendationer som gäller bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård

- En individanpassad och patientcentrerad cancervård förutsätter att olika kliniska och diagnostiska specialister samverkar. Bedömning vid **multidisciplinär konferens** är en åtgärd för att åstadkomma detta.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Hälso- och sjukvården bör erbjuda personer med bröstcancer, prostatacancer med hög risk, tjocktarms- eller ändtarmscancer en bedömning vid multidisciplinär konferens. *Motivering:* Tillstånden har stor svårighetsgrad och åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.

Rekommendationer som gäller bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård

- Uppföljning av en **kontaktsjuksköterska** har betydelse för patientens upplevelse av sjukdomen samt för patientens möjlighet att bearbeta sin kris. Insatserna är angelägna redan vid diagnostillfället och behövs ofta genom hela behandlingstiden.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Hälso- och sjukvården bör erbjuda personer med bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer namngiven kontaktsjuksköterska som också kan ge psykosocialt stöd och råd om symtomlindring. *Motivering:* Tillstånden har måttlig svårighetsgrad och åtgärden ger stor effekt.

Prostatacancer – diagnostisering

- Screening med **PSA-prov** för män 50–70 år minskar dödligheten i prostatacancer, men innebär också en omfattande överdiagnostisering och behandling av prostatacancer som inte skulle behöva behandlas. Nyttan av behandlingen måste ställas i relation till de negativa effekterna som försämrad sexuell funktion, urinläckage och ändtarmsbesvär.

Prostatacancer – diagnostisering

Hälso- och sjukvården *bör* erbjuda PSA-prov till män över 50 och med mer än 10 års förväntad kvarvarande livstid och som efterfrågar provtagning efter att ha tagit del av strukturerad information om för- och nackdelarna med PSA-prov.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering: Åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning. Åtgärden har jämförts med PSA-prov för män som inte fått sådan information.

Prostatacancer – diagnostisering

Hälso- och sjukvården *bör endast inom ramen för forskning och utveckling* erbjuda strukturerad information om för- och nackdelarna med PSA-prov med efterföljande organiserad och regelbunden provtagning på ett standardiserat sätt till män 50–70 år utan symtom eller tecken på prostatacancer.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.

Prostatacancer – diagnostisering

Hälso- och sjukvården *bör inte* erbjuda PSA-prov till män utan symtom eller tecken på prostatacancer som inte har tagit del av strukturerad information om för- och nackdelarna med PSA-prov.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering: Åtgärden ger inte någon patientnytta. Det råder konsensus om att åtgärden har en negativ effekt. Åtgärden har jämförts med PSA-prov för män som fått sådan information.

Prostatacancer – diagnostisering

- För att undersöka om prostatacancer har spridit sig till lymfkörtlarna kan hälso- och sjukvården genomföra en så kallad **kirurgisk lymfkörtelutrymning**. En begränsad lymfkörtelutrymning tar kortare tid och innebär en lägre risk för komplikationer, men missar oftare att påvisa en befintlig lymfkörtelspridning än en utvidgad utrymning. En utvidgad utrymning kan eventuellt vara kurativ om alla körtelmetastaser avlägsnas vid utrymningen.

Prostatacancer – diagnostisering

Hälso- och sjukvården *bör endast inom ramen för forskning och utveckling* erbjuda:

- utvidgad lymfkörtelutrymning i bäckenet, till personer med prostatacancer med mellanrisk eller hög risk, utan metastasering, i samband med radikal prostatektomi
- lymfkörtelutrymning i bäckenet med identifiering och analys av portvaktskörteln, till personer med prostatacancer.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Studier pågår.

Prostatacancer – diagnostisering

Hälso- och sjukvården *bör inte* erbjuda:

- lymfkörtelutrymning i bäckenet till personer med prostatacancer med låg risk i samband med radikal prostatektomi eller inför kurativt syftande strålbehandling
- utvidgad lymfkörtelutrymning i bäckenet till personer med prostatacancer med mellanrisk eller med hög risk, utan metastasering, inför kurativt syftande strålbehandling
- begränsad lymfkörtelutrymning till personer med prostatacancer.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering: Åtgärderna ger inte någon patientnytta.

Prostatacancer – kurativ behandling

- **Aktiv monitorering** är en metod för att följa utvecklingen hos patienter med cancer med låg risk i syfte att identifiera dem som behöver behandlas och undvika onödig behandling för de övriga. Kurativa behandlingar vid prostatacancer är **operation eller strålbehandling** av prostatakörteln. Hur allvarlig eller utvecklad prostatacancer är avgör vilken behandling som innebär störst nytta för patienten.

Prostatacancer – kurativ behandling

Hälso- och sjukvården *bör* erbjuda aktiv monitorering med senare ställningstagande till behandling till personer med prostatacancer med mycket låg risk och över 10 års förväntad kvarvarande livstid.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering: Tillståndet har liten svårighetsgrad och åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt, men det råder konsensus om att åtgärden har en positiv effekt. Åtgärden har en positiv balans mellan patientnytta och biverkningar och har jämförts med åtgärder som operation och strålbehandling.

Prostatacancer – kurativ behandling

Hälso- och sjukvården *bör* erbjuda aktiv monitorering med senare ställningstagande till behandling till personer med prostatacancer med låg risk och över 10 års förväntad kvarvarande livstid.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering: Tillståndet har liten svårighetsgrad och åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt, men det råder konsensus om att åtgärden har en positiv effekt. Åtgärden har en positiv balans mellan patientnytta och biverkningar och har jämförts med åtgärder som operation och strålbehandling.

Prostatacancer – kurativ behandling

Hälso- och sjukvården *kan i undantagsfall* erbjuda öppen eller robotassisterad radikal prostatektomi eller strålbehandling (antingen brakyterapi med låg intensitet, dos-eskalerad extern strålbehandling eller kombinationsbehandling med extern strålning och brakyterapi med hög intensitet) till personer med prostatacancer med låg risk och med över 10 års förväntad kvarvarande livstid.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering: Tillståndet har liten svårighetsgrad och åtgärden ger sannolikt en positiv effekt. Åtgärden har jämförts med aktiv monitorering, som har en gynnsammare balans mellan nytta och risk för biverkningar.

Prostatacancer – kurativ behandling

Hälso- och sjukvården *bör inte* erbjuda öppen eller robotassisterad radikal prostatektomi eller strålbehandling (antingen brakyterapi med låg intensitet, dos-eskalerad extern strålbehandling eller kombinationsbehandling med extern strålning och brakyterapi med hög intensitet) till personer med prostatacancer med mycket låg risk.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering: Tillståndet har liten svårighetsgrad och åtgärden ger sannolikt inte någon positiv effekt. Åtgärden har jämförts med aktiv monitorering som har en gynnsammare balans mellan nytta och risk för biverkningar.

Prostatacancer – kurativ behandling

- Lokaliserad prostatacancer av högrisktyp kan behandlas med olika strålbehandlingstekniker. Målsättningen är att ge en tillräcklig dos för att påverka tumörcellerna utan att skada normal omgivande vävnad. Exempel på metoder är extern **strålbehandling med fotoner eller brakyterapi**, vilket innebär att strålkällan placeras i eller nära prostata. Om prostatacancern är lokalt avancerad (T3–T4), så bör **strålbehandlingen kombineras med hormonbehandling**.

Prostatacancer – kurativ behandling

Hälso- och sjukvården *bör* erbjuda doseskalerad strålbehandling (minst 78 Gy), enbart externt eller som en kombination av extern strålbehandling och brakyterapi med hög intensitet till personer med lokaliserad prostatacancer (T1–T2, M0, N0) med hög risk och över 10 års förväntad kvarvarande livstid.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering: Tillståndet har stor svårighetsgrad och åtgärden ger stor effekt. Åtgärd med kurativ potential som är likvärdig med radikal prostatektomi för detta tillstånd.

Prostatacancer – kurativ behandling

Hälso- och sjukvården *bör* erbjuda strålbehandling (78 Gy eller mer) i kombination med adjuvant hormonbehandling vid lokalt avancerad prostatacancer (T3–T4, M0, Nx, N1).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering: Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och åtgärden ger stor effekt.

Prostatacancer – kurativ behandling

Hälso- och sjukvården bör erbjuda radikal prostatektomi till personer med lokaliserad prostatacancer (T1–T2, M0, N0) med hög risk och över 10 års förväntad kvarvarande livstid.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering: Tillståndet har stor svårighetsgrad och åtgärden ger stor effekt. Åtgärd med kurativ potential som är likvärdig med doseskalerad strålbehandling (minst 78 Gy) för detta tillstånd.

Prostatacancer – kurativ behandling

Hälso- och sjukvården *bör endast inom ramen för forskning och utveckling* erbjuda radikal prostatektomi till personer med lokalt avancerad prostatacancer med hög risk (T3–T4), PSA-värde över 20 mikrogram per liter eller Gleasongrad 8–10, M0 och N0, och med över 10 års förväntad kvarvarande livstid.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Studier pågår. Standardbehandling för patientgruppen är strålbehandling.

Prostatacancer – kurativ behandling

Hälso- och sjukvården *bör inte* erbjuda hormonbehandling inför radikal prostatektomi till personer med prostatacancer med mellanrisk eller hög risk och över 10 års förväntad kvarvarande livstid.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering: Åtgärden ger inte någon patientnytta.

Prostatacancer – kurativ behandling

- Vid kurativt syftande behandling av lokaliserad prostatacancer erbjuds i dag antingen radikal prostatektomi eller strålbehandling eller en kombination av dessa båda. **Strålbehandling** mot operationsområdet används i dag vid återfall utan påvisad spridning **efter genomförd radikal prostatektomi**.

Prostatacancer – kurativ behandling

Hälso- och sjukvården *bör* erbjuda strålbehandling av prostatabädden vid återfall (stigande PSA) utan metastaser till personer med prostatacancer som har genomgått radikal prostatektomi och har 10 års förväntad kvarvarande livstid.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering: Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och åtgärden ger stor effekt.

Prostatacancer – kurativ behandling

Hälso- och sjukvården *kan* erbjuda strålbehandling efter radikal prostatektomi till personer med prostatacancer med mellanrisk eller hög risk samt med hög risk för lokalt återfall (pT2–3, M0, N0).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering: Tillståndet har måttlig till stor svårighetsgrad och åtgärden ger måttlig effekt.

Prostatacancer – palliativ behandling

- Kastrationsresistent prostatacancer är ett mycket allvarligt tillstånd som medför smärta, nedsatt allmäntillstånd, nedsatt livskvalitet och förtida död. Med **läkemedelsbehandling** är det dock möjligt att se till att cancer utvecklas långsammare och på så sätt förlänga överlevnaden något.

Prostatacancer – palliativ behandling

Hälso- och sjukvården *kan* erbjuda docetaxel till personer med skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering: Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och åtgärden ger stor effekt till en måttlig kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.

Prostatacancer – palliativ behandling

Hälso- och sjukvården *kan* erbjuda abirateron eller enzalutamid till personer med skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer och som efter cytostatikabehandling inte längre svarar på docetaxel.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering: Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och åtgärderna ger måttlig effekt till en måttlig till mycket hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.

Prostatacancer – palliativ behandling

Hälso- och sjukvården *kan* erbjuda abirateron som tillägg till prednison eller enzalutamid till personer med skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer före cytostatikabehandling.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering: Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och åtgärderna ger måttlig effekt till en hög till mycket hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.

Prostatacancer – palliativ behandling

Hälso- och sjukvården *kan* erbjuda radium-223 till personer med skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering: Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och åtgärden ger liten effekt till en måttlig till mycket hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.

Prostatacancer – palliativ behandling

Hälso- och sjukvården *kan i undantagsfall* erbjuda cabazitaxel som andra linjens palliativa behandling till personer med skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer som inte längre svarar på behandling med docetaxel.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Icke-göra	FoU
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------	-----

Motivering: Tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och åtgärden har liten effekt till en mycket hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser



Konsekvenser

- Förändrad praxis
- Generellt ökade kostnader inledningsvis, bl.a. krävs:
 - investeringar i teknisk utrustning
 - utbildning av personal

På sikt förväntas dessa kostnader för hälso- och sjukvården att plana ut.

- För framförallt de nya läkemedlen förväntas däremot kostnadsökningen kvarstå.
- Sammanfattningsvis, bedöms kostnadsökningar som måttliga på nationell nivå.

Ekonomiska konsekvenser

Åtgärd	Central rekommendation	Kort sikt	Lång sikt
Multidisciplinär konferens	Rad B019, K024–K025, K099 och P124	↗	→
Kontaktsjuksköterska	Rad D006	↗	→
Prostatacancer			
Lymfkörtelutrymning inför kurativt syftande behandling	Rad P030–P040	↘	↘
Aktiv monitorering vid lågrisk prostatacancer	Rad P041	↗	→
Behandling av skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer	Rad P088	↗	↗
Behandling av kastrationsresistent prostatacancer	Rad P114, P125a och P126	↗	↗

Organisatoriska konsekvenser - exempel

- Multidisciplinär konferens och kontaktsjuksköterska kommer kräva vissa utbildningsinsatser och förändrad praxis.
- För de urologiska mottagningar som sköter aktiv monitorering kommer antalet läkarbesök och provtagningar att öka, men att resurser till viss del kommer att frigöras från strålningsenheter och kirurgiska avdelningar eftersom färre patienter med prostatacancer med mycket låg risk och övrig låg risk kommer att genomgå kurativ behandling.
- Lymfkörtelutrymning inför kurativt syftande behandling kommer att påverka resursfördelning och praxis, eftersom det innebär en minskning av antalet begränsade lymfkörtelutrymningar och en ökning av antalet utvidgade utrymningar inom ramen för forskning och utveckling.

Indikatorer och målnivåer för uppföljning



Uppföljning med hjälp av indikatorer och målnivåer

- Övergripande indikatorer för cancervård
 - 13 indikatorer varav 5 utvecklingsindikatorer, 5 målsatta
- Bröstcancervård
 - 10 indikatorer, 9 målsatta
- Prostatacancervård
 - 9 indikatorer, varav 3 utvecklingsindikatorer, 4 målsatta
- Tjock- och ändtarmscancervård
 - 10 indikatorer varav 2 utvecklingsindikatorer, 8 målsatta

Läs mer i riktlinjernas **indikatorbilaga**

Övergripande indikatorer

Nr	Namn	Mål	Rekommendation
1.1	Femårsöverlevnad vid cancersjukdom	Bröstcancer: > 88 % Prostatacancer (mellanrisk): > 94 % Tjock- eller ändtarmscancer: > 67 %	–
1.2	Täckningsgrad i nationellt kvalitetsregister	100 %	–
1.3	Deltagande (inkluderad) i strukturerad behandlingsstudie	Bröstcancer: > 25 % Tjock- eller ändtarmscancer: > 33 %	–
1.4	Bedömning vid multidisciplinära konferenser	100 %	B019, P124, K024, K025
1.5	Fullständigt, strukturerat PAD-svar av vävnadsprov och operationspreparat	100 %	K066
1.6*	Strukturerad bedömning av illamående vid cytostatikabehandling	–	–
1.7*	Strukturerad bedömning av hälsorelaterad livskvalitet	–	–
1.8*	Strukturerad skattning av smärta vid insättande och förändring av behandling	–	–
1.9*	Uppföljning av symtom inom sex månader efter cancerdiagnos	–	–
1.10*	Erbjudande om namngiven kontaktsjuksköterska	100 %	D006
1.11	Väntetid från beslut om remiss till specialistmottagning till första besök hos specialistläkare	–	–
1.12	Väntetid från beslut om behandling till behandlingsstart	–	–
1.13	Väntetid från beslut om remiss till specialistmottagning till behandlingsstart	–	–

*Utvecklingsindikatorer

Indikatorer - prostatacancervård

Nr	Namn	Mål	Rekommendation
3.1	Skelettundersökning vid prostatacancer med låg risk och mellanrisk	< 3 % (låg risk)	P020
3.2	Aktiv monitorering av prostatacancer med mycket låg risk	> 94 %	P041a
3.3	Kurativt syftande behandling vid lokaliserad prostatacancer med hög risk	> 60 %	P061a, P101
3.4	Strålbehandling i kombination med hormonbehandling vid lokalt avancerad prostatacancer med hög risk	> 60 %	P113
3.5	Återinläggning inom 90 dagar efter utskrivning vid radikal prostatektomi	–	–
3.6	Positiva marginaler i operationspreparat från radikal prostatektomi vid pT2-tumörer	–	–
3.7*	Läkemedelsbehandling med docetaxel vid skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer	–	P088
3.8*	Palliativ strålbehandling mot skelettmetastaser	–	–
3.9*	Skriftlig information före PSA-prov	–	P09a

Hitta dokumenten på Socialstyrelsens webb



Läs mer

- På Socialstyrelsens webbsida kan du läsa mer samt beställa och ladda ner samtliga dokument som hör till riktlinjerna

<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer>

**Mer information finns på:
www.socialstyrelsen.se**