

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

Stöd för styrning och ledning

ISBN 978-91-7555-162-3
Artikelnummer 2014-4-2

Foto Maskot/Folio
Sättning Edita Bobergs, Västerås 2014
Tryck Edita Bobergs, Falun, april 2014
Reviderad version december 2015
Uppdatering 2015

År 2015 utökades riktlinjerna för bröst-, prostata-, tjock- och ändtarmscancer med en ny central rekommendation. Det gäller läkemedlet enzalutamid före cytostatikabehandling vid skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer.



Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård vid bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer. Riktlinjerna är en uppdatering av *Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancersjukvård* från 2007.

Syftet med riktlinjerna är både att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom detta område och att vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare, verksamhetsledning och yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården. Riktlinjerna är ett stöd för styrning och ledning på alla nivåer inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen förväntar sig att rekommendationerna påverkar resursfördelningen inom vården och omsorgen på så sätt att förhållandevis mer resurser fördelas till högt prioriterade tillstånd och åtgärder än till dem som har fått låg prioritet.

En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för god vård, som utgår från de centrala rekommendationerna i riktlinjerna. Indikatorerna har målnivåer som talar om hur stor andel av patienterna som bör få en åtgärd eller vilka resultat vården bör uppnå. Målnivåer gör att rekommendationerna blir ännu tydligare och att hälso- och sjukvården kan utvärdera sina resultat mot Socialstyrelsens målnivåer.

Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande har deltagit i riktlinjearbetet.

Lars-Erik Holm
generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	11
Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag.....	11
Användning och målgrupp	12
Fokus på åtgärder med stort vägledningsbehov	12
Samverkan med andra myndigheter och aktörer	13
De cancersjukdomar som drabbar flest	13
Nationella utvärderingar	14
Resultat från utvärdering av cancervården.....	15
Väntetider i cancervården	16
Kompletterande kunskapsunderlag	16
Vård av äldre	17
Centrala rekommendationer	19
Om rekommendationerna.....	19
Multidisciplinär konferens och kontaktsjuksköterska.....	21
Bröstcancer	24
Prostatacancer	39
Tjock- eller ändtarmscancer	53
Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser	71
Sammanfattning av konsekvenserna	72
Multidisciplinär konferens	74
Kontaktsjuksköterska	76
Bröstcancer	76
Prostatacancer	81
Tjock- eller ändtarmscancer	84
Indikatorer för god vård	93
Indikatorer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård	94
Redovisning av indikatorer	95
Information, delaktighet och etik	101
Att informera och göra patienten delaktig	101
Kurativt syftande vård eller palliativ vård?	102

Projektorganisation	104
Referenser	120
Bilaga 1. Tillstånds- och åtgärdslista	122
Bröstcancer	122
Prostatacancer	141
Tjock- och ändtarmscancer	161
Bilaga 2. Förteckning över externa bilagor	184

Sammanfattning

Dessa riktlinjer innehåller rekommendationer om åtgärder vid bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer. Rekommendationerna gäller prevention och diagnostik, kurativ behandling (såsom kirurgi, strålbehandling och läkemedelsbehandling), omvårdnad och rehabilitering samt palliativ behandling.

Riktlinjernas slutsatser är baserade på gruppnivå och innehåller också bedömningar av rekommendationernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser och indikatorer för uppföljning.

Några viktiga rekommendationer

Multidisciplinär konferens och kontaktsjuksköterska

Hälso- och sjukvården bör alltid bedöma olika behandlingsalternativ för personer med bröstcancer, prostatacancer med hög risk eller tjock- eller ändtarmscancer i en multidisciplinär konferens. Bedömning vid en multidisciplinär konferens skapar förutsättningar för att ge rätt behandling till rätt patient.

Hälso- och sjukvården bör även erbjuda en kontaktsjuksköterska till alla personer med bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer. Uppföljning av en kontaktsjuksköterska, som bland annat kan ge psykosocialt stöd, har betydelse för patientens upplevelse och bearbetning av sin sjukdom och situation. Åtgärden kan dessutom minska onödigt långa väntetider.

Vård vid bröstcancer

Det är sedan tidigare standard att förbehandla kvinnor med bröstcancer i stadium III och IV (de med isolerade hudmetastaser i anslutning till bröstet) med läkemedel inför operation (så kallad neoadjuvant behandling). Socialstyrelsen rekommenderar nu att hälso- och sjukvården erbjuder samma behandling även till kvinnor med bröstcancer i stadium II med aggressiv tumörtyp, eftersom behandlingen gör att fler kan opereras med bröstbevarande kirurgi.

Hälso- och sjukvården bör även utöka läkemedelsbehandling med ett flertal läkemedel efter operation eller strålbehandling, eftersom dessa behandlingar minskar risken för återfall och dödlighet samt förlänger överlevnaden.

För att öka förutsättningarna för att visa om tumören är spridd till lymfkörtlarna eller inte, bör hälso- och sjukvården komplettera den diagnostiska utredningen med så kallad sentinel nodediagnostik (analys av portvaktskörteln) före start av läkemedelsbehandlingen. Detta eftersom enbart kliniska symtom eller bilddiagnostiska fynd har för låg känslighet.

Exempel på andra viktiga rekommendationer är att hälso- och sjukvården bör behandla kvinnor som har opererats med bröstbevarande kirurgi med så kallad hypofraktionerad strålbehandling. Det innebär att man ger behandlingen vid färre tillfällen men med högre stråldos per dag än vid traditionell strålbehandling, vilket innebär samma nytta för patienten. Eftersom sjukdomen kan förändras mellan primärtumör och metastaserat återfall, bör hälso- och sjukvården genomföra vävnadsprov vid metastaserad bröstcancer. Resultatet av vävnadsprovet kan påverka valet av behandling och en utökad provtagning kan därmed leda till färre onödiga behandlingar.

Vård vid prostatacancer

Socialstyrelsen rekommenderar bland annat att hälso- och sjukvården erbjuder aktiv monitorering som det primära behandlingsalternativet vid prostatacancer med låg eller mycket låg risk. Aktiv monitorering är en metod för att över tid identifiera cancer som behöver behandlas. Detta gör att man kan undvika onödig eller felaktig behandling.

Hälso- och sjukvården bör därmed inte erbjuda radikal prostatektomi eller strålbehandling till personer med prostatacancer med mycket låg risk eftersom det saknas vetenskapligt underlag för att dessa åtgärder innebär någon nytta för patienten, samtidigt som behandlingen kan medföra bestående biverkningar. Operation eller strålbehandling blir främst aktuell vid mer allvarlig cancer eller om cancern utvecklas snabbare än förväntat.

Exempel på andra viktiga rekommendationer är att hälso- och sjukvården bör utöka den kurativa behandlingen med fler behandlingsalternativ vid prostatacancer med hög risk, eftersom behovet av tidig botande behandling är stort. Hälso- och sjukvården kan dessutom

erbjuda personer med kastrationsresistent prostatacancer palliativ läkemedelsbehandling. Behandlingen ger en god palliativ vård men också en förlängd överlevnad.

Vård vid tjock- eller ändtarmscancer

En viktig rekommendation är att hälso- och sjukvården bör erbjuda PET-DT inför kurativt syftande operationer till personer med tjock- eller ändtarmscancer som är spridd till närliggande organ (lokalt avancerad). Åtgärden bör även erbjudas inför operation av lokalt återfall eller av levermetastaser. Socialstyrelsens bedömning är att åtgärden innebär en effektivare vård som på längre sikt kan kompensera kostnaden för att antalet undersökningar ökar samt för de investeringar som krävs.

Hälso- och sjukvården bör också operera personer med tjock- eller ändtarmscancer med antingen öppen eller laparoskopisk kirurgi (tithålsoperation). En ökad andel operationer med laparoskopisk teknik kommer att kräva stora utbildningsinsatser.

Behandling med nya läkemedel vid begränsad metastaserad tjock- eller ändtarmscancer möjliggör att fler operationer kan leda till bot. Hälso- och sjukvården kan exempelvis behandla personer med lokalrecidiv eller metastasering av tjock- eller ändtarmscancer med cytotatika och EGFR-hämmare för att möjliggöra operation.

Rekommendationernas konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna innebär generellt ökade kostnader på kort sikt för hälso- och sjukvården. Kostnadsökningen bedöms som måttlig. En del av kostnaderna kommer från investeringar i teknisk utrustning eller utbildning av personal och en del kommer till följd av ökad läkemedelsanvändning. Däremot kommer hälso- och sjukvården att kunna minska en del av de initiala kostnaderna genom att ge rätt behandling till rätt patient.

Socialstyrelsen bedömer också att flera av rekommendationerna ger organisatoriska konsekvenser eftersom de kräver förändrad praxis eller samordning mellan sjukvårdshuvudmännen. På längre sikt förväntas samtidigt flera av rekommendationerna medföra att personer med de aktuella cancersjukdomarna får en bättre och mer individanpassad behandling, vilket i vissa fall kommer att ge längre överlevnad

och bättre livskvalitet. Det kan även ge sänkta kostnader.

Socialstyrelsen bedömer dock att kostnaderna för behandling med nya läkemedel kommer att öka på både kort och lång sikt. Den dominerande delen av denna kostnadsökning beror på nya läkemedel.

Indikatorer för uppföljning

Socialstyrelsen har i samband med arbetet med dessa riktlinjer uppdaterat och kompletterat befintliga indikatorer i riktlinjerna från 2007. Indikatorerna är tänkta att spegla de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna samt olika aspekter av god vård.

För vissa av indikatorerna finns även målnivåer. Målnivåerna talar om hur stor andel av patienterna med ett specifikt tillstånd som bör få en viss åtgärd, eller vilka resultat vården bör uppnå. Målnivåer gör att rekommendationerna blir ännu tydligare och att hälso- och sjukvården kan utvärdera sina resultat mot Socialstyrelsens målnivåer.

Inledning

Dessa riktlinjer innehåller rekommendationer om åtgärder vid bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer. Rekommendationerna gäller prevention och diagnostik, kurativ behandling (såsom kirurgi, strålbehandling och läkemedelsbehandling), omvårdnad och rehabilitering samt palliativ behandling.

Det här dokumentet – *Stöd för styrning och ledning* – innehåller följande delar:

- Centrala rekommendationer ur *Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervården*. Med centrala rekommendationer menas rekommendationer som har stor betydelse för hälso- och sjukvårdens ekonomi och organisation.
- Analys av de centrala rekommendationernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser.
- Indikatorer för att följa upp vården av personer med bröst-, prostata-, tjock- eller ändtarmscancer. Indikatorerna utgår från de centrala rekommendationerna.
- En diskussion om etiska aspekter samt vikten av att informera och göra patienten delaktig.

Stöd för styrning och ledning är endast en del av de fullständiga riktlinjerna. Andra delar är bland annat mer detaljerade tillstånds- och åtgärdslistor och de vetenskapliga underlagen för samtliga cirka 290 rekommendationer. De fullständiga riktlinjerna finns på www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjer.

Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag

Socialstyrelsen har ett löpande uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för god vård och omsorg inom de områden där vården och omsorgen tar stora resurser i anspråk. Riktlinjerna fokuserar i första hand på frågeställningar där behovet av vägledning är särskilt stort.

Riktlinjerna ska bidra till att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens resurser används effektivt, fördelas efter befolkningens

behov samt styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut. Syftet är att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården och socialtjänsten genom att rätt åtgärd används för rätt patientgrupp. Målet är att bidra till att patienterna får en jämlik och god vård.

Utgångspunkten för riktlinjerna är propositionen *Prioriteringar i hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60). I denna framgår det att prioriteringar inom hälso- och sjukvården ska utgå från tre etiska grundprinciper: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

Användning och målgrupp

Riktlinjernas rekommendationer ska ge vägledning för beslut på gruppnivå i lednings- och styrningsfrågor. De kan till exempel vara underlag vid fördelning av resurser eller när vården ska ändra ett arbetssätt eller en organisation. De kan också vara underlag när hälso- och sjukvården tar fram regionala och lokala vårdprogram.

Rekommendationerna kan även ge hälso- och sjukvårdspersonal vägledning i beslut som gäller enskilda personer. Men utöver rekommendationerna måste hälso- och sjukvårdspersonalen också ta hänsyn till lagar och regler, patientens särskilda förutsättningar och önskemål samt den egna professionella expertisen.

De primära målgrupperna för riktlinjerna är beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, såsom politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer samt andra yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården.

Fokus på åtgärder med stort vägledningsbehov

Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård fokuserar på de områden där det finns praxisskillnader, som är kontroversiella eller där behovet av kvalitetsutveckling är stort. Riktlinjerna är alltså inte heltäckande och utelämnar också mycket av det som är grunden i cancervården. Det innebär att det finns många åtgärder som inte ingår i riktlinjerna men som hälso- och sjukvården bör fortsätta med.

Socialstyrelsens bedömning är till exempel att bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervården redan har en adekvat och väl

utvecklat primärtumörkirurgi. Riktlinjerna fokuserar därför främst på olika för- och tilläggsbehandlinger. Vid tjock- eller ändtarmscancer finns dock en utveckling inom kirurgi av primärtumörer, som därför omfattas av riktlinjerna.

Genom att riktlinjerna fokuserar på specifika områden och ger ett begränsat antal rekommendationer har de också lättare att få ett stort genomslag. Det ger även bättre förutsättningar för att kunna hålla riktlinjerna aktuella. En nackdel är dock att de inte ger en helhetsbild av vården.

Samverkan med andra myndigheter och aktörer

I arbetet med att ta fram dessa riktlinjer har Socialstyrelsen bland annat samarbetat med Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), som har bidragit med hälsoekonomiska analyser för några av frågorna inom läkemedelsbehandling. TLV:s analyser har ingått i det underlag som ligger till grund för prioriteringen av de olika åtgärderna.

Även identifiering och avgränsning av de frågeställningar som tas upp i riktlinjerna har gjorts i samverkan mellan olika aktörer. Förutom Socialstyrelsen har företrädare för sjukvårdshuvudmännen, specialistföreningar, patientorganisationer, nationella vårdprogramgrupper och andra intresseorganisationer och medicinskt sakkunniga medverkat.

Sjukvårdshuvudmännen har genom nationella samordningsgruppen för kunskapsstyrning (NSK) och regionala cancercentrum (RCC) även deltagit i arbetet genom att nominera deltagande experter och planerat de regionala kunskapsseminarier som huvudmännen ordnade efter publiceringen av de preliminära riktlinjerna.

I RCC:s uppdrag ingår det dessutom att arbeta med implementering av nationella riktlinjer [1], vilket stärker förutsättningar för att riktlinjerna ska kunna uppnå sitt syfte.

De cancersjukdomar som drabbar flest

Varje år får cirka 8 000 personer diagnosen bröstcancer, 10 000 prostatacancer och 6 000 tjock- eller ändtarmscancer. Bröstcancer utgör 30 procent av alla cancerfall hos kvinnor, prostatacancer drygt

30 procent hos män och tjock- eller ändtarmscancer cirka 10 procent hos såväl män som kvinnor i Sverige [2].

Cancersjukvården som helhet – kirurgi, strålbehandling och läkemedelsbehandling inklusive palliativ behandling – står för 7–8 procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna i Sverige. Läkemedelskostnaderna uppgår till 1 procent [3].

Cancersjukdomar delas in i stadier för att beskriva tumörens lokala storlek, inväxt i andra organ och om tumören har spridit sig. Grunderna för stadiindelningen är gemensam för alla cancerdiagnoser, men stadiindelningen har förändrats i takt med den medicinska utvecklingen. Indelningen skiljer sig därmed något åt för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer.

Stadieindelningen är den viktigaste prognostiska faktorn för överlevnad och för val av behandling.

Nationella utvärderingar

För att följa upp tillämpningen av de nationella riktlinjerna genomför Socialstyrelsen utvärderingar inom de områden av vården och omsorgen som omfattas av de nationella riktlinjerna. Syftet är att utvärdera i vilken mån rekommendationerna i riktlinjerna följs men även att belysa kvaliteten och effektiviteten i vården och omsorgen.

Ett annat syfte är också att den kunskap som man vinner i utvärderingsarbetet ska kunna omsättas och integreras i uppdateringen av de befintliga riktlinjerna. Det kan till exempel gälla resultat som visar att vården inte är jämlikt fördelad eller ges med samma kvalitet utifrån olika socioekonomiska aspekter. Genom att belysa dessa brister kan utvärderingarna driva på att vården ges utifrån riktlinjernas rekommendationer, men också belysa vad som behöver lyftas fram i de nationella riktlinjerna.

Utvärderingarna utgår från de indikatorer som tas fram inom ramen för riktlinjearbetet. Indikatorerna är tänkta att spegla de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna samt olika aspekter av god vård.

Resultat från utvärdering av cancervården

Den preliminära versionen av nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård publicerades under våren 2013. Parallellt med dem publicerades även den första nationella utvärderingen av vården av dessa cancersjukdomar [4]. Utvärderingens huvudsakliga syfte var att belysa kvalitet och effektivitet i cancervården.

Utvärderingen visar att det finns stora skillnader i resultat mellan landstingen och regionerna för flera av indikatorerna. Däremot finns inget exempel där något av landstingen har svagare resultat för samtliga indikatorer inom en cancersjukdom.

Utvärderingen har även belyst socioekonomiska skillnader utifrån patientens utbildningsnivå. För samtliga indikatorer inom tjock- eller ändtarmscancervården hade personer med en lägre utbildningsnivå ett sämre resultat än högutbildade. De fick också i lägre utsträckning de åtgärder inom diagnostik och behandling som rekommenderas i de nationella riktlinjerna. Samma tendens, fast i mindre utsträckning, fanns även för indikatorerna inom bröst- och prostatacancervården.

Utvärderingen pekar på att hälso- och sjukvården kan bli mer jämlik genom att landstingen ökar tillgången till diagnostik, behandling och olika stödjande åtgärder för dem med mindre gynnsam socioekonomisk situation.

I Socialstyrelsens rapport *Cancer i Sverige* finns en beskrivning av insjuknande och överlevnad utifrån regionala och socioekonomiska skillnader, i detta fall efter utbildningsnivå. Rapporten visar tydliga skillnader i överlevnad. För de flesta av de studerade tumörformerna var överlevnaden bättre bland de högst utbildade. Dessa skillnader gäller främst den första tiden efter diagnos [5].

I rapporten gjordes även en beräkning av det antal dödsfall som hade kunnat undvikas om alla utbildningsgrupper hade haft samma dödlighet som den högsta utbildningsnivån, den så kallade hypotetiska överdödligheten. Skillnaden mellan den observerade (faktiskt utfall) och den hypotetiska överdödligheten kan tolkas som det antal dödsfall i cancer som det kan vara möjligt att åtgärda. Enligt uppskattningen skulle nästan 1 500 dödsfall bland män och drygt 1 500 bland kvinnor ha kunnat undvikas under en femårig uppföljningsperiod.

Väntetider i cancervården

Socialstyrelsen har sedan 2010 utfört väntetidsmätningar inom cancervården. Mätningarna utgår från en modell för hur en generisk vårdprocess ser ut. Den senaste rapporten från 2013 visar på stora skillnader i väntetider mellan olika landsting och mellan olika cancerformer.

I ett annat uppdrag har Socialstyrelsen följt patientens väg genom cancervården för att identifiera vilka mätpunkter i en vårdprocess som bör inhämtas nationellt, och som kan möjliggöra regelbundna väntetidsmätningar utifrån ett patientperspektiv. Myndighetens slutrapport ger förslag på vilka mätpunkter som bör införas med remissutfärdande som startpunkt och behandlingsstart som slutpunkt. Socialstyrelsen föreslår dock inga målnivåer för hur lång väntetiden maximalt bör vara specifikt för cancervården. Däremot föreslår vi målnivåer som en väg framåt för att minska de omotiverat stora skillnaderna som konstaterats i mätningarna [6].

Kompletterande kunskapsunderlag

Vårdprogram för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer samt cancerrehabilitering

RCC ansvarar för att utarbeta eller uppdatera nationella vårdprogram för cancervården [7]. I dagsläget finns befintliga nationella vårdprogram (eller pågående arbeten med att ta fram sådana) för prostatacancer, tjocktarms- och ändtarmscancer, cancerrehabilitering och bröstcancer.

De nationella vårdprogrammen utgår från Socialstyrelsens nationella riktlinjer men ger också en beskrivning av *hur* en åtgärd bör utföras (när och på vilket sätt) och av *vem* (vilken organisation som genomför). Socialstyrelsens rekommendationer fokuserar enbart på *vad* (vilka åtgärder) hälso- och sjukvården bör och inte bör göra. Vårdprogrammen fångar i viss mån även upp områden som riktlinjerna inte omfattar, och är på så sätt mer heltäckande.

Kunskapsstöd och vårdprogram för palliativ vård

Vägledning, rekommendationer och indikatorer om generella palliativa åtgärder finns i Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för

god palliativ vård i livets slutskede [8]. Kunskapsstödet fokuserar på palliativ vård i livets slutskede, när målet med vården övergår från kurativt syftande till att enbart lindra lidande och främja livskvalitet.

RCC har även publicerat ett nationellt vårdprogram för palliativ vård oberoende av diagnos – *Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012–2014* [9]. Kunskapsstödet och vårdprogrammet kompletterar varandra och utgör tillsammans en gemensam grund för en god palliativ vård.

Sjukdomsförebyggande metoder

Ohälsosamma levnadsvanor är en viktig orsak till cancer. Rekommendationer om metoder för att stödja personer att förändra ohälsosamma levnadsvanor finns i Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011* [10].

Screening för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer

De nationella riktlinjerna ger inte några rekommendationer om screeningprogram. Socialstyrelsen ger i stället rekommendationer om screening för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer utifrån vår modell för att bedöma, införa och följa upp nationella screeningprogram på cancerområdet [11]. Modellen tillämpades och utvecklades i samband med arbetet med dessa riktlinjer. Mer information om modellen samt aktuella rekommendationer finns på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellascreeningprogram.

Vård av äldre

Äldre personer riskerar att inte ges företräde eller rätt behandling, trots stora hälso- och vårdbehov. Det är dock inte en persons ålder som avgör om man bör få en behandling eller inte, utan möjligheten att tillgodogöra sig den.

Äldres särskilda förutsättningar, till exempel eventuell svår samsjuklighet och skörhet, kan dock påverka tillämpbarheten av Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Att följa enskilda rekommendationer i riktlinjerna kan i vissa fall riskera att leda till felbehandling när det gäller dessa personer. Risken för felbehandling, såväl under- som

överbehandling, är särskilt stor när en person lider av flera sjukdomar samtidigt och vården tillämpar rekommendationer från flera olika riktlinjer parallellt.

För att kunna ge denna grupp en god vård är det nödvändigt att anpassa rekommendationerna i de nationella riktlinjerna efter dessa personers särskilda förutsättningar. Vägledning om detta finns i bilagan *Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer* som finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Centrala rekommendationer

I det här kapitlet presenteras ett antal centrala rekommendationer som Socialstyrelsen bedömer är särskilt viktiga för hälso- och sjukvården ur ett styr- och ledningsperspektiv. Rekommendationerna gäller diagnostik och prevention, kurativ behandling, omvårdnad och rehabilitering samt palliativ behandling inom följande diagnoser:

- bröstcancer
- prostatacancer
- tjock- eller ändtarmscancer.

Samtliga rekommendationer redovisas i en tillstånds- och åtgärdslista i bilaga 1. En fullständig *tillstånds- och åtgärdslista* finns också att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer. Det är också möjligt att söka efter enskilda rekommendationer via webbplatsens sökverktyg Sök i riktlinjerna, där vetenskapligt underlag för varje tillstånds- och åtgärdspar presenteras.

Om rekommendationerna

Tre typer av rekommendationer

För att kunna rekommendera en viss åtgärd rangordnar Socialstyrelsen olika tillstånds- och åtgärdspar. Sammantaget ger myndigheten tre olika typer av rekommendationer: rekommendationer med rangordning 1–10, rekommendationen *FoU* och rekommendationen *icke-göra*.

Socialstyrelsen förväntar sig att rekommendationerna påverkar hälso- och sjukvårdens praxis och resursfördelning, så att förhållandevis mer resurser fördelas till högt rangordnade åtgärder än till åtgärder med låg rangordning.

Tabellen beskriver översiktligt de olika typerna av rekommendationer.

Socialstyrelsens olika typer av rekommendationer

Typ av rekommendation	Beskrivning
Rangordning 1–10	Åtgärder som hälso- och sjukvården <i>bör</i> eller <i>kan</i> erbjuda. De rangordnade åtgärderna redovisas enligt prioriterings-skalan 1–10, där åtgärder med prioritering 1 har störst angelägenhetsgrad och 10 lägst.
FoU	Åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra rutinmässigt, 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 inte bör utföra alls. Socialstyrelsen vill med rekommendationerna stödja hälso- och sjukvården att sluta använda ineffektiva metoder.

Metoden för rangordningsprocessen finns i bilagan *Metodbeskrivning* som finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Rangordningen utgår från den nationella modellen

Socialstyrelsens rangordning av olika tillstånds- och åtgärdspar utgår från den nationella modellen för prioriteringar [12]. Denna modell utgår i sin tur från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60).

Enligt den nationella modellen ska rangordningen baseras på en samlad bedömning av

- tillståndets svårighetsgrad (avgörs utifrån risken för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död vid ett visst tillstånd)
- åtgärdens effekt
- kostnadseffektivitet (åtgärdens kostnad i förhållande till dess effekt).

Socialstyrelsen beaktar även evidens för effekt, det vill säga hur starkt det vetenskapliga stödet är, och kostnadseffektivitet.

Multidisciplinär konferens och kontaktsjuksköterska

En individanpassad och patientcentrerad cancervård förutsätter att olika kliniska och diagnostiska specialister samverkar, vilket även ställer krav på snabbare kommunikationsvägar och förändrat arbetssätt. Bedömning vid multidisciplinär konferens är en åtgärd för att åstadkomma detta. Att erbjuda patienter kontinuerlig uppföljning och psykosocialt stöd av en kontaktsjuksköterska, är även det ett sätt att uppnå en individanpassad och patientcentrerad vård och bättre behandlingsresultat.

Traditionellt sett har en person med cancer först träffat hälso- och sjukvårdspersonal med en medicinsk specialitet och därefter eventuellt remitterats vidare till en annan läkare, med annan specialistkompetens. För patienterna har det inte bara medfört onödiga väntan, utan också sämre möjligheter till att direkt få sjukdomen bedömd på ett allsidigt sätt. Den medicinska utvecklingen har lett till ökad komplexitet inom cancervården där vårdpersonal med olika specialistkompetenser måste samarbeta kring varje enskild patient. Dessutom behöver möjlighet till avancerad bilddiagnostik och vävnadsprovsbestämning finnas tillgänglig.

För de patienter som möter detta vårdssystem blir en kontaktsjuksköterska med uppföljningsansvar en viktig kvalitetsfaktor. Sjuksköterskan blir också en viktig deltagare i de multidisciplinära konferenser som rör patienten.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har sedan 2011 drivit ett projekt som bland annat har definierat och tagit fram en gemensam beskrivning av vad som kännetecknar en kontaktsjuksköterska. Enligt denna beskrivning uppfyller en kontaktsjuksköterska bland annat följande roller och uppgifter:

En kontaktsköterska

- är tydligt namngiven och tillgänglig för patienten
- bevakar väntetider och informerar patienten om kommande steg
- förmedlar kontakt med andra yrkeskategorier
- har ansvar för den allmänna omvårdnaden
- identifierar tidigt psykosociala behov och rehabiliteringsbehov.

Bedömning vid multidisciplinär konferens

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: K024–K025, K099, B019 och P124)

I en multidisciplinär konferens gör specialister inom olika områden – till exempel kirurgi, onkologi, patologi, cytologi, bildmedicin, palliativ medicin eller omvårdnad – en samlad bedömning av olika patienters situation och vilken typ av vidare utredning och behandling som är lämplig för respektive patient.

De multidisciplinära konferenserna är särskilt viktiga för att bestämma rätt tumörstadium och tumörens egenskaper. Tumörens egenskaper och stadium kan helt avgöra om patienter har nytta av en operation, strålbehandling, läkemedelsbehandling eller palliativ behandling. Konferenserna är också viktiga för att kunna identifiera tidiga tumörer som kan behandlas mer skonsamt, exempelvis i syfte att bättre bevara ett organs funktion.

Tabellen beskriver vilka kompetenser som bör ingå i en multidisciplinär konferens beroende på vilken cancerdiagnos det gäller.

Kompetenser vid multidisciplinär konferens beroende på cancerdiagnos

Diagnos	Kompetenser vid multidisciplinär konferens
Bröstcancer	<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktsjuksköterska • Radiolog • Patolog • Kirurg • Onkolog med inriktning på bröstcancer
Prostatacancer	<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktsjuksköterska • Urolog • Onkolog med inriktning på urologisk cancer • Patolog (om histopatologisk bedömning är av betydelse för handläggningen) • Radiolog (om bilddiagnostik är av betydelse för handläggningen)
Tjock- eller ändtarmscancer	<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktsjuksköterska • Radiolog • Patolog (åtminstone vid bedömning efter en operation) • Tjock- och ändtarmskirurg • Onkolog med inriktning på cancer i mag-tarmkanalen

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda multidisciplinär konferens vid bröstcancer, prostatacancer med hög risk och tjock- eller ändtarmscancer. Dessa tillstånd innebär en stor till mycket stor svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är begränsat men åtgärden har starkt stöd utifrån beprövad erfarenhet från kliniska experter. Avgörande för rekommendationerna är att åtgärden skapar förutsättningar för att ge rätt behandling till rätt patient.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer med bröstcancer, prostatacancer med hög risk, tjock- eller ändtarmscancer en bedömning vid multidisciplinär konferens (*prioritet 3*).

Uppföljning samt råd och stöd av kontaktsjuksköterska

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: D006)

Uppföljning av en kontaktsjuksköterska, som ger psykosocialt stöd och råd om symtomlindring, har betydelse för patientens upplevelse av sjukdomen samt för patientens möjlighet att bearbeta sin kris. Insatserna har även betydelse för att uppnå bästa behandlingsresultat. Insatserna är angelägna redan vid diagnostillfället och behövs ofta genom hela behandlingstiden.

En kontaktsjuksköterska kan även säkerställa att det vid behov finns tillgång till ett utvidgat psykosocialt stöd samt ta hänsyn till närståendes behov av liknande stöd.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda kontaktsjuksköterska för patienter med bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer. Tillståndet (det vill säga patientens upplevelse av sjukdomen samt möjlighet att bearbeta sin kris) innebär en måttlig svårighetsgrad. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden kan ge positiva effekter på livskvalitet och symtomlindring. Dessutom minskar åtgärden onödigt långa väntetider.

Rekommendation

Hälsa- och sjukvården bör

- erbjuda personer med bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer namngiven kontaktsjuksköterska som också kan ge psykosocialt stöd och råd om symptomlindring (*prioritet 4*).

Bröstcancer

Bröstcancer är den vanligaste tumörsjukdomen hos kvinnor och svarar för cirka 30 procent av alla nydiagnostiserade cancerfall i Sverige – 8 000 kvinnor får diagnosen varje år. Insjuknandet i bröstcancer har fördubblats sedan 1960, medan antalet som avlider har minskat med ungefär 30 procent. Medianöverlevnaden vid återfall ligger i dag på knappt 2 år, men med längre överlevnad hos yngre personer. Prognosen för bröstcancer i Sverige är i internationella jämförelser mycket god, trots det finns skillnader på cirka 8 procent på femårsöverlevnad mellan landstingen.

Förutom operation av primärtumören är förbättrade diagnostiska instrument, införandet av allmän hälsoundersökning med mamмоgrafi, användning av läkemedel efter operation samt strålbehandling viktiga bidrag till denna utveckling.

Fram till slutet av 1970-talet betraktades bröstcancer som en lokal sjukdom där omfattande behandling i form av kirurgi och lokal strålbehandling mot bröstet dominerade. Först i och med insikten om att dödligheten vanligen beror på att bröstcancer redan vid diagnostillfället är metastaserad (så kallade mikrometastaser som inte ens kan ses med moderna röntgenmetoder) började man ge tilläggsbehandling. Tilläggsbehandling kan bestå av dels neoadjuvant behandling (inför operation), dels adjuvant behandling (efter operation). Behandlingen ges med antiöstrogener och cytostatika (cellgifter), och på senare tid även antikroppar (så kallade målriktade läkemedel). Vid tumörer som innehåller mottagare för östrogen är endokrin (antihormonell) behandling ett förstahandsalternativ, ofta kombinerat med cytostatikabehandling med eller utan antikroppar. Dessa behandling-

är minskar risken att dö av bröstcancer med 50 procent, i vissa fall är effekten ännu större.

Stadieindelningen vid bröstcancer ger en bild av hur långt sjukdomen har framskridit och speglar i viss mån prognosen. Stadium I och II (pT2N0, pT2, pT1 och pN1) opereras oftast primärt. Läkemedelsbehandling används dock alltmör, i första hand vid biologiskt aggressiv primär bröstcancer. Stadium III (lokalt avancerad bröstcancer) behandlas med läkemedel före operation och strålning efter operationen. Vid stadium IV är sjukdomen fjärrspridd och oftast dödlig inom några år. Stadium IV behandlas främst palliativt med läkemedel som avser att förlänga överlevnaden och lindra tumörrelaterade besvär, strålbehandling är speciellt viktigt vid spridning till skelettet. Det händer dock att man genomför palliativ kirurgi och tar bort det sjuka bröstet för att undvika stora sårbildningar på bröstkorgsväggen.

Förutom stadiindelningen avgör ett antal tumörbiologiska riskfaktorer om tumören är låg-, mellan- eller högrisk. Detta styr vilken eventuell tilläggsbehandling som lämpar sig bäst.

Diagnostik

Om det är aktuellt med läkemedelsbehandling inför eller efter operation beror på tumörens egenskaper, storlek och växtsätt och om den är spridd till närliggande lymfkörtlar.

För att kartlägga utbredningen av primär bröstcancer (det vill säga spridningen till kringliggande vävnad) före operation eller inför medicinsk behandling används mammografi eller ultraljud. För att ta reda på tumörens egenskaper tas ett eller fler vävnadsprover.

Analys av sentinel node (portvaktskörteln)

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: B021a–b)

Spridning av bröstcancer till lymfkörtlarna i armhålan (eller till andra närliggande lymfkörtlar) påverkar prognosen negativt. Så kallad sentinel node-diagnostik kan visa om tumören är spridd till lymfkörtlarna. Sentinel node är standardmetod för att få mer information om tumörens stadium inför primär operation eller vid preoperativ läkemedelsbehandling.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda sentinel node-diagnostik före start av förbehandling med

läkemedel till personer utan kliniska symtom eller bilddiagnostiska fynd av lymfkörtelmetastaser. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har förutsättningar för att visa om tumören är spridd till lymfkörtlarna eller inte. Enbart kliniska symtom eller bilddiagnostiska fynd har för låg känslighet och är inte tillräckligt säkra för att avgöra om det finns spridning till lymfkörtlarna.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda förnyad sentinel node-diagnostik i kombination med lymfkörtelutrymning till personer där en mikroskopisk analys av armhålans lymfkörtlar visar metastaser (pN1), före påbörjad förbehandling med läkemedel. Avgörande för rekommendationen är att det är oklart vilket värde en förnyad sentinel node-biopsi tillför standardbehandlingen med enbart lymfkörtelutrymning.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer med bröstcancer utan kliniska symtom eller bilddiagnostiska fynd av lymfkörtelmetastaser sentinel node-diagnostik före start av förbehandling med läkemedel (*prioritet 3*).

Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling

- erbjuda förnyad sentinel node-diagnostik i kombination med lymfkörtelutrymning till personer med bröstcancer där mikroskopisk analys av armhålans lymfkörtlar visar metastaser (pN1) före påbörjad förbehandling med läkemedel (*FoU*).

Kurativ behandling

Kirurgi är utgångspunkten för kurativ behandling av bröstcancer. Ett kirurgiskt ingrepp kan innebära att hela eller delar av bröstet opereras bort. Beroende på hur långt sjukdomen har framskridit är det ibland möjligt att genomföra ingreppet och samtidigt bevara bröstet. Be-

handling med bröstbevarande kirurgi innebär då en mer omfattande diagnostik inför operation (exempelvis med så kallad sentinel node-diagnostik) och även mer strålbehandling efter operation.

Huruvida det är aktuellt med läkemedelsbehandling eller strålning inför eller efter operation beror på tumörens egenskaper, storlek och typ samt om den är spridd till närliggande lymfkörtlar. Utöver stadium och utbredning avgör även sjukdomens biologiska egenskaper om hälso- och sjukvården bör ge förbehandling eller primär kirurgi.

Förbehandling inför bröstbevarande kirurgi

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: B022a och B022d1–B022d3)

I syfte att minska en tumörs storlek och på så vis underlätta eller möjliggöra en operation kan hälso- och sjukvården ge förbehandling (neoadjuvant behandling) med cytostatika eller målriktade läkemedel. Behandling med cytostatika är dock mer studerat än behandling med målinriktade läkemedel.

Behandling med cytostatika och målriktade läkemedel har, oavsett om behandlingen ges före eller efter operation, samma effekt på minskad dödlighet i sjukdomen. En patologisk analys av den bortopererade vävnaden (operationspreparatet) gör det möjligt att få information om huruvida läkemedelsbehandling före operation har resulterat i att alla bröstcancerceller är borta.

En ny studie visar att förbehandling med läkemedel ger en förbättrad prognos genom att man tidigt i sjukdomsförloppet ser effekten på sjukdomen. Denna information och möjligheten att därefter anpassa efterföljande behandling är inte möjlig vid läkemedelsbehandling efter operation.

För personer med lokalt avancerad bröstcancer kan alltså förbehandling med läkemedel vara ett sätt att möjliggöra en operation. I andra fall kan en förbehandling leda till att ingreppet blir mindre och att man kan erbjuda ett bröstbevarande ingrepp i stället för att hela bröstet tas bort.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda förbehandling med cytostatika och trastuzumab vid HER2-positiv bröstcancer i stadium II samt cytostatika vid bröstcancer i stadium II med aggressiv tumörtyp. Båda tillstånden har en mycket stor svårighetsgrad. Avgörande för rekommendationen är att åtgärderna

har samma effekt som läkemedelsbehandling efter operation samt att en ökad andel kan genomgå bröstbevarande kirurgi.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda behandling med en kombination av antingen cytostatika, trastuzumab och lapatinib eller cytostatika, trastuzumab och pertuzumab. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har stor effekt. Kombinationen med trastuzumab och pertuzumab har mindre biverkningar än med trastuzumab och lapatinib, men till en högre kostnad per effekt.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall erbjuda behandling med cytostatika och lapatinib. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ger mer biverkningar än behandling med cytostatika och trastuzumab.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer med HER2-positiv bröstcancer i stadium II förbehandling med cytostatika och trastuzumab i syfte att minska tumörens storlek inför bröstbevarande kirurgi (prioritet 3)
- erbjuda personer med bröstcancer i stadium II med aggressiv tumörtyp förbehandling med cytostatika i syfte att minska tumörens storlek inför bröstbevarande kirurgi (prioritet 4).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda personer med HER2-positiv bröstcancer i stadium II förbehandling med en kombination av antingen cytostatika, trastuzumab och lapatinib eller cytostatika, trastuzumab och pertuzumab, i syfte att minska tumörens storlek inför bröstbevarande kirurgi (prioritet 6).

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall

- erbjuda personer med HER2-positiv bröstcancer i stadium II förbehandling med cytostatika och lapatinib i syfte att minska tumörens storlek inför bröstbevarande kirurgi (prioritet 9).

Läkemedelsbehandling efter operation

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: B053, B055, B057, B058b och B061–062)

Efter genomförd operation och efterföljande multidisciplinär konferens är det ofta aktuellt att ge läkemedelsbehandling för att minska risken för återfall. Beroende på tumörens egenskaper så finns det olika behandlingar som kan vara aktuella.

Läkemedelsbehandling efter operation kan förbättra överlevnaden med upptill 40 procentenheter, vilket motsvarar en halverad risk eller mer att dö i bröstcancer. Trots att det är en standardbehandling finns det skillnader i praxis i landet. Vanligast är att den hormonella behandlingen ges i totalt 5 år, men i vissa fall (såsom vid bröstcancer med hög risk och hormonreceptorpositiv bröstcancer) kan det vara aktuellt att förlänga behandlingstiden till totalt 10 år.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda cytostatikabehandling med tillägg av trastuzumab i 1 år vid HER2-positiv bröstcancer. Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden sänker dödligheten med 13–14 procentenheter för personer med hög risk för återfall, och till en måttlig kostnad per effekt.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda taxaner i kombination med antracyklin vid körtelpositiv bröstcancer med hög risk för återfall. Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden sänker dödligheten med 2–3 procentenheter efter 10 år jämfört med enbart antracyklin. Åtgärden är kostnadsbesparande och medför hälsovinster.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda tamoxifen i 5 år eller aromatashämmare följt av tamoxifen i totalt 5 år vid hormonreceptorpositiv bröstcancer. Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden sänker dödligheten med 5–15 procentenheter efter 15 år. Variationen i effekt beror bland annat på om sjukdomen är spridd till lymfkörtlar och om patienten har fått samtidig behandling med cytostatika.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda aromatashämmare i 5 år till postmenopausala personer med opererad hormonreceptorpositiv bröstcancer med hög risk för återfall. Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden sänker dödligheten med 5–15 procentenheter efter 10 år.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda behandling med tamoxifen eller aromatashämmare under en total behandlingstid på 10 år. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden medför en förbättrad överlevnad för vissa grupper såsom personer med hormonreceptorpositiv bröstcancer med hög risk.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda cytostatikabehandling med tillägg av trastuzumab i 1 år till personer med opererad HER2-positiv bröstcancer med hög risk för återfall (*prioritet 3*)
- erbjuda taxaner i kombination med antracyclin till personer med opererad körtelpositiv bröstcancer med hög risk för återfall (*prioritet 4*)
- erbjuda tamoxifen i 5 år till premenopausala personer med opererad hormonreceptorpositiv bröstcancer där läkemedelsbehandling efter operation är motiverad (*prioritet 3*)
- erbjuda aromatashämmare följt av tamoxifen i totalt 5 år till postmenopausala personer med opererad hormonreceptorpositiv bröstcancer där läkemedelsbehandling efter operation är motiverad (*prioritet 3*).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda aromatashämmare i 5 år till postmenopausala personer med opererad hormonreceptorpositiv bröstcancer med hög risk för återfall (*prioritet 5*)
- erbjuda förlängd adjuvant behandling i ytterligare 5 år efter 5 års endokrin behandling (tamoxifen och aromatashämmare) till personer med hormonreceptorpositiv bröstcancer med hög risk (*prioritet 5*).

Adjuvant läkemedelsbehandling vid lokalt återfall av bröstcancer

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: B072)

För personer med lokalt återfall av bröstcancer utan fjärrmetastaser (lokalrecidiv) var tidigare standardbehandling kirurgi följt av eventuell strålbehandling (om strålbehandling inte getts innan). Studier visar dock att tillägg av adjuvant läkemedelsbehandling ger en signifikant ökad överlevnad.

Det är viktigt att läkemedelsbehandlingen anpassas efter tumörens biologiska egenskaper samt tidigare eller pågående behandlingar. Vid ER-negativt lokalrecidiv ges cytotostatikabehandling och vid ER-positiva återfall ges kombinationsbehandling med cytotostatika och endokrin behandling eller i vissa fall enbart endokrin behandling.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda åtgärden. Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden (cytotostatikabehandling) förbättrar sjukdomsfri överlevnad med 12 procentenheter och total överlevnad med 12 procentenheter. Anpassningen efter tumörens egenskaper förändrar handläggningen hos ungefär var sjätte–sjunde individ. Det innebär att hälso- och sjukvården kan ge rätt behandling till rätt patientgrupp.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda individualiserad läkemedelsbehandling efter kirurgi och eventuell strålbehandling för personer med lokalrecidiv av bröstcancer (*prioritet 4*).

Strålbehandling vid opererad bröstcancer och 1–3 lymfkörtelmetastaser

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: B050)

Primär bröstcancer med 1–3 påvisade regionala lymfkörtelmetastaser och där hela eller delar av bröstet har opererats bort är ett allvarligt tillstånd. Lokal strålbehandling efter operation (mot bröstet eller bröstkorgsväggen och närliggande lymfkörtlar) kan minska risken för lokalt återfall och därigenom förbättra överlevnaden hos personer med detta tillstånd. Vid 4 eller fler påvisade regionala lymfkörtelmetastaser är det i dag en standardbehandling. Nya studier visar dock att även personer med en mindre spridd cancer har tydlig nytta av denna åtgärd, som tillägg till kirurgi och läkemedelsbehandling. Beroende på hur stor risken för återfall är varierar dock också nyttan med åtgärden.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda strålbehandling vid opererad bröstcancer med 1–3 regionala lymfkörtelmetastaser. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden innebär en stor nytta för patienten genom minskat antal regionala recidiv och en ökad bröstcanceröverlevnad på 8 procent efter 20 år. För total överlevnad är vinsten 7 procent efter 15 år. Åtgärden är kostnadsbesparande eller har en låg kostnad per effekt.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer med opererad bröstcancer och 1–3 regionala lymfkörtelmetastaser lokal strålbehandling mot bröstet eller bröstkorgsväggen och närliggande lymfkörtlar (prioritet 3).

Strålbehandling för kvinnor med bröstcancer opererad med bröstbevarande kirurgi

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: B048)

För kvinnor som opererats med bröstbevarande kirurgi är det standardbehandling att erbjuda strålbehandling mot kvarvarande bröst.

Vilken effekt en strålbehandling har på en tumör beror på vilken stråldos som har getts vid varje behandlingstillfälle (så kallad fraktionsdos) samt hur ofta behandlingen har getts. Om fraktionsdosen ökas måste antalet behandlingar minskas för att behandlingen ska få samma effekt på tumören och den normala vävnaden.

Det finns i dag studier som visar att så kallad hypofraktionering – när man ger större dos vid varje behandling men vid färre tillfällen – har samma biologiska effekt på tumörvävnad som konventionell strålbehandling (det vill säga med en lägre fraktionsdos). Hypofraktionering ger inte heller någon högre grad av biverkningar än konventionell strålbehandling.

Det saknas dock studier på om hypofraktionering påverkar kranskärlen i hjärtat både på lång och kort sikt. Det är därför viktigt att minimera stråldoser till riskorgan som hjärta och lungor samt att

undvika kranskärlstammarna. Om stråldoser till riskorgan riskerar att bli för höga kan det vara aktuellt att använda någon annan teknik.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda åtgärden. Tillståndet innebär en stor svårighetsgrad och avgörande för rekommendationen är att hypofraktionering ger likvärdig nytta för patienten som konventionell strålbehandling.

Åtgärden innebär en ökad överlevnad med cirka 3 procentenheter hos lågriskpatienter och cirka 10 procentenheter hos högriskpatienter efter 15 år. Fördelen med hypofraktionering är att behandlingen genomförs vid färre tillfällen och under en kortare period, jämfört med konventionell strålbehandling, vilket är till nytta för både patienten och hälso- och sjukvården.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda strålbehandling med hypofraktionering mot bröstet till kvinnor med bröstcancer som har genomgått bröstbevarande kirurgi (*prioritet 3*).

Palliativ behandling vid bröstcancer

Av de kvinnor som har haft bröstcancer får 20–25 procent återfall. Hos vissa återkommer cancern i det tidigare operationsområdet men vanligtvis är återfallet i form av metastaser i skelettet, lungorna och levern (så kallade fjärrmetastaser). För en majoritet av de personer som får återfall av bröstcancer är överlevnaden cirka 2 år. 15–25 procent av patienterna lever efter 5 år och vissa kan överleva 10 år eller mer med god livskvalitet.

Bröstcancer med fjärrmetastaser (stadium IV) behandlas med palliativ vård. För de flesta patienter är de viktigaste målen vid palliativ behandling av obotlig cancer en förlängd överlevnad och förbättrad livskvalitet, men ibland kan det uppstå en konflikt mellan dessa mål. Det handlar då om att väga nyttan av läkemedelsbehandling, det vill säga dess effekt på sjukdomens symtom, mot de biverkningar som behandlingen medför.

Vid återfall av metastaserad bröstcancer kan sjukdomen ha förändrats från den ursprungliga tumören. Det kan även handla om en godartad förändring eller en annan cancerform. Genom ett nytt vävnadsprov kan hälso- och sjukvården ta reda på vilken typ av cancer det är och därmed kunna erbjuda rätt behandling till rätt patient. Behandling med läkemedel kan lindra tumörrelaterade symtom, förbättra livskvaliteten eller få sjukdomen att gå tillbaka. Behandlingen kan också förlänga tid till sjukdomsprogress och öka den totala överlevnaden.

När hälso- och sjukvården bedömer att det inte längre är möjligt att förlänga livet går vården över till att enbart lindra, så kallad palliativ vård i livets slutskede. Vägledning, rekommendationer och indikatorer om generella palliativa åtgärder som kan vara aktuella vid vård av personer med metastaserad bröstcancer finns i *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård*. Kunskapsstödet finns att ladda ner från eller beställa på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Vävnadsprov vid metastaserad bröstcancer

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: B024)

För att, vid ett återfall med metastaserad sjukdom, kunna ta ställning till vilken behandling som passar för den enskilda personen är det viktigt att hälso- och sjukvården genomför nya vävnadsprov för att kunna jämföra med prov från den ursprungliga tumören.

Mellan primärtumör och metastaserat återfall förändras statusen på östrogenreceptorn och progesteronreceptorn hos ungefär var tredje patient och HER2 (human epidermal tillväxtfaktorreceptor 2) hos ungefär var tionde patient. En analys av hormonreceptorer och HER2 utgör därmed ett viktigt underlag vid valet av behandling och läkemedel. Den läkemedelsbehandling som har använts efter operationen av primärtumören är alltså inte alltid den som är bäst vid ett återfall.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda åtgärden. Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden förändrar handläggningen hos ungefär 15 procent av patienterna. Det innebär att hälso- och sjukvården kan ge rätt behandling till rätt patientgrupp.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda nya vävnadsprover med en analys av hormonreceptorer och HER2 till personer med metastaserad bröstcancer inför ställningstagande till läkemedelsbehandling (prioritet 4).

Första linjens palliativa läkemedelsbehandling vid metastaserad bröstcancer

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: (B078a, B078c1 och B089)

För personer med obotlig bröstcancer är syftet med en läkemedelsbehandling att kontrollera sjukdomsförloppet så länge som möjligt. Val av behandling sker utifrån en allmän värdering av personens sjukdomstillstånd (till exempel var metastaserna finns), allmäntillstånd och eventuella tidigare läkemedelsbehandlingar samt tumörens biologiska status (hormonreceptorer, tillväxthastighet och HER2-status).

Första palliativa behandlingsomgången med läkemedel (så kallad första linjens behandling) förväntas ge den bästa möjligheten att fördröja att sjukdomen utvecklas.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda cytostatika och trastuzumab vid metastaserad HER2-positiv bröstcancer i första linjens palliativa behandling. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har en måttlig effekt på överlevnaden hos en grupp som annars har en dålig prognos. Tillägg av trastuzumab förbättrar överlevnaden och ökar den sjukdomsfria överlevnaden jämfört med enbart cytostatika, men innebär samtidigt också en viss negativ hjärtpåverkan.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda pertuzumab som tillägg till docetaxel och trastuzumab som första linjens palliativa behandling till personer med HER2-positiv metastaserad bröstcancer. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt, men till en mycket hög kostnad per effekt.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall erbjuda palliativ behandling med bevacizumab som tillägg till paklitaxel. Det eftersom åtgärden endast innebär en liten nytta för patienten och samtidigt har en mycket hög kostnad per effekt.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda cytostatika och trastuzumab som första linjens palliativa behandling till personer med metastaserad HER2-positiv bröstcancer (*prioritet 4*).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda pertuzumab som tillägg till docetaxel och trastuzumab som första linjens palliativa behandling till personer med HER2-positiv metastaserad bröstcancer (*prioritet 6*).

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall

- erbjuda palliativ behandling med bevacizumab som tillägg till paklitaxel till personer med metastaserad bröstcancer (*prioritet 10*).

Andra och tredje linjens palliativa läkemedelsbehandling vid metastaserad bröstcancer

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: B076a–B076e)

För personer med obotlig bröstcancer är syftet med en läkemedelsbehandling att kontrollera sjukdomsförloppet så länge som möjligt. Val av behandling sker utifrån en allmän värdering av personens sjukdomstillstånd, speciellt sjukdomens utbredning och tumörens egenskaper, allmäntillstånd och eventuella tidigare läkemedelsbehandlingar.

Om sjukdomen fortsätter att utvecklas efter en första behandlingsomgång med läkemedel (så kallad första linjens behandling) så kan behandlingen upprepas med samma eller med en annan typ av läkemedel (så kallad andra linjens behandling och så vidare). Vid andra och tredje linjens behandling är effekten i regel sämre än vid tidigare behandlingar. Det beror på att sjukdomen är mer motståndskraftig

mot cytostatika samtidigt som ibland också allmäntillståndet successivt försämras hos den sjuka personen.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall erbjuda antingen capecitabin, eribulin eller vinorelbin som tredje linjens palliativa behandling till personer med metastaserad bröstcancer. Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad men avgörande för rekommendationen är att åtgärderna innebär en liten patientnytta (cirka 70–80 procent svarar inte på behandlingen) samt risker för biverkningar. Men för en mindre andel kan behandlingen ha mycket stor nytta och innebära en förlängd överlevnad. Eribulin har dock en mycket hög kostnad per effekt.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall erbjuda nab-paklitaxel som tredje linjens palliativa behandling till personer med metastaserad bröstcancer som svarat på tidigare linjers behandling eller där cytostatika är motiverad, det vill säga beroende på tumörens egenskaper och patientens allmäntillstånd. Avgörande för rekommendationen är att risken för betydande biverkningar är större än för capecitabin, eribulin och vinorelbin.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall erbjuda platinaanaloger som tredje linjens palliativa behandling. Avgörande för rekommendationen är att risken för betydande biverkningar är större än för övriga åtgärder i tredje linjen.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall

- erbjuda antingen capecitabin, eribulin eller vinorelbin som tredje linjens palliativa behandling till personer med metastaserad bröstcancer som svarat på tidigare linjers behandling eller där cytostatika är motiverad (*prioritet 8*)
- erbjuda nab-paklitaxel som tredje linjens palliativa behandling till personer med metastaserad bröstcancer som svarat på tidigare linjers behandling eller där cytostatika är motiverad (*prioritet 9*)
- erbjuda platinaanaloger som tredje linjens palliativa behandling till personer med metastaserad bröstcancer som svarat på tidigare linjers behandling eller där cytostatika är motiverad (*prioritet 10*).

Prostatacancer

Som en följd av att hälso- och sjukvården har börjat genomföra prostatakontroller med blodprov och analys av PSA (prostata-specifikt antigen) har antalet diagnostiserade fall av prostatacancer ökat kraftigt sedan mitten av 1990-talet. Årligen diagnostiseras omkring 9 000 nya fall i Sverige. Prostatacancer är i dag den vanligaste cancerformen hos män och svarar för drygt 30 procent av all diagnostiserad cancer hos män i Sverige. 80 procent av alla män som får symtom av prostatacancer är över 70 år.

I mitten av 1960-talet var femårsöverlevnaden 45 procent och under mitten av 1990-talet var den 70 procent, det vill säga en förbättring på 25 procentenheter. Mycket av förbättringen i femårsöverlevnad beror på att prostatacancer diagnostiseras i tidigare skede och inte på att livslängden för dem som diagnostiseras har ökat. Dödligheten i prostatacancer har dock minskat något de senaste åren, särskilt för män under 75 år [13].

Risken för att en tidig prostatacancer ska utvecklas till en metastaserad och dödlig sjukdom är mycket varierande. Prostatacancer utan fjärrmetastaser delas vanligen in i tre riskgrupper: låg-, mellan- och högrisk. För några år sedan tillkom en undergrupp till lågriskcan-

cer: prostatacancer med mycket låg risk. Risknivån avgörs utifrån tumörens storlek och allvarlighetsgrad (som anges med så kallad Gleason-grad) samt värde på PSA. Socialstyrelsen har utgått från D’Amicos riskklassifikation av prostatacancer [14]. Cancer-former som är begränsade till prostatakörteln (lokaliserade) behandlas med kurativt syftande kirurgi eller strålbehandling eller ibland inte alls om de tillhör låg- eller mellanriskgrupperna. Prostatacancer som är spridd utanför prostatakörteln (metastaserad), exempelvis till lymfkörtlar eller skelett, behandlas i första hand med olika antihormonella läkemedel. I vissa situationer kan olika behandlingar kombineras.

Riskgrupp och eventuell spridning, liksom patientens allmäntillstånd och övriga sjukdomar, påverkar vilken behandling som lämpar sig bäst.

Diagnostik

Utredning av misstänkt prostatacancer omfattar PSA-prov, undersökning av prostatan med ett finger (palpation), ultraljud och vävnadsprov från prostatan.

Spridning av prostatacancer till lymfkörtlarna påverkar prognosen negativt. För att bedöma om cancer är spridd till lymfkörtlarna går det att undersöka dem med bilddiagnostiska metoder eller genom ett kirurgiskt ingrepp (så kallad lymfkörtelutrymning). Kunskapen om hur och när diagnostik av lymfkörtelmetastaser ska utföras samt för hur påvisad spridning ska påverka behandlingen är i dagsläget otillräcklig.

PSA-prov för män utan tecken av prostatacancer

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: P007 och P009a–b)

Sedan början av 1990-talet används PSA-prov för att göra tidig diagnostik av prostatacancer hos män utan symtom eller tecken på sjukdom. Screening med PSA-prov för män 50–70 år minskar dödligheten i prostatacancer, men innebär också en omfattande överdiagnosticering av prostatacancer som egentligen inte skulle behöva behandlas. De flesta som behandlas för prostatacancer får försämrad sexuell funktion och dessutom är urinläckage och ändtarmsbesvär vanliga bieffekter. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården därför inte erbjuda screening för prostatacancer. Mer information om Socialstyrelsens rekommendation om screening för

prostatacancer finns på vår webbplats, www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellascreeningprogram.

Trots att det inte finns någon rekommendation om screening har omkring hälften av alla svenska män mellan 50 och 70 år genomgått PSA-prov. Den osystematiska provtagningen förbrukar stora resurser i hälso- och sjukvården. Provtagningen sker ofta tätare än vad som vore motiverat för de män som har lägst PSA-värden och är vanliga även i åldersgrupper där de negativa effekterna klart överstiger de positiva.

Ett sätt att använda hälso- och sjukvårdens resurser bättre kan vara att aktivt erbjuda strukturerad information om för- och nackdelar med PSA-prov till män 50–70 år, med erbjudande om provtagning för dem som önskar. Standardiserade svarsrutiner och intervall skulle då kunna säkra att alla deltagare får samma information samt mer likvärdiga bedömningar av sina PSA-värden. En organiserad verksamhet utanför rutinsjukvården skulle också kunna underlätta för sjukvården att begränsa provtagningen till män som är 50–70 år.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården enbart erbjuda PSA-prov till män över 50 som efterfrågar åtgärden, och det först efter att de har tagit del av information om fördelarna och nackdelarna med PSA-prov. Avgörande för rekommendationen är att tillståndets svårighetsgrad är liten och att åtgärden kan leda till överdiagnostik- och behandling av prostatacancer som egentligen inte skulle behöva behandlas med olika negativa effekter som följd, till exempel i form av försämrad sexuell funktion, urinläckage och ändtarmsbesvär.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda organiserad information om PSA-prov samt efterföljande PSA-prov. Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt när det gäller åtgärdens effekt på antalet genomförda PSA-prov samt huruvida en organiserad och standardiserad provtagning kan vara mindre resurskrävande än den osystematiska provtagning som genomförs i rutinsjukvården i dag.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör inte hälso- och sjukvården erbjuda PSA-prov till män utan symtom eller tecken på prosta-

tacancer och som inte fått information om fördelarna och nackdelarna med provtagningen. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden kan innebära betydande negativa effekter, varför det är angeläget att hälso- och sjukvården ger patienten förutsättningar för att själv kunna värdera huruvida åtgärdens positiva effekter överväger de negativa (mer om vårdens skyldighet att informera och göra patienten delaktig finns i kapitel 5, *Information, delaktighet och etik*).

Rekommendationer

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 (*prioritet 4*).

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 (*FoU*).

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 (*icke-göra*).

Lymfkörtelutrymning vid prostatacancer med låg risk, mellanrisk och hög risk

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: P030–035, P038 och P040)

För att undersöka om prostatacancern har spridit sig till lymfkörtlarna kan hälso- och sjukvården genomföra en så kallad kirurgisk lymfkörtelutrymning. Det innebär att man opererar bort lymfkörtlar i bäckenet för att sedan kunna analysera dem i mikroskop.

En lymfkörtelutrymning kan utföras med laparoskopisk (traditionell eller robotassisterad) eller öppen kirurgi, antingen i samband

med en radikal prostatektomi eller som ett separat ingrepp inför en kurativt syftande strålbehandling. Utrymningen kan vara begränsad eller utvidgad.

Den begränsade lymfkörtelutrymningen tar kortare tid och innebär en lägre risk för komplikationer (framför allt vid öppen kirurgi), men missar oftare att påvisa en befintlig lymfkörtelspridning än en utvidgad utrymning. En utvidgad utrymning kan eventuellt utgöra en del av en kurativt syftande behandling, om alla körtelmetastaser avlägsnas vid utrymningen.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda utvidgad lymfkörtelutrymning i bäckenet i samband med radikal prostatektomi vid mellan och högriskcancer utan metastaser. Avgörande för rekommendationerna är att balansen mellan behandlingens patientnytta och biverkningar är oklar på grund av otillräckligt vetenskapligt underlag.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda lymfkörtelutrymning i bäckenet med identifiering och analys av portvaktskörteln (sentinel node). Avgörande för rekommendationerna är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör inte hälso- och sjukvården erbjuda lymfkörtelutrymning i bäckenet till personer med prostatacancer med låg risk i samband med radikal prostatektomi eller inför kurativt syftande strålbehandling. Avgörande för rekommendationerna är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt samtidigt som det befintliga underlaget inte talar för att den eventuella patientnyttan uppväger åtgärdens biverkningar och kostnader.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör inte hälso- och sjukvården erbjuda utvidgad lymfkörtelutrymning i bäckenet till personer med prostatacancer med mellanrisk eller med hög risk, utan metastasering, inför en kurativt syftande strålbehandling. Avgörande för rekommendationerna är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt samtidigt som det befintliga underlaget inte talar för att den eventuella patientnyttan uppväger åtgärdens biverkningar och kostnader.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör inte hälso- och sjukvården erbjuda åtgärden begränsad lymfkörtelutrymning till perso-

ner med prostatacancer. Avgörande för rekommendationen är att en begränsad lymfkörtelutrymning identifierar metastaser mer sällan än en utvidgad lymfkörtelutrymning (som identifierar metastaser hos upptill 35 procent av patienterna, jämfört med upptill 12 procent vid en begränsad utrymning).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att avgöra hur en spridning till lymfkörtlarna ska påverka valet av behandling och om lymfkörtelutrymningen i sig påverkar risken för återfall och förtida död.

Rekommendationer

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 (FoU)
- erbjuda lymfkörtelutrymning i bäckenet med identifiering och analys av portvaktskörteln, till personer med prostatacancer (FoU).

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 (icke-göra)
- erbjuda utvidgad lymfkörtelutrymning i bäckenet till personer med prostatacancer med mellanrisk eller med hög risk, utan metastasering, inför en kurativt syftande strålbehandling (icke-göra)
- erbjuda begränsad lymfkörtelutrymning till personer med prostatacancer (icke-göra).

Kurativ behandling

Som en följd av att hälso- och sjukvården har börjat genomföra PSA-prov för stora grupper av män, upptäcks prostatacancer oftare i

ett tidigt skede. Därmed har man också större möjlighet att behandla sjukdomen och förhindra att den utvecklas. Det har samtidigt inneburit att fler diagnostiseras med prostatacancer med låg risk, vilken oftast inte utvecklas till någon symtomgivande sjukdom. Därmed har antalet personer som får behandling i onödan ökat, med biverkningar som försämrar livskvaliteten som följd.

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 (prostataktomi) eller strålbehandling av prostatakörteln. Hur allvarlig eller utvecklad prostatacancer är avgör vilken behandling som innebär störst nytta för patienten.

Behandling vid prostatacancer med låg eller mycket låg risk

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: P041a–b, P047a–b, P090a–b, P094a–b och P096a–b)

Personer som diagnostiseras med prostatacancer med låg risk (vilket ofta kan säkerställas med två omgångar med vävnadsprover) har ofta små härdar av cancerceller som växer mycket långsamt. Dessa personer är oftast aktuella för aktiv monitorering där man följer utvecklingen genom regelbundna kontroller med PSA-prov, palpationer och vävnadsprover av prostatan. Kurativt syftande behandling – operation eller strålbehandling – blir främst aktuell vid mer allvarlig cancer eller om cancer utvecklas snabbare än förväntat.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda åtgärden aktiv monitorering vid prostatacancer med låg eller mycket låg risk. Tillståndet innebär en liten svårighetsgrad. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden minskar risken för onödig behandling (operation eller strålning) med bestående biverkningar.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall erbjuda öppen eller robotassisterad radikal prostatektomi (operation) eller strålbehandling (oavsett teknik) till personer med nyligen diagnostiserad prostatacancer med låg risk och mer än 10 års förväntad kvarvarande livstid. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet innebär en liten svårighetsgrad och att det är

oklart om dessa åtgärder ger en överlevnadsvinst vid prostatacancer med låg risk jämfört med aktiv monitorering. Dessutom kan strålbehandling och operation ge biverkningar, såsom urinläckage, förträngning av urinröret, tarmbesvär och erektionsproblem, som kan försämra livskvaliteten.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården inte erbjuda radikal prostatektomi (öppen eller robotassisterad) eller strålbehandling till personer med prostatacancer med mycket låg risk. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet innebär en liten svårighetsgrad och att det saknas evidens för att åtgärden innebär någon nytta för patienten, samtidigt som den kan ge biverkningar.

Rekommendationer

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 (*prioritet 3*)
- erbjuda aktiv monitorering med senare ställningstagande till behandling till personer med prostatacancer med låg risk och över 10 års förväntad kvarvarande livstid (*prioritet 4*).

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall

- erbjuda öppen eller robotassisterad radikal prostatektomi eller strålbehandling (antingen brakyterapi med låg intensitet, doseskalerad 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 (*prioritet 7*).

Hälso- och sjukvården bör inte

- erbjuda öppen eller robotassisterad radikal prostatektomi eller strålbehandling (antingen brakyterapi med låg intensitet, doseskalerad extern strålbehandling eller kombinationsbehandling med extern strålning och brakyterapi med hög intensitet) till personer med prostatacancer med mycket låg risk (*icke-göra*).

Behandling av lokaliserad eller lokalt avancerad prostatacancer med mellanrisk och hög risk

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: P101, P061a–b, P054 och P113)

Gränsen för lokaliserad prostatacancer (det vill säga avgränsad till prostatakörteln) av högrisktyp dras ofta vid ett tumörstadium som inte överstiger T2b och ett PSA-värde som är över 20 mikrogram per liter eller vid en Gleason-grad över 7. Vid prostatacancer med hög risk är prognosen betydligt sämre än vid låg risk och det finns större behov av tidig botande behandling.

Strålbehandling vid lokaliserad prostatacancer med hög risk kan ges på flera sätt och med olika tekniker. 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, som innebär att strålkällan placeras i eller nära prostata. Om prostatacanceren är lokalt avancerad (T3–T4), så bör strålbehandlingen kombineras med hormonbehandling.

Operation av prostatacancer (retropubisk prostatektomi) kan göras med tre olika kirurgiska tekniker: öppen kirurgi, traditionell laparaskopi (titthålskirurgi) och robotassisterad laparaskopi.

Ett alternativ till strålbehandling och kirurgi vid prostatacancer med hög risk är systemisk hormonbehandling. Hormonbehandlingar har dock ett flertal biverkningar på både kort och lång sikt, såsom sänkt sexualdrift, erektionsproblem, vallningar, svettningar och påverkad ämnesomsättning.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda åtgärden doseskalerad strålbehandling som singelbehandling *eller* i kombination med brakyterapi med hög intensitet samt åtgärden radikal prostatektomi vid lokaliserad prostatacancer (T1–T2) med hög risk. Tillståndet innebär en stor svårighetsgrad och avgörande för rekommendationerna är att en högre strålningsdos innebär en större nytta för patienten.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda kombinationsbehandling med strålning och hormonbehandling vid lokalt avancerad prostatacancer (T3–T4) med hög risk. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden innebär en stor nytta för patienten jämfört med enbart strål- eller hormonbehandling i form av förlängd överlevnad med 8–10 procentenheter.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda radikal prostatektomi vid lokaliserad prostatacancer (T1–T2) med hög risk och över 10 års förväntad kvarvarande livstid. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden har god effekt.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården endast inom ramen för forskning och utveckling erbjuda radikal

prostataktomi till personer med prostatacancer med lokalt avancerad (T3–T4) högrisktumör och med över 10 års förväntad kvarvarande livstid. Avgörande för rekommendationerna är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör inte hälso- och sjukvården erbjuda hormonbehandling inför radikal prostataktomi till personer med prostatacancer med mellanrisk eller hög risk och över 10 års förväntad kvarvarande livstid. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har någon effekt på överlevnaden.

Rekommendationer

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 (*prioritet 3*)
- erbjuda strålbehandling (78 Gy eller mer) i kombination med adjuvant hormonbehandling vid lokalt avancerad prostatacancer (T3–T4, M0, Nx, N1) (*prioritet 3*)
- erbjuda radikal prostataktomi till personer med lokaliserad prostatacancer (T1–T2, M0, N0) med hög risk och över 10 års förväntad kvarvarande livstid (*prioritet 3*).

Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling

- erbjuda radikal prostataktomi 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 (*FoU*).

Hälso- och sjukvården bör inte

- erbjuda hormonbehandling inför radikal prostataktomi till personer med prostatacancer med mellanrisk eller hög risk och över 10 års förväntad kvarvarande livstid (*icke-göra*).

Behandling vid prostatacancer med mellanrisk eller hög risk efter radikal prostatektomi

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: P104 och P111)

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.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda åtgärden strålbehandling (”salvage”, 70 Gy eller mer) av prostatabädden vid stigande PSA efter radikal prostatektomi till personer med prostatacancer med mellanrisk eller hög risk med hög risk för lokalt återfall. Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad och avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en god effekt på överlevnaden om den genomförs tidigt.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda åtgärden strålbehandling efter radikal prostatektomi till personer med prostatacancer med mellanrisk eller hög risk med hög risk för lokalt återfall. Tillståndet innebär en måttlig till mycket stor svårighetsgrad och avgörande för rekommendationen är att åtgärden leder till en viss förlängd överlevnad.

Rekommendationer

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 (*prioritet 4*).

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) (*prioritet 5*).

Palliativ behandling vid prostatacancer

Behandling med läkemedel kan få sjukdomen att gå tillbaka, lindra tumörrelaterade symtom och förbättra livskvaliteten, förlänga tid till sjukdomsprogress och öka den totala överlevnaden hos vissa patienter. För de flesta patienter är de viktigaste målen vid palliativ behandling av obotlig cancer en förlängd överlevnad och förbättrad livskvalitet, men ibland kan det uppstå en konflikt mellan dessa mål. Det handlar då om att väga nyttan av läkemedel mot biverkningar och påverkan på livskvalitet.

Vägledning, rekommendationer och indikatorer om generella palliativa åtgärder som kan vara aktuella vid vård av personer med metastaserad prostatacancer finns i *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård*. Kunskapsstödet finns att ladda ner från eller beställa på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Behandling vid skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: P088, P114, P123, P125a–b, P126a–b)

Kastrationsresistent prostatacancer är ett mycket allvarligt tillstånd som medför smärtor, nedsatt allmäntillstånd, nedsatt livskvalitet och förtida död. Med läkemedelsbehandling är det dock möjligt att se till att canceren utvecklas långsammare och på så sätt förlänga överlevnaden något (cirka 2–9 månader). Det handlar i dessa fall om behandling med cytostatika, strålbehandling (radioisotop behandling) eller läkemedel som minskar produktionen av manligt könshormon på cellnivå.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda docetaxel som palliativ behandling till personer med skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer. Avgörande för rekommendationen är att tillståndets svårighetsgrad är mycket stor samt att åtgärden ger stor effekt i form av förlängd överlevnad till en måttlig kostnad per effekt.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda abirateron eller enzalutamid efter cytostatikabehandling som palliativ behandling till personer med skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer som inte längre svarar på docetaxel. Avgörande för rekommendationerna är att tillståndets svårighetsgrad

är mycket stor samt att åtgärderna ger liten till måttlig effekt till en måttlig till mycket stor kostnad per effekt.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda abirateron som tillägg till prednison eller enzalutamid före cytostatikabehandling som palliativ behandling till personer med skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer. Hälso- och sjukvården kan även erbjuda radium-223 efter cytostatikabehandling eller vid dåligt allmäntillstånd. Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad men avgörande för rekommendationerna är att åtgärderna ger en liten till måttlig effekt samtidigt som de har en måttlig till mycket hög kostnad per effekt.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall erbjuda cabazitaxel som andra linjens palliativa behandling till personer med symtomgivande skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer som inte längre svarar på behandling

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda docetaxel som palliativ behandling till personer med skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer (*prioritet 6*)
- erbjuda abirateron eller enzalutamid som palliativ behandling till personer med symtomgivande skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer och som efter cytostatikabehandling inte längre svarar på docetaxel (*prioritet 6*)
- erbjuda abirateron som tillägg till prednison eller enzalutamid som palliativ behandling till personer med symtomgivande skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer före cytostatikabehandling (*prioritet 7*)
- erbjuda radium-223 som palliativ behandling till personer med symtomgivande skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer (*prioritet 7*).

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall

- erbjuda cabazitaxel som andra linjens palliativa behandling till personer med symtomgivande skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer som inte längre svarar på behandling med docetaxel (*prioritet 8*).

med docetaxel. Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad men avgörande för rekommendationen är att åtgärden ger en liten effekt till en hög till mycket hög kostnad per effekt.

Tjock- eller ändtarmscancer

Tjock- eller ändtarmscancer är den tredje vanligaste cancerformen i Sverige med cirka 6 000 nya insjuknanden årligen. Nästan all tjock- eller ändtarmscancer är av körteltyp (adenocarcinom). En tredjedel av tumörerna startar i ändtarmen och två tredjedelar i tjocktarmen. Kirurgi är den viktigaste åtgärden i botande syfte vid behandling av tjock- eller ändtarmscancer. I regel kan en operation genomföras elektivt, det vill säga planeras och utföras vid ett bestämt tillfälle. Att personer med rätt kompetens utför planerade och akuta operationer är av stor betydelse för patienten eftersom det minskar risken för komplikationer och ökar chansen för en lyckad operation.

Konsekvenserna av en operation varierar beroende på patientens allmäntillstånd och samsjuklighet samt hur utbredd tumören är och var den sitter i tarmen. Risken för dödlighet, komplikationer och behovet av stomi som en följd av operationen kan vara allt från mycket liten till stor.

Tumörer i stadium I och II innebär att tumören är begränsad till eller har växt igenom tarmväggen. Stadium III innebär att tumören har spridit sig till angränsande lymfkörtlar. Dessa stadier kan i regel opereras. Stadium IV innebär att tumören har spridit sig till andra delar av kroppen, ofta i form av dottersvulster eller fjärrmetastaser, och är då oftast inte möjlig att operera.

Vid ändtarmscancer föregås ofta en operation av strålbehandling i syfte att minska risken för lokala återfall och om möjligt öka överlevnaden. Vid lokalt avancerad ändtarmscancer är strålbehandling före operationen oftast en förutsättning för att tumören ska kunna opereras bort i sin helhet. Strålbehandlingen ges då samtidigt med cytostatika för att öka effekten. Strålbehandlingen kan dock öka riskerna för komplikationer och andra negativa konsekvenser av operationen. Till exempel kan risken för sårinfektioner öka och risken att patienten får besvär med inkontinens.

För att minska risken för återfall efter en operation, får många patienter efterföljande läkemedelsbehandling med cytostatika (cellgift). Om det uppstår svåra komplikationer efter operationen omöjliggörs ibland den typen av behandling.

Diagnostik

En utredning av misstänkt tjock- eller ändtarmscancer innefattar att bedöma om det finns en cancer och i så fall

- var i tjock- eller ändtarmen tumören är belägen
- hur utbredd canceren är (så kallade T-stadiet)
- om canceren är spridd till närliggande lymfkörtlar (så kallade N-stadiet)
- om canceren är spridd till andra organ eller lymfkörtlar som inte är närliggande (M-stadiet).

I de fall tumören ger akuta symtom som kräver akut operation hinns inte alltid hela utredningen med och behöver då kompletteras efter operationen.

Tjock- eller ändtarmscancer diagnostiseras oftast med hjälp av olika typer av röntgen (exempelvis datortomografi (DT) och tjocktarmsröntgen), koloskopi och provtagning samt ultraljud. De avbildande teknikerna behövs för att bedöma den lokala tumörutbredningen och upptäcka eventuell spridning. Vid ändtarmscancer görs dessutom en magnetkameraundersökning (MRT) för att bedöma tumörutbredningen i och utanför tarmen. DT och MRT registrerar vävnaders täthet och presenterar detta som bilder. Utifrån bilderna kan tätheten och storleken på olika förändringar bedömas.

Klinisk undersökning och blodprover ingår också alltid i undersökningen. Oklara fynd utreds alltid vidare, oftast med någon annan avbildande teknik, såsom PET-DT. PET (positionsemissionstomografi) är en metod för att registrera och mäta vävnaders ämnesomsättning. Genom att kombinera DT med PET i en utrustning (PET-DT) får man möjlighet att göra en storleks- och lägesbedömning och samtidigt få en uppfattning om ämnesomsättningen i förändringarna man ser. Vid tumörsjukdomar är oftast ämnesomsättningen förhöjd, men förhöjd omsättning kan även finnas vid inflammatoriska tillstånd. Det innebär att PET-DT vid diagnos för tumörsjukdom kan ge både falskt negativa och falskt positiva resultat på grund av inflammationer. PET-DT kan också användas för att följa effekterna av en behandling.

PET-DT för kartläggning av tumörens utbredning

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: K022 och K098)

Vid tjock- eller ändtarmscancer som är spridd till närliggande organ eller annan vävnad (lokalt avancerad, oftast stadium cT4) är behandlingen oftast omfattande med kombination av strålning, cytostatika och operation. Operationen kan ibland vara omfattande i sig med borttagande av intilliggande organ, vilket kan ha en negativ påverkan på patientens livskvalitet.

Hur omfattande behandlingen är beror på tumörutbredningen samt på patientens förutsättningar för att tåla planerad behandling. Även vid ett lokalt återfall (recidiv) eller vid fjärrmetastasering kan intensiv kombinationsbehandling i kurativt syfte vara aktuell. Vid dessa situationer kan PET-DT användas för att i möjligaste mån bedöma om det finns ytterligare spridning, framför allt fjärrmetastasering av tumören, vilket kan påverka valet av behandling.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda preoperativ kartläggning av tumörutbredning med PET-DT vid nydiagnostiserad lokalt avancerad tjock- eller ändtarmscancer där kurativ behandling är aktuell och där planerad behandling innebär risk för påtaglig belastning för patienten.

Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad och avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en stor nytta för patienten. Åtgärden innebär en förändrad och mer anpassad behandling för cirka en fjärdedel av patienterna, eftersom den kan skilja ut vad som är begränsat respektive mer spridd sjukdom.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda undersökning med PET-DT inför kurativt syftande metastaskirurgi eller kirurgi av ett lokalt återfall. Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad och avgörande för rekommendationen är att åtgärden innebär en stor nytta för patienten. Åtgärden innebär en förändrad handläggning för ungefär en fjärdedel av patienterna, eftersom den skiljer ut vilka patienter som kan respektive inte kan komma ifråga för kurativt syftande behandling.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer med nydiagnostiserad lokalt avancerad tjock- eller ändtarmscancer kartläggning av tumörens utbredning med PET-DT inför beslut om kurativt syftande behandling (*prioritet 3*)
- erbjuda personer med lokalt återfall eller levermetastaser eller andra metastaser av tjock- eller ändtarmscancer undersökning med PET-DT inför eventuell kurativt syftande behandling (*prioritet 3*).

Strukturerad analys och handläggning av vävnadsprov och bortopererad vävnad

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: K066)

Av de personer som har nydiagnostiserad tjock- eller ändtarmscancer överlever minst 60 procent i 5 år. Prognosen är bland annat beroende av tumörens stadium vid diagnostillfället. För att varje person ska få en individanpassad uppföljning och behandling är det alltså centralt att hälso- och sjukvården gör en korrekt klassifikation av tumören.

För att kunna ställa rätt diagnos eller klassificera en tumör gör en patolog en makroskopisk och mikroskopisk undersökning av ett vävnadsprov eller av bortopererad vävnad (ett så kallat operationspreparat). Utifrån denna undersökning ställer patologen en patologisk-anatomisk diagnos (PAD), som sedan ligger till grund för fortsatt behandling och uppföljning.

För att den patologiska analysen och handläggningen ska genomföras på ett strukturerat sätt finns det dokumentations- och svarsmallar som anger vilka faktorer som patologen ska bestämma, värdera och redovisa. Dessa faktorer har relevant klinisk betydelse.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården genomföra åtgärden. Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad och avgörande för rekommendationen är att en strukturerad analys och handläggning avsevärt förbättrar och höjer kvaliteten på den information som ska ligga till grund för valet av behandling och

uppföljningsprogram. Åtgärden medför inte heller en högre kostnad än en ostrukturerad analys eller handläggning och tar inte längre tid. Tvärtom kan det vara tidsbesparande eftersom svaret mer sällan behöver kompletteras.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården bör

- genomföra en strukturerad PAD vid tjock- eller ändtarmscancer (*prioritet 2*).

Kurativ behandling

Kurativ behandling vid tjock- eller ändtarmscancer innebär oftast att den del av tarmen där tumören är belägen opereras bort i sin helhet. Vilken typ av operation som är mest effektiv beror på var tumören är belägen. Syftet är dock alltid att ta bort den cancersjuka delen av tarmen så att samtliga tumörceller och de regionala lymfkörtlarna avlägsnas, samtidigt som tarmfunktionen ska bli så god som möjligt.

Eftersom risken för återfall efter operation ibland kan vara hög ges olika tilläggsbehandlingar för att minska denna risk. Vid tjocktarmscancer innebär det behandling med cytostatika efter operationen och vid ändtarmscancer innebär det ofta strålning, ensamt eller i kombination med cytostatika före operation. Läkemedelsbehandling kan också vara aktuell för att minska risken för återfall inför eller efter operation av metastaser i exempelvis levern eller i andra organ.

Planerad operation – öppen, laparoskopisk eller robotassisterad

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: K043a–K044b)

Socialstyrelsen belyser tre metoder som kan användas vid planerade operationer vid tjock- eller ändtarmscancer: öppen kirurgi, laparoskopisk kirurgi och laparoskopisk robotassisterad kirurgi (robotkirurgi).

Traditionellt har operationerna gjorts med öppen kirurgi via ett snitt i bukväggen. Under de senaste 20–30 åren har dock så kallad tithålskirurgi (laparoskopisk kirurgi) utvecklats. Under senare år har den laparoskopiska kirurgin förfinats ytterligare med hjälp av robotteknik, där kirurgens arbete genomförs via datorstyrda dissektionsarmar.

De olika metoderna är inte fullt utbytbara eftersom laparoskopisk kirurgi och robotkirurgi endast är lämplig för ungefär 50–60 procent av patienterna. Öppen kirurgi kan dock användas på samtliga patienter. Introduktionen av de nyare metoderna har huvudsakligen motiverats av snabbare återhämtning hos patienten efter operationen.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda åtgärderna öppen kirurgi och laparoskopisk kirurgi. Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad och avgörande för rekommendationen är att åtgärderna direkt får bort primärtumören och eventuella regionala metastaser samt ger en femårsöverlevnad på 50–80 procent. De två åtgärderna ger helt jämförbara resultat när det gäller chansen till bot och riskerna för komplikationer. Laparoskopisk kirurgi verkar dock ge en något längre operationstid men kortare vårdtid för patienten.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården endast erbjuda robotkirurgi vid tjock- eller ändtarmscancer inom ramen för forskning och utveckling. Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av, och de eventuella riskerna med, robotkirurgi vid tjock- eller ändtarmscancer.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer med tjock- eller ändtarmscancer antingen öppen kirurgi eller, där sådan bedöms som lämplig, laparoskopisk kirurgi (*prioritet 2*).

Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för forskning och utveckling

- erbjuda personer med tjock- eller ändtarmscancer robotkirurgi (*FoU*).

Läkemedelsbehandling efter operation

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: K078, K080, K082a–K083b och K091–K093)

För personer med tjock- eller ändtarmscancer i stadium II med risk-

faktorer för återfall (exempelvis pT4, tumörperforation eller mycket högt preoperativt CEA-värde) eller stadium III som är radikalt opererad minskar läkemedelsbehandling risken för återfall (recidiv) och förtida död, jämfört med enbart kirurgi.

Genom att kombinera basbehandlingen (en fluoropyrimidin, antingen 5-FU intravenöst med kalciumfolinat, så kallat modulerat 5-FU eller peroralt capecitabin) med ytterligare ett läkemedel (oxaliplatin) förbättras effekterna ytterligare. Behandlingen kan ge olika biverkningar, men de är mestadels mindre allvarliga och övergående. Oxaliplatinets påverkan på nerver kan dock bli bestående i vissa fall.

För att behandlingen ska ge maximal effekt bör den påbörjas senast 8 veckor efter operation, eftersom en senare start av behandlingen minskar den positiva effekten. För vissa kan det dock utifrån medicinska faktorer (framför allt komplikationer efter operationen) eller personens situation finnas skäl att starta behandlingen efter 8 veckor, dock högst efter 12 veckor.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda läkemedelsbehandling med ett eller två läkemedel, med start inom 8 veckor efter operation vid radikalt opererad tjock- eller ändtarmscancer i stadium II med riskfaktorer eller stadium III. Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad och avgörande för rekommendationen är att risken för återfall minskar med upptill 30 procentenheter och risken för förtida död minskar med upptill 25 procentenheter jämfört med enbart kirurgi. Variationen i minskad risk beror på vilket stadium canceren är i samt antalet riskfaktorer. Detta har påverkat rangordningen av olika läkemedel och kombinationer av läkemedel.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda cytostatikabehandling med ett eller två läkemedel, med start inom 8 veckor, till personer med radikalt opererad ändtarmscancer i stadium II med riskfaktorer eller stadium III och som inte har fått cytostatika- och strålbehandling före operation. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har en måttlig till stor effekt. Det vetenskapliga underlaget är svagare för åtgärdens positiva effekter vid ändtarmscancer jämfört med tjocktarmscancer, vilket har påverkat prioriteringen.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall erbjuda åtgärden senare än efter 8 veckor eftersom nyttan blir mindre då.

Vidare bör inte hälso- och sjukvården erbjuda åtgärden senare än 12 veckor efter operationen, eftersom den då har betydligt sämre effekt jämfört med om den ges inom 8 veckor.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda läkemedelsbehandling med ett eller två läkemedel, med start inom 8 veckor efter operation, till personer med radikalt opererad tjocktarmscancer i stadium II med riskfaktorer eller stadium III med eller utan riskfaktorer (*prioritet 3*).

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda läkemedelsbehandling med två läkemedel, med start inom 8 veckor efter operation, till personer med radikalt opererad tjocktarmscancer i stadium II med riskfaktorer (*prioritet 5*)
- erbjuda cytostatikabehandling med ett eller två läkemedel, med start inom 8 veckor efter operation, till personer med radikalt opererad ändtarmscancer i stadium II med riskfaktorer eller stadium III med eller utan riskfaktorer, som inte fått cytostatika- och strålbehandling före operation (*prioritet 5 och 6*).

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall

- erbjuda läkemedelsbehandling med ett eller två läkemedel, med start senare än 8 veckor efter operation, till personer med radikalt opererad tjock- eller ändtarmscancer i stadium II med riskfaktorer eller III (*prioritet 8*).

Hälso- och sjukvården bör inte

- erbjuda läkemedelsbehandling med ett eller två läkemedel, med start senare än 12 veckor efter operation, till personer med radikalt opererad tjock- eller ändtarmscancer i stadium II med riskfaktorer eller III (*icke-göra*).

Operation och läkemedelsbehandling vid metastaser i bukhålan

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: K105)

När tjock- eller ändtarmscancern har spridit sig till bukhålan har den oftast spridit sig även till andra organ. I de fall spridningen endast skett till bukhålan kan det vara aktuellt att erbjuda tumörminskande kirurgi med efterföljande cytostatikabehandling direkt in i bukhålan. Förutsättningen är dock att tumörutbredningen i bukhålan är möjlig att operera bort och att personen inte har ett alltför påverkat allmäntillstånd eller andra allvarliga sjukdomar samtidigt.

Att ge cytostatika direkt i bukhålan (så kallad intraperitoneal cytostatika) i samband med en operation av metastaser i bukhålan har visat bättre resultat än standardbehandlingen med cytostatika som ges generellt (resultaten gäller vid metastaser av tjock- eller ändtarmscancer som har bedömts möjliga att operera). Behandlingen ger bland annat en förlängd medianöverlevnad, bättre femårsöverlevnad och låg dödlighet efter operation. Däremot innebär den betydande men oftast övergående sjuklighet efter ingreppet.

Motivering till rekommendationen

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda operation av metastaser och cytostatikabehandling direkt i bukhålan. Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad och avgörande för rekommendationen är att den innebär en måttlig nytta för patienten. Åtgärden ger en selekterad patientgrupp möjlighet till långtidsöverlevnad (cirka 30–35 procent lever efter 5 år), men innebär även en stor risk för betydande sjuklighet i samband med operationen.

Rekommendation

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda operation av metastaser och cytostatikabehandling direkt i bukhålan till personer med tjock- eller ändtarmscancer och metastaser enbart i bukhålan och som har gott allmäntillstånd (PS 0–1) och bedöms möjliga att operera (*prioritet 5*).

Palliativ behandling vid tjock- eller ändtarmscancer

Metastaser finns hos 20–25 procent av de patienter som har nydiagnostiserats med tjock- eller ändtarmscancer och dyker upp hos ungefär lika många till, senare i förloppet. Obehandlad metastaserad sjukdom innebär en median-överlevnad på 4–8 månader hos de personer som drabbas. Några få procent lever 2 år eller längre.

Tjock- eller ändtarmscancer med metastaser behandlas huvudsakligen palliativt, det vill säga bot är i regel inte möjlig. För de flesta patienter är de viktigaste målen vid palliativ behandling av obotlig cancer en förlängd överlevnad och förbättrad livskvalitet men ibland kan det uppstå en konflikt mellan dessa mål. Det handlar då om att väga nyttan med en åtgärd mot biverkningar och annan påverkan på livskvalitet.

Cytostatika har sedan 1990 varit den etablerade palliativa behandlingsformen vid metastaserad tjock- eller ändtarmscancer. Cytostatika kan få sjukdomen att gå tillbaka, lindra tumörrelaterade symtom och förbättra livskvaliteten, förlänga tid till sjukdomsprogress och öka den totala överlevnaden.

Under senare år har även fem biologiska läkemedel (bland annat två mot EGF-receptorn och två mot kärnlybildning) som bevisats ha positiva effekter vid metastaserad tjock- eller ändtarmscancer kommit att användas. Dessa biologiska läkemedel fungerar till synes bäst tillsammans med ett eller flera cytostatika men några kan även användas ensamma. Effekterna är dock relativt måttliga för stora delar av patientgruppen med metastaserad sjukdom och läkemedlen kostar mycket.

Vägledning, rekommendationer och indikatorer om generella palliativa åtgärder som kan vara aktuella vid vård av personer med metastaserad tjock- eller ändtarmscancer finns i Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård. Kunskapsstödet finns att ladda ner eller beställa på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Behandling vid metastaserad tjock- eller ändtarmscancer för att möjliggöra operation

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: K124–K126)

För majoriteten av dem med metastaserad tjock- eller ändtarmscancer är behandlingen palliativ och det finns inte någon möjlighet till

långtidsöverlevnad. Men med effektiva läkemedelsbehandlingar och ökade möjligheter att göra mer eller mindre omfattande kirurgiska ingrepp mot framför allt levermetastaser kan en allt större andel av patienterna komma i fråga för kurativt syftande behandling.

Läkemedelsbehandling vid metastaserad tjock- eller ändtarmscancer (som är primärt inoperabel) kan minska storleken på metastaserna så att det blir möjligt att operera bort dem. Denna typ av behandling benämns konverteringsbehandling. Metastaserna kan också ”brännas sönder” (abladeras) eller precisionsbestrålans om operation inte är möjlig eller inte är lämplig.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda EGFR-hämmare som tillägg till första linjens behandling med två cytostatika vid metastaserad tjock- eller ändtarmscancer (RAS-vildtyptomör). Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad och avgörande för rekommendationen är en måttlig patientnytta till en måttlig till hög kostnad per effekt. Åtgärden ger dels en generell förlängd medianöverlevnad på 3–4 månader jämfört med enbart cytostatika, dels möjliggörs radikal operation hos en något ökad andel av patienterna. Åtgärden innebär en måttlig kostnad per effekt.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda första linjens behandling med tre cytostatika i stället för med enbart två cytostatika vid metastaserad tjock- eller ändtarmscancer. Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden innebär en måttlig nytta för patienten jämfört med behandling med två cytostatika eftersom den ger en ökad möjlighet till kurativ behandling, men åtgärden medför även ökade risker för biverkningar.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården endast i undantagsfall erbjuda två cytostatika och bevacizumab vid metastaserad tjock- eller ändtarmscancer som potentiellt kan opereras. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden innebär mindre nytta än två cytostatika och EGFR-hämmare (vid RAS-vildtyptomör) eller tre cytostatika.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda EGFR-hämmare (cetuximab eller panitumumab) som tillägg till två cytostatika (infusion med modulerad 5-FU och irinotekan eller oxaliplatin) i stället för enbart två cytostatika, som första linjens behandling till personer med metastaserad tjock- eller ändtarmscancer och RAS-vildtyptumör, där radikal kirurgi möjliggörs om tumörregress uppnås (*prioritet 5*)
- erbjuda tre cytostatika (infusion med modulerad 5-FU, irinotekan och oxaliplatin) i stället för enbart två cytostatika som första linjens behandling till personer med metastaserad tjock- eller ändtarmscancer, där radikal kirurgi möjliggörs om tumörregress uppnås (*prioritet 6*).

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall

- erbjuda bevacizumab som tillägg till två cytostatika (infusion med modulerad 5-FU och irinotekan eller oxaliplatin) i stället för enbart två cytostatika, som första linjens behandling till personer med metastaserad tjock- eller ändtarmscancer, där radikal kirurgi möjliggörs om tumörregress uppnås (*prioritet 8*).

Behandling vid metastaserad tjock- eller ändtarmscancer för att förlänga överlevnaden eller lindra symtom

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: K121–122 och K128–133)

En förutsättning för palliativ behandling med cytostatika och biologiska läkemedel är att patienten har ett gott allmäntillstånd och inte har en väsentlig samsjuklighet.

Det finns tre etablerade cytostatika för att behandla metastaserad tjock- eller ändtarmscancer: fluoropyrimidin (FU, parenteralt 5-FU modulerat med kalciumfolinat eller peroralt capecitabin), irinotekan och oxaliplatin. En kombination av två cytostatika har i allmänhet bättre effekt på tumören än ett enstaka preparat, men ger också fler biverkningar. Denna typ av kombinationsbehandling med cytostatika är en etablerad rutinbehandling varför Socialstyrelsen i dessa riktlin-

jer i stället belyser cytostatikabehandling med tillägg av biologiska läkemedel samt behandling med enbart biologiska läkemedel eller med enbart ett cytostatikum.

Om sjukdomen fortsätter att utvecklas efter en första behandlingsomgång med läkemedel (så kallad första linjens behandling) kan behandlingen upprepas med samma eller med en annan typ av läkemedel (så kallad andra linjens behandling och så vidare). Första linjens behandling förväntas ge den bästa möjligheten att fördröja att sjukdomen utvecklas. Vid andra och tredje linjens behandling är effekten i regel sämre än vid tidigare behandlingar. Det beror på att sjukdomen är mer motståndskraftig mot cytostatika samtidigt som ibland också allmäntillståndet successivt försämras hos den sjuka personen.

Motivering till rekommendationerna

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda enbart fluoropyrimidin som första linjens palliativa behandling i stället för kombinationsbehandling med flera cytostatika till personer som har metastaserad tjock- och ändtarmscancer, utan möjlighet till bot och där sjukdomsförloppet är stillsamt. Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad och åtgärden har en god effekt utan att långtidsöverlevnaden försämras. Åtgärden ger dock en något sämre tumörtillbakabildning och tiden till tumörtillväxt är kortare. Den är därför mindre lämplig om tumörerna är symtomgivande, påverkar allmäntillståndet eller visar tecken på snabb tillväxt samt om personen bedöms tåla kombinationsbehandling.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda enbart fluoropyrimidin eller oralt capecitabin med tillägg av bevacizumab som första linjens palliativa behandling till personer med metastasering av tjock- eller ändtarmscancer utan påtagliga tumörrelaterade symtom. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger cirka 4 månaders överlevnad till en hög till mycket hög kostnad per effekt.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda kombinationen irinotekan och EGFR-hämmare (efter svikt på fluoropyrimidin, irinotekan och oxaliplatin) som tredje linjens palliativa behandling till personer med lokalrecidiv eller metastasering av tjock- eller ändtarmscancer och RAS-vildtyptumör. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad

och att åtgärden ger cirka 2 månaders överlevnad (utöver den som EGFR-hämmare enbart ger) till en måttlig till mycket hög kostnad per effekt.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården erbjuda EGFR-hämmare enbart (efter svikt på fluoropyrimidin, irinotekan och oxaliplatin, med eller utan bevacizumab) som tredje linjens palliativa behandling till personer med lokalrecidiv eller metastasering av tjock- eller ändtarmscancer och RAS-vildtyptumör. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger cirka 5 månaders överlevnad till en måttlig till hög kostnad per effekt.

Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall erbjuda övriga aktuella åtgärder, vilka berör värdet av biologiska läkemedel som tillägg till cytostatika i första, andra eller tredje linjens palliativa behandling samt som tillägg till cytostatika eller ensamma i senare linjers behandling. Tillståndet innebär en mycket stor svårighetsgrad, men gemensamt för åtgärderna och avgörande för rekommendationerna är att de innebär en liten till måttlig nytta för gruppen av patienter och en måttlig till mycket hög kostnad per effekt.

Rekommendationer om första linjens palliativa behandling

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda enbart fluoropyrimidin som första linjens palliativa behandling (i stället för kombinationscytostatika) till personer med lokalrecidiv eller metastasering av tjock- eller ändtarmscancer, där kombinationsbehandling inte är lämplig eller nödvändig primärt (*prioritet 4*)
- erbjuda fluoropyrimidin (modulerad 5-FU) eller oralt capecitabin med tillägg av bevacizumab som första linjens palliativa behandling till personer med metastasering av tjock- eller ändtarmscancer utan påtagliga tumörrelaterade symtom (*prioritet 7*).

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall

- erbjuda cytostatika (fluoropyrimidin och irinotekan eller oxaliplatin) med tillägg av bevacizumab som första linjens palliativa behandling (i stället för enbart cytostatika) till personer med lokalrecidiv eller metastasering av tjock- eller ändtarmscancer (*prioritet 8*).

Rekommendationer om andra linjens palliativa behandling

Hälsa- och sjukvården kan i undantagsfall

- erbjuda cytostatika med tillägg av EGFR-hämmare som andra linjens palliativa behandling (i stället för enbart cytostatika) till personer med lokalrecidiv eller metastasering av tjock- eller ändtarmscancer och RAS-vildtytumör (*prioritet 8*)
- erbjuda cytostatika (fluoropyrimidin och oxaliplatin eller irinotekan) med tillägg av bevacizumab (i stället för enbart cytostatika) som andra linjens palliativa behandling till personer med lokalrecidiv eller metastasering av tjock- eller ändtarmscancer (*prioritet 8*)
- erbjuda cytostatika (fluoropyrimidin och irinotekan) med tillägg av aflibercept som andra linjens palliativa behandling till personer med lokalrecidiv eller metastasering av tjock- eller ändtarmscancer som tidigare sviktat på behandling med oxaliplatin (*prioritet 9*)
- erbjuda cytostatika (fluoropyrimidin och oxaliplatin eller irinotekan) med tillägg av bevacizumab som andra linjens palliativa behandling (i stället för enbart cytostatika) till personer med lokalrecidiv eller metastasering av tjock- eller ändtarmscancer och som fått cytostatika med tillägg av bevacizumab i första linjens behandling (*prioritet 10*).

Rekommendationer om tredje linjens palliativa behandling

Hälso- och sjukvården kan

- erbjuda kombinationen irinotekan och EGFR-hämmare (efter svikt på fluoropyrimidin, irinotekan och oxaliplatin) som tredje linjens palliativa behandling till personer med lokalrecidiv eller metastasering av tjock- eller ändtarmscancer och RAS-vildtyptumör (*prioritet 6*)
- erbjuda EGFR-hämmare enbart (efter svikt på fluoropyrimidin, irinotekan och oxaliplatin, med eller utan bevacizumab) som tredje linjens palliativa behandling till personer med lokalrecidiv eller metastasering av tjock- eller ändtarmscancer och RAS-vildtyptumör (*prioritet 7*).

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall

- erbjuda enbart regorafenib efter svikt på fluoropyrimidin, irinotekan och oxaliplatin, med eller utan tillägg av bevacizumab och EGFR-hämmare (vid RAS-vildtyptumör), som tredje linjens palliativa behandling till personer med lokalrecidiv eller metastasering av tjock- eller ändtarmscancer (*prioritet 10*).

Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen har gjort en bedömning av hur ett införande av de nationella riktlinjernas rekommendationer påverkar organisation, personalresurser, annan resursåtgång och kostnader för hälso- och sjukvården. Bedömningen har utgått från en bild av hur verksamheten bedrivs generellt på nationell nivå i dag. Avsikten är att ge stöd och underlag till huvudmännen så att de kan erbjuda en god och jämlik vård.

I det här kapitlet presenterar Socialstyrelsen endast beräkningar för de rekommendationer som kan förväntas innebära störst konsekvenser för hälso- och sjukvården. I bedömningen av rekommendationernas konsekvenser har myndigheten utgått från de målnivåer som presenteras tillsammans med kvalitetsindikatorerna i dessa riktlinjer (se bilagan *Indikatorer för god vård vid bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård*).

Målnivåerna talar om hur stor andel av patienterna som bör få en viss åtgärd. Det innebär att beräkningarna av de ekonomiska konsekvenserna motsvarar de resurser som på krävs på nationell nivå för att hälso- och sjukvården ska nå upp till önskvärd målnivå. Där det är möjligt anges den totala budgeteffekten för varje rekommendation. Beräkningarna baseras antingen på registerdata eller på antaganden från kliniska experter, vilket gör att det finns en osäkerhet i bedömningen.

Socialstyrelsen förväntar sig att rekommendationerna påverkar praxis och resursfördelning, så att förhållandevis mer resurser fördelas till högt rangordnade åtgärder än till åtgärder med låg rangordning. Vidare vill vi att hälso- och sjukvården utmönstrar åtgärder som fått rekommendationen *icke-göra*. FoU-rekommendationer bör inte användas som rutin med hänsyn till att kunskapsläget är ofullständigt.

Varje beslut om resursfördelning som utgår från riktlinjerna bör föregås av en noggrann analys. En åtgärd som har fått rangordning 5

(till exempel på grund av liten effekt eller låg evidens) kan vara den bästa jämfört med alternativen, eller till och med det enda alternativ som finns tillgängligt för just det tillståndet.

Hälsoekonomiskt underlag för ett urval av riktlinjernas rekommendationer presenteras i bilagorna *Hälsoekonomisk underlag* som finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Sammanfattning av konsekvenserna

De ekonomiska konsekvenserna av rekommendationerna innebär generellt ökade kostnader inledningsvis för hälso- och sjukvården, eftersom det bland annat krävs investeringar i teknisk utrustning och utbildning till personal. Kostnadsökningen bedöms dock som måttlig. Kostnadsökningen på kort sikt består även av att öka kvaliteten på diagnostiska utredningar för att skapa förutsättningar för att ge rätt behandling till rätt patient.

På sikt förväntas dessa kostnader för hälso- och sjukvården att plana ut ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. För nya läkemedel förväntas däremot kostnaden för hälso- och sjukvården kvarstå även på längre sikt. Bedömningen avser nationell nivå och konsekvenserna kan därmed skilja sig lokalt och regionalt. Det sker dock en kontinuerlig och snabb medicinsk utveckling inom bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervården, särskilt när det gäller läkemedelsbehandlingar. Det handlar om att nya läkemedel godkänns, att nya indikationer tillkommer för befintliga läkemedel samt att kostnaderna för befintliga läkemedel kan förändras. Det gör att beräkningarna av kostnadseffektiviteten för framför allt olika läkemedel snabbt kan bli inaktuella.

Tabellen nedan sammanfattar bedömningarna av förändrade kostnader för landstingen på kort respektive lång sikt, för några av de centrala rekommendationerna. Med kort sikt avses förväntad kostnadsutveckling under de första två åren från att riktlinjerna träder i kraft. Med lång sikt avses den uppskattade kostnadsutvecklingen därefter, från år tre och framåt. Till exempel bedöms rekommendationerna om multidisciplinär konferens ge ökade kostnader under de första åren, för att sedan plana ut på denna höjda nivå.

Ekonomiska konsekvenser på kort och lång sikt för centrala rekommendationer

Hänvisning till rad i tillstånds- och åtgärdslistan, bilaga 1

Åtgärd	Central rekommendation	Kort sikt	Lång sikt
Multidisciplinär konferens	Rad B019, K024–K025, K099 och P124	↗	→
Kontaktsjuksköterska	Rad D006	↗	→
Bröstcancer			
Förbehandling inför bröstbevarande kirurgi	Rad B022a och B022d1–B022d3	→	→
Vävnadsprov vid metastaserad bröstcancer	Rad B024	↗	→
Strålbehandling vid opererad bröstcancer och lymfkörtelmetastaser	Rad B050	↗	↗
Strålbehandling för kvinnor med bröstcancer opererade med bröstbevarande kirurgi	Rad B048	↘	↘
Förlängd adjuvant behandling till 10 år	Rad B062	↗	↗
Adjuvant läkemedelsbehandling vid lokalt återfall av bröstcancer	Rad B072	↗	→
Palliativ läkemedelsbehandling vid metastaserad bröstcancer	Rad B076e–B078c1	↗	↗
Prostatacancer			
Lymfkörtelutrymning inför kurativt syftande behandling	Rad P030–P040	↘	↘
Aktiv monitorering vid lågrisk prostatacancer	Rad P041	↗	→
Behandling av skelettmestaserad kastrationsresistent prostatacancer	Rad P088	↗	↗
Behandling av kastrationsresistent prostatacancer	Rad P114, P125a och P126	↗	↗
Tjock- eller ändtarmscancer			
Diagnostik med PET-DT	Rad K022 och K098	↗	→
Strukturerad PAD och handläggning	Rad K066	→	↘
Planerad operation med laparoskopisk teknik	Rad K041 och K044	↗	→
Läkemedelsbehandling efter operation	Rad K078–K093	↗	→
Läkemedelsbehandling vid metastaser i bukhålan	Rad K105	↗	→
Behandling vid spridd cancer för att möjliggöra operation	Rad K124–K126	↗	↗
Palliativ läkemedelsbehandling	Rad K130b–c och K133	↗	↗

Multidisciplinär konferens

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om multidisciplinära konferenser kommer att påverka vårdens resursfördelning och organisation, eftersom det kan krävas utbildningar eller omorganisationer för att möjliggöra tillgången på nödvändiga kompetenser.

För att hälso- och sjukvården ska kunna uppnå Socialstyrelsens målnivå för multidisciplinär konferens (det vill säga 100 procent) behöver flertalet regioner väsentligt öka andelen patienter som diskuteras vid sådana. På kort sikt innebär ökningen av antalet patienter som diskuteras vid multidisciplinära konferenser en nationell kostnadsökning på cirka 4 miljoner kronor per år. På längre sikt kommer kostnaderna att plana ut eller till och med att minska.

En utökning av multidisciplinära konferenser kommer främst att medföra organisatoriska förändringar, eftersom specialister inom olika områden behöver samverka och samarbeta i större utsträckning än i dag. Det leder till ökade kostnader på kort sikt, särskilt i de regioner som i dag erbjuder åtgärden i lägre utsträckning.

Samtidigt förväntas multidisciplinära konferenser bidra till att operations- och läkemedelskostnader kan sjunka genom färre onödiga behandlingar samt förbättrade resultat vid genomförda behandlingar. När multidisciplinära konferenser blir etablerade som ett standardförfarande kommer kostnaderna att stabilisera sig.

Vid en multidisciplinär konferens gör specialister med olika kompetens en samlad bedömning av olika patienters situation, samt vilken typ av behandling som är lämplig för respektive patient och om flera behandlingar behöver kombineras. En patients tillstånd kan även behöva bedömas vid flera olika tillfällen. När inte alla kompetenser finns tillgängliga kan det leda till att behandlingsbeslutet försenas. För att dessa konferenser ska bli effektiva och fungera smidigt krävs en förändring av arbetssätt.

Förekomsten och genomförandet av multidisciplinära konferenser skiljer sig i stor utsträckning inom Sverige och mellan de olika cancerformerna. För bröstcancer är förekomsten av multidisciplinära konferenser före operation drygt 90 procent. Variationen både mellan regioner och mellan sjukhus är emellertid stor och i något landsting genomförs de endast för cirka 70 procent av patienterna. För de tre

landsting med lägst frekvens av multidisciplinära konferenser ses dock tydliga förbättringar över tid.

Andelen bedömningar inför operation vid multidisciplinära konferenser för tjock- eller ändtarmscancer varierar inom olika regioner från 30 till drygt 90 procent för personer upptill 75 år. För personer som är äldre än 75 år finns liknande mönster i regionala skillnader, men nivån är ungefär 10 procent lägre överlag.

För prostatacancer finns inga uppgifter om förekomsten av multidisciplinära konferenser och därför ingår inte prostatacancer i beräkningen av förändrade kostnader.

För att uppnå målnivån på nationell nivå behöver antalet multidisciplinära konferenser för bröstcancer öka med drygt 700 per år (cirka 500 före operation och cirka 230 efter operation) motsvarande en årlig kostnad på cirka 700 000 kronor. För att uppnå målnivån för tjocktarmscancer behöver antalet konferenser öka med knappt 2 500 per år (cirka 1 500 före operation och cirka 950 efter operation) till en årlig kostnad på 2,5 miljoner kronor. För ändtarmscancer behöver antalet konferenser öka med drygt 500 per år (cirka 270 före operation och cirka 270 efter operation) vilket motsvarar en årlig kostnad på drygt 500 000 kronor.

Ett problem vid värderingen av den nuvarande andelen multidisciplinära konferenser är att regionerna inte har samma definition av vilka kompetenser som ska ingå vid en multidisciplinär konferens. Detta kan förklara de registrerade skillnaderna i förekomsten mellan olika landsting och regioner. Vissa landsting rapporterar till exempel endast konferenser där samtliga kompetenser deltar, vilket gör att de har lägre nivåer jämfört med landsting som använder en annan definition. Socialstyrelsen definierar i kapitlet *Centrala rekommendationer* vilka kompetenser som bör delta.

Bedömningstiden per patient vid en multidisciplinär konferens varierar, men en genomsnittlig tid kan beräknas till mindre än 5 minuter (avancerade fall kan ta 15–20 minuter och icke avancerade mindre än 1 minut). Förberedelsetid och efterarbete för den läkare som föredrar en patient tillkommer också. Kostnaden per patient kan uppskattas till omkring 1 000 kronor.

Kontaktsjuksköterska

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om uppföljning av en kontaktsköterska kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning och organisation, genom att det krävs vissa utbildningsinsatser och förändrad praxis.

Socialstyrelsens målnivå är att alla patienter med bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer (det vill säga 100 procent) ska erbjudas en namngiven kontaktsjuksköterska. För att hälso- och sjukvården ska kunna uppnå detta mål bedömer Socialstyrelsen att kostnaden på nationell nivå kommer att öka på kort sikt, genom behov av utbildningsinsatser för sjuksköterskor. Med fler och vidareutbildade kontaktsjuksköterskor förväntas dock kostnaderna för cancerpatienters kontakter med sjukvården plana ut eller minska på längre sikt, genom kortare väntetider och förbättrad kontinuitet i vården.

Ökningen av antalet kontaktsjuksköterskor kommer främst medföra organisatoriska förändringar i de regioner som i dag har låga nivåer.

Till en kontaktsjuksköterskas roll och uppgifter hör bland annat att ge psykosocialt stöd samt att delta vid multidisciplinära konferenser (en mer utförlig beskrivning finns i kapitlet *Centrala rekommendationer*).

Bröstcancer

Förbehandling inför bröstbevarande kirurgi

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om förbehandling inför bröstbevarande kirurgi kommer att påverka vårdens resursfördelning och organisation. Det eftersom åtgärden kräver en viss ökad tillgång på personella resurser, såsom läkare och sjuksköterskor, samt en omfördelning av läkemedelskostnader från behandling *efter* till behandling *före* operation.

Socialstyrelsen bedömer att kostnaden på nationell nivå inte kommer att påverkas. Resurserna för kirurgi kommer att påverkas något eftersom åtgärden ökar andelen personer som kommer att kunna opereras med bröstbevarande kirurgi i stället för att hela bröstet opereras bort. Det kommer även att innebära en viss ökning av resurser för lymfkörtelutrymning och strålbehandling. Uppskattningen av volym

är dock osäker eftersom många personer med stora eller aggressiva tumörer behöver lymfkörtelutrymmas eller strålbehandlas oavsett om de opereras med bröstbevarande kirurgi eller om hela bröstet opereras bort.

Förbehandling inför bröstbevarande kirurgi ges i relativt låg utsträckning i Sverige. År 2011 varierade andelen personer med bröstcancer som hade fått förbehandling från cirka 4 till 13 procent i olika delar av landet. Genomsnittet i hela landet var 8 procent. Antalet som fått förbehandling kan därför uppskattas till cirka 600 patienter per år. Att patienter deltar i kliniska läkemedelsstudier kan förklara en del av skillnaden över landet.

Vid lokalt avancerad bröstcancer är tumörens storlek avgörande för om den kan opereras bort eller inte. I syfte att minska tumörens storlek och på så sätt möjliggöra en operation kan hälso- och sjukvården erbjuda förbehandling (neoadjuvant behandling) med cytostatika eller endokrin (antihormonell) behandling. Förbehandlingen kan leda till att ingreppet blir mindre och att bröstet kan bevaras i stället för att helt tas bort. Efter förbehandling av primärt operabel bröstcancer kan exempelvis cirka 15 procent fler patienter erbjudas bröstbevarande kirurgi jämfört med utan förbehandling.

Cytostatika är det vanligaste läkemedlet vid förbehandling, medan endokrin behandling med antingen aromatashämmare (vid behandling av postmenopausala kvinnor) eller tamoxifen används mer sällan. För HER2-positiv sjukdom är cytostatika i kombination med trastuzumab det vanligaste alternativet. Enligt rekommendationerna kan även cytostatika och trastuzumab kombineras med lapatinib alternativt pertuzumab. Det är dock oklart hur många patienter som kommer att behandlas med den utökade kombinationen och även det faktiska priset för läkemedlen eftersom omfattande rabatter förekommer.

Förlängd läkemedelsbehandling efter operation

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om förlängd adjuvant behandling i ytterligare 5 år, efter 5 års behandling med tamoxifen eller aromatashämmare, till kvinnor med hormonreceptorpositiv bröstcancer med hög risk kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning och organisation, eftersom det innebär ökade läkemedelskostnader och läkarbesök. Läkemedelskostnaden per patient för 5 års ytterligare behandling varierar mellan 4 400 kronor 24 200

kronor beroende på val av läkemedel. Den totala kostnaden på nationell nivå är osäker eftersom det är oklart hur många personer som beräknas få tilläggsbehandlingen.

Vävnadsprov vid metastaserad bröstcancer

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om vävnadsprov vid metastaserad bröstcancer kommer att leda till ökade kostnader för hälso- och sjukvården på grund av fler provtagningar.

Socialstyrelsen bedömer att kostnaden på nationell nivå ligger på drygt 1 miljon kronor per år för att öka andelen till cirka 80 procent. På längre sikt kommer en utökad provtagning leda till färre onödiga behandlingar, vilket kan vara kostnadsbesparande. Samtidigt kommer volymen av laboratorieanalyser öka, vilket leder till högre kostnader.

Varje år diagnostiseras 1 300–1 400 kvinnor med metastaserad bröstcancer och i dag görs nya vävnadsprover på cirka 50 procent av dessa, dock med stora variationer i landet. En antagen provtagnings- och analyskostnad på cirka 3 000 kronor för tre olika receptorer (ER, PR och HER2) innebär en totalkostnad på drygt 2 miljoner kronor per år. Att ta ett vävnadsprov som är tillräckligt stort och med bra kvalitet medför ökade kostnader inte bara för laboratedelen utan också för den utredande enheten.

Det finns en stor brist på erfarna patologer i Sverige. Enligt en undersökning från 2010 [15] behöver antalet heltidstjänster öka med mer än 50 procent, vilket motsvarar cirka 100 tjänster. Undersökningen visade också att skillnaden mellan landstingen är stor – i vissa landsting saknas patologikompetensen helt på laboratorierna eller utgörs endast av en specialisttjänstgörande läkare. Vidare visar en utredning från 2012 och som genomförts på uppdrag av regeringen att den bristande kapaciteten inom patologin bland annat orsakar fördröjningar i vården av cancerpatienter [16].

Strålbehandling vid opererad bröstcancer och lymfkörtelmetastaser

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om strålbehandling vid 1–3 lymfkörtelmetastaser kommer att påverka vårdens resursfördelning och organisation eftersom det är en ny patientgrupp som är aktuell för denna behandling.

Socialstyrelsens målnivå är att mer än 90 procent av patienterna

med 1–3 lymfkörtelmetastaser ska få regional strålbehandling efter operation. Myndigheten bedömer att den årliga merkostnaden på nationell nivå är 4 miljoner kronor för att hälso- och sjukvården ska uppnå föreslagen målnivå.

I dag finns vissa mindre skillnader i praxis mellan landets regioner men stora variationer mellan sjukhusen. Socialstyrelsen bedömning är att cirka 80 procent får strålbehandling i dag. Därmed förväntas en utökning av behandlingen ha vissa konsekvenser när det gäller personalresurser eller medicinsk utrustning.

Strålning efter operation minskar dödligheten samt risken för lokala återfall. Sedvanlig strålbehandling består av totalt 25 behandlingar under 5 veckors tid. Hela behandlingsskostnaderna för 5 veckor uppgår till cirka 40 000 kronor.

Ungefär 90–95 procent (7 200–7 600 personer) av alla nya bröstcancerfall 2010 blev opererade. Ungefär 25–30 procent av alla patienter med bröstcancer har lymfkörtelmetastaser. Av alla som opereras bedöms cirka 1 000 patienter ha 1–3 lymfkörtelmetastaser i axillen. För att uppnå föreslagen målnivå på 90 procent så bör ytterligare cirka 100 patienter få strålbehandling.

Strålbehandling för kvinnor med bröstcancer opererad med bröstbevarande kirurgi

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om hypofraktionerad strålbehandling kommer att påverka vårdens resursfördelning och organisation eftersom det innebär färre behandlingstillfällen.

Socialstyrelsen bedömer att hälso- och sjukvården kan minska kostnaden på nationell nivå med 3–4 miljoner kronor per år.

Strålning efter bröstbevarande kirurgi minskar risken för lokala återfall. Hypofraktionering ger likvärdig patientnytta som konventionell strålbehandling, men innebär kortare behandlingstid (högre stråldos) och färre behandlingstillfällen. Konventionell strålbehandling innebär totalt 25 behandlingar under 5 veckors tid. Hela behandlingsskostnaden på 5 veckor uppgår till cirka 40 000 kronor. Antalet behandlingar med hypofraktionering minskar från 25 till 16 tillfällen, vilket innebär en direkt kostnadsbesparing på drygt 6 500 kronor per patient. Kravet på tillgång till medicinsk personal och utrustning minskar också. Kostnadseffektiviteten för denna behandlingsform är därmed bättre än för konventionell strålbehandling.

Ungefär 60 procent (cirka 4 800) av alla nya bröstcancerfall 2010 blev opererade med bröstbevarande kirurgi. Andelen kvinnor opererade med bröstbevarande kirurgi som i dag får strålbehandling med hypofraktionering varierar över landet, men i snitt handlar det om cirka 75 procent (cirka 3 600 kvinnor).

Ett rimligt antagande är att nivån kan ökas till 80–90 procent. För att nå dit krävs att ytterligare cirka 500 kvinnor behandlas med hypofraktionering. Om dessa kvinnor i dag får konventionell strålbehandling men i stället skulle få hypofraktionering innebär det en direkt kostnadsbesparing på 3–4 miljoner kronor på nationell nivå.

Adjuvant läkemedelsbehandling vid lokalt återfall av bröstcancer

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om individualiserad läkemedelsbehandling efter kirurgi och eventuell strålbehandling för personer med lokalrecidiv av bröstcancer kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning och organisation, eftersom det innebär ökade läkemedelskostnader och fler läkarbesök. Läkemedelskostnaden per patient och år varierar beroende på tumörens egenskaper och val av läkemedel. Den totala kostnaden på nationell nivå är osäker eftersom det är oklart hur många personer som beräknas få behandlingen och fördelningen av olika typer av behandlingar.

Palliativ läkemedelsbehandling vid metastaserad bröstcancer

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om läkemedelsbehandling vid metastaserad bröstcancer kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning, eftersom det innebär ökade läkemedelskostnader.

Varje år får 1 300–1 400 personer i Sverige metastaserad bröstcancer. Cirka 650 patienter (knappt hälften av dem som har metastaserad sjukdom) bedöms ha en hormonell (endokrint) okänslig sjukdom. En mindre andel av dessa patienter förväntas få palliativ behandling i tredje linjen med eribulin.

Av personer med HER2-positiv metastaserad bröstcancer kan patienter erbjudas pertuzumab som tillägg till docetaxel och trastuzumab som första linjens behandling.

Behandling med pertuzumab medför en ökad kostnad. Det är emellertid inte möjligt att bedöma kostnadens storlek på nationell nivå eftersom information om den faktiska kostnaden inte har funnits tillgänglig. Samtidigt saknas information om antalet patienter som kan komma att få behandlingen.

Prostatacancer

Aktiv monitorering vid prostatacancer med mycket låg risk och övrig låg risk

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om aktiv monitorering vid prostatacancer med mycket låg risk och övrig låg risk kommer att påverka vårdens resursfördelning och organisation eftersom det kräver förändrad praxis för de landsting och regioner som i dag har en låg andel patienter med aktiv monitorering.

Socialstyrelsens målnivå är att 95 procent eller fler av patienterna med prostatacancer med mycket låg risk ska handläggas med aktiv monitorering. Socialstyrelsen bedömer att den ytterligare kostnaden för aktiv monitorering på nationell nivå är cirka 1,1 miljoner kronor per år för att hälso- och sjukvården ska uppnå föreslagen målnivå. Samtidigt beräknas kostnaden för kurativ behandling på kort sikt komma att minska.

Vid prostatacancer med övrig låg risk anges ingen målnivå för aktiv monitorering eftersom det pågår ett arbete med att definiera denna riskgrupp.

Socialstyrelsen har inte bedömt påverkan på kostnader på lång sikt eftersom beräkningarna blir osäkra. Anledningen är att en viss andel av patienterna kommer att opereras eller strålbehandlas inom en femårsperiod, men när under perioden det sker är oklart.

För de urologiska mottagningar som sköter monitoreringen kommer antalet läkarbesök och provtagningar att öka. Däremot kommer resurser till viss del 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.

Antalet patienter med diagnostiserad prostatacancer med mycket låg risk och övrig låg risk har ökat som en följd av att hälso- och sjukvården genomför fler prostatakontroller med PSA-prov. Det har även

lett till att fler får behandling i onödan (ofta med biverkningar som följd), eftersom cancer inte alltid utvecklas till någon allvarlig sjukdom. Med aktiv monitorering kan man i stället följa patienter över tid med regelbundna prostatakontroller, för att skilja ut sådan cancer som behöver behandlas direkt och sådan som inte behöver det.

Sedan 2007 har andelen män under 75 år med prostatacancer med låg risk som följs med aktiv monitorering ökat. Under 2012 fick totalt 636 män med prostatacancer med mycket låg risk aktiv monitorering. Andelen varierade från 59 till 100 procent mellan olika landsting med ett riksgenomsnitt på 78 procent. För att uppnå målnivån 95 procent för män med mycket låg risk skulle ytterligare 141 män behöva följas med aktiv monitorering som primärbehandling i stället för att genomgå kurativ behandling. Kostnaden för aktiv monitorering beräknas till cirka 8 000 kronor per patient och år.

Omkring en tredjedel av män med mycket låg risk och övrig låg risk som följs med aktiv monitorering påbörjar aktiv behandling inom 5 år (det saknas dock uppgifter om när monitoreringen avslutas). Cirka 65 procent av dessa genomgår radikal prostatektomi, 20 procent får strålbehandling och 15 procent får hormonbehandling. Den genomsnittliga kostnaden för en kurativ behandling med radikal prostatektomi eller strålning uppskattas till cirka 80 000 kronor. Till denna kostnad tillkommer kostnader för behandling av komplikationer och biverkningar, samt för rehabilitering och uppföljning.

Lymfkörtelutrymning inför kurativt syftande behandling

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om lymfkörtelutrymning inför kurativt syftande behandling kommer att påverka hälso- och sjukvårdens 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.

Socialstyrelsen bedömer att konsekvenserna för hälso- och sjukvården innebär att kostnaden på nationell nivå kan minska med cirka 7 miljoner kronor per år genom att inte göra begränsade lymfkörtelutrymningar och i stället bara genomföra utvidgade utrymningar inom ramen för forskning och utveckling.

För att ta reda på om en tumör har spridit sig till lymfkörtlar i bäckenet kan hälso- och sjukvården göra en lymfkörtelutrymning.

Kirurgisk lymfkörtelutrymning vid prostatacancer är antingen begränsad eller mer utvidgad kring bäckenkärnen. Rutinåtgärden i Sverige har fram till de senaste åren varit den begränsade utrymningen. En utvidgad utrymning ger emellertid bättre information om canceren är spridd till lymfkörtlarna eller inte, vilket kan leda till en minskad resursåtgång vid ett senare skede i sjukdomen. En utvidgad utrymning ökar dock operationstiden, antalet vård dagar och risken för komplikationer.

Det saknas uppgifter på hur många lymfkörtelutrymningar som görs i dag. År 2008 gjordes cirka 700 lymfkörtelutrymningar varav uppskattningsvis 650 genomfördes i samband med prostatektomi och 50 inför strålbehandling. Uppskattningsvis var runt 70 procent begränsade och 30 procent utvidgade av de totalt 700 utrymningarna.

Behandling vid kastrationsresistent prostatacancer

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om läkemedelsbehandling vid kastrationsresistent prostatacancer kommer att påverka vårdens resursfördelning och praxis.

Socialstyrelsen bedömer att hälso- och sjukvården kan öka antalet patienter som får docetaxelbehandling vid skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer till det dubbla, det vill säga från 25–30 till 50–60 procent. Det skulle innebära en extra kostnad för hälso- och sjukvården på knappt 20 miljoner kronor per år på nationell nivå.

Cirka 2 500 patienter behandlas för skelettmetastaserad kastrationsresistent prostatacancer varje år. Uppskattningsvis får 25–30 procent av dessa patienter docetaxelbehandling till en kostnad av cirka 15 miljoner kronor. Behandling med docetaxel kostar cirka 29 000 kronor vid ett genomsnitt av 7 cykler per patient (beräkningen baseras på kostnaden för läkemedel och administrering av behandlingen). Behandlingen ges under knappt 5 månader.

För nya läkemedel som abirateron, cabazitaxel, enzalutamid och radium-223 har det inte varit möjligt att närmare bedöma vilka konsekvenser användningen av läkemedlen kommer att få för hälso- och sjukvården, men helt klart är att de kommer innebära ökade kostnader för prostatacancervården. Den främsta anledningen till att det har varit svårt att beräkna kostnader är att det inte finns någon prisuppgift för flera av läkemedlen och att avtalen om läkemedelspris ofta är hemliga samtidigt som det finns vetskap om att kraftiga rabatter kan ges.

Tjock- eller ändtarmscancer

Diagnostik med PET-DT

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om utredning med PET-DT kommer att påverka vårdens resursfördelning och organisation, eftersom det är en förhållandevis ny teknik som ännu är under uppbyggnad i Sverige.

Socialstyrelsen bedömer att kostnaden på nationell nivå kommer att öka på kort sikt på grund av stora investeringar, men på längre sikt kan en effektivare vård kompensera kostnaden för ett ökat antal undersökningar.

Metoden är kostnadskrävande och den begränsade tillgången till PET-DT försvårar möjligheten att använda metoden i alla utredningar. En undersökning med PET-DT kostar cirka 15 000 kronor per undersökning inklusive radioaktiva isotoper. En del av kostnaden kompenseras dock av mindre resursåtgång för annan diagnostik som kan undvikas samt ändrad och optimerad behandlingsstrategi.

Diagnostik med PET-DT görs i varierande omfattning i landet. Utrustning finns huvudsakligen på universitetssjukhusen. Totalt finns 9 stationära PET-DT-utrustningar (Umeå, Göteborg, Malmö och Linköping har alla 1 var, Stockholm, Uppsala och Lund har 2) och 2 ambulera (Växjö och landstinget Dalarna). Behovet av utrustningen är stort även för andra tumörsjukdomar än tjock- eller ändtarmscancer, både för att diagnostisera och för att bedöma behandlingseffekter. Cirka 80–90 procent av alla undersökningar med PET-DT görs inom cancervården, många vid lungcancer.

I dag utför varje PET-DT-enhet 8–12 undersökningar dagligen, vilket ger som mest 240 undersökningar per månad vid användande under vardagar. I dagsläget anses inte PET-DT utnyttjas tillräckligt samtidigt som tillgången behöver ökas. Det kan därför finnas behov av fler PET-DT-utrustningar.

Om de nukleärmedicinska enheterna måste byggas ut kostar en nyinvestering av en PET-DT-utrustning cirka 23 miljoner kronor inklusive installation och utbildning. Till detta krävs även lokaler. En annan förutsättning för att utföra fler undersökningar med PET-DT är tillgången på radioaktiva isotoper. Dessa tillverkas endast på fyra orter i dag (Umeå, Uppsala, Stockholm och Lund). En konsekvens av ett ökat antal PET-DT-undersökningar kan bli att även tillverknings-

anläggningarna för isotoper behöver bli fler. En sådan anläggning kostar cirka 50 miljoner kronor.

Undersökningar med PET-DT genererar också en något större arbetsinsats för den remitterande kliniken. Däremot kan de också medföra ett minskat behov av andra undersökningsmetoder, som till exempel ultraljud och upprepad datortomografi. Användning av PET-DT innebär vidare en förändrad handläggning av cirka en fjärdedel av patienterna, eftersom den skiljer ut de patienter som exempelvis inte har nytta av att genomgå leverkirurgi eller stor bäckenkirurgi eller intensiv förbehandling med syfte att möjliggöra senare operation. Möjligheten till förbättrad klassificering av cancerstadium gör också att det är möjligt att ge en effektivare behandling.

Att undvika onödig kirurgi eller en intensiv förbehandling inför en planerad operation till följd av förbättrad kunskap om cancerspridningen resulterar direkt i mindre resursåtgång och lägre kostnader. Samtidigt kan upptäckten av cancerspridning innebära annan cancerbehandling, vilken också kräver resurser. I förlängningen kan detta leda till en mer utvidgad kirurgi, om patienten exempelvis svarar bra på behandlingen. Det kräver i sig mer resurser, men är till nytta för patienterna.

Strukturerad PAD och handläggning

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om strukturerad handläggning och analys av vävnadsprov kommer att frigöra resurser, eftersom det höjer kvaliteten i PAD-svaret samt förbättrar handläggningen och behandlingen av patienter.

Socialstyrelsens målnivå är att alla vävnadsprov (det vill säga 100 procent) ska handläggas och analyseras strukturerat och med standardiserad svarsmall.

Myndigheten bedömer att kostnaden på nationell nivå kommer att öka marginellt på kort sikt på grund av behov av kort introduktion av den strukturerade svarsmallen. Bedömningen är att det inte kommer att krävas några utbildningsinsatser. På längre sikt kommer den ökade kostnaden att plana ut och övergå i minskade kostnader.

En övergång från fritext till strukturerat PAD-svar kan också innebära vissa organisatoriska konsekvenser vid introduktion av patologer som ska börja använda svarsmallen.

Fördelen med strukturerad handläggning och analys av vävnads-

prov med standardiserad svarsform jämfört med fritext är främst att den patologiska bedömningen av tumörvävnaden blir mer komplett och därmed också säkrare. Den förbättrade informationskvaliteten bidrar också till att optimera planeringen av den fortsatta onkologiska behandlingen. Åtgärden kostar inte mer och tar inte heller mer tid i anspråk från patologen än att ge svar i fritext.

Planerad operation med laparoskopisk teknik

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om hur planerade operationer genomförs kommer att påverka vårdens resursfördelning och organisation, eftersom det innebär ett förändrat arbetssätt och stora utbildningsinsatser.

Socialstyrelsen bedömer att kostnaden på nationell nivå kommer att öka på kort sikt i samband med utbildning av kirurger, för att sedan plana ut på längre sikt. Andelen tjock- och ändtarmscanceroperationer som är möjliga eller lämpliga att utföra med laparoskopisk kirurgi bedöms vara 50–60 procent (dagens nivå är omkring 10 procent). För att nå upp till denna nivå i Sverige är det nödvändigt med en satsning på utbildning.

Bortsett från kostnader för utbildning bör en ökad andel laparoskopiska operationer av tjock- eller ändtarmscancer inte medföra några ökade kostnader för hälso- och sjukvården. Den beräknade skillnaden i direkta kostnader mellan öppen kirurgi och laparoskopi är marginell för både ändtarmskirurgi och tjocktarmskirurgi. Kostnaderna för en något längre vårdtid i slutet av vård vid öppen kirurgi motsvaras i stort sett av de ökade material- och instrumentkostnaderna vid laparoskopisk kirurgi.

I Sverige utförs en majoritet av operationerna för tjock- eller ändtarmscancer med traditionell öppen kirurgi. Laparoskopisk kirurgi bedöms utföras på i genomsnitt cirka 10 procent av patienterna, vilket är en låg andel jämfört med länder som Storbritannien och Danmark. Operationsrobotar är endast tillgängliga på ett fåtal svenska sjukhus och andelen patienter som opereras med robotkirurgi bedöms understiga 1 procent.

År 2011 var nivån på laparoskopisk ändtarmskirurgi i genomsnitt 8 procent av totalt 1 351 opererade i Sverige. Andelen laparoskopiska operationer varierade från 0 till 21 procent i olika regioner. Vid tjock-

tarmscancer var andelen laparoskopiska operationer i genomsnitt 21 procent (totalt 3 989 patienter) och varierade mellan 13 och 25 procent i regionerna. Vid tjocktarmscancer har dock en ökad trend av laparoskopisk kirurgi registrerats.

Kirurgi vid tjock- eller ändtarmscancer är tekniskt krävande och förutsätter kirurger med specialiserad utbildning och träning. För traditionell öppen kirurgi finns det i dag redan etablerade former för utbildning och träning. För att öka andelen laparoskopiska operationer bedömer Socialstyrelsen dock att det krävs riktad utbildning och träning för ett stort antal kirurger, både för dem som är yrkesverksamma och för dem som genomgår utbildning. Sådana utbildningsinsatser är förenade med kostnader och produktionsbortfall för huvudmännen.

Att introducera laparoskopisk kirurgi på en klinik kräver utbildning inte bara för den opererande kirurgen utan även för operationslagets övriga medlemmar. Även med specialutbildad och erfaren personal tar laparoskopiska operationer generellt sett något längre tid att utföra än traditionell öppen kirurgi. Antalet operationer per tidsenhet riskerar därmed att minska vid ett brett införande, i synnerhet under en utbildningsfas.

Tjock- eller ändtarmscancer opereras i dag vid ett stort antal sjukhus i Sverige. Det innebär att antalet operationer per klinik eller kirurg är begränsat, vilket i sig kan göra att utbildningsfasen tar längre tid. Att koncentrera operationerna till färre enheter kan påskynda ett brett införande och höja kvaliteten på operationerna.

Läkemedelsbehandling efter operation

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om läkemedelsbehandling efter operation (adjuvant behandling) kommer att påverka vårdens organisation eftersom den ställer högre krav på att behandlingen ska starta inom en viss tid (inom 8 veckor efter operation). Fler behandlingar kommer även att medföra fler patienter på cytostatikamottagningarna, vilket kan öka behovet av personal.

Socialstyrelsens målnivå är att 70–90 procent av patienterna med tjock- eller ändtarmscancer med stor risk för återfall (stadium II med flera eller påtagliga riskfaktorer samt stadium III) ska få läkemedelsbehandling efter operation. Av dessa bör 95 procent ha påbörjat

behandling inom 8 veckor efter operation. Myndigheten bedömer att kostnaden på nationell nivå är 17–20 miljoner kronor för att hälso- och sjukvården ska uppnå föreslagen målnivå.

För personer med tjock- eller ändtarmscancer i stadium II med flera eller påtagliga riskfaktorer för återfall (exempelvis pT4, tumörperforation eller mycket hög preoperativt CEA-värde) och stadium III är det standardförfarande att överväga att ge läkemedelsbehandling efter operation. För att behandlingen ska ge bästa effekt är det viktigt att den startar inom 8 veckor efter operation. Det är dock troligt att behandlingen redan i dag startar inom 8 veckor, men tillförlitlig statistik saknas. Om sådan behandling ges beror på en mängd faktorer, där risken för återfall är den viktigaste.

Socialstyrelsens rekommendation innebär att antalet behandlingar kommer att öka jämfört med dagens situation. Cirka 80 procent av patienterna med tjocktarmscancer i stadium III och som är under 75 års ålder får i dag läkemedelsbehandling efter operation. För patienter i stadium II är motsvarande siffra endast 22 procent vid planerad operation och 40 procent vid akut operation. Det är oklart hur stor andelen är när det finns påtagliga riskfaktorer vid planerad operation. Eftersom akut operation är en väsentlig riskfaktor antyder detta att det finns en underbehandling. För att andelen i stadium II ska nå upp till målnivån på minst 70 procent vid förekomst av riskfaktorer (cirka 40–50 procent av patienterna med stadium II) skulle ytterligare 80 patienter behöva behandlas. Uppskattningen är dock mycket osäker. Det har dessutom skett en generell förbättring av vården av dessa patienter, vilket har medfört en stadieglidning. Det är därmed troligt att det kommer att krävas fler riskfaktorer för att en person med tjocktarmscancer i stadium II ska ha så stor risk för återfall att adjuvant läkemedelsbehandling är motiverad.

Kostnadsökningen för läkemedel och administrering av behandlingen skulle uppgå till cirka 5–7 miljoner kronor beroende på om man ger ett eller flera läkemedel.

Cirka 15 procent av patienterna med ändtarmscancer i stadium II och 61 procent av dem med stadium III fick läkemedelsbehandling efter operation 2011. Om andelen ökade till 50 procent i stadium II och till 70 procent i stadium III skulle ytterligare 130 respektive 42 patienter behandlas. Det skulle i sin tur innebära en kostnadsökning med drygt 9 miljoner kronor för stadium II respektive 3 miljoner kro-

nor för stadium III. Beräkningen gäller ökade kostnader för läkemedel och administrering.

Operation och läkemedelsbehandling vid metastaser i bukhålan

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om operation och läkemedelsbehandling av metastaser i bukhålan kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning och organisation eftersom det bland annat kräver en nationell samordning av vården av för aktuell patientgrupp.

Socialstyrelsen bedömer att den totala kostnaden på nationell nivå beräknas kunna öka med 15–49 miljoner kronor per år, för att hälso- och sjukvården ska kunna möta det stigande behovet av behandling.

Sammantaget innebär operationer av bukhålemetastaser med cytostatika direkt i bukhålan en omfattande resursåtgång per behandlad patient. Den totala kostnaden per behandlad patient kan uppskattas till 380 000–550 000 kronor. I dagsläget behandlas cirka 60 patienter med bukhålemetastaser från tjock- eller ändtarmscancer per år i Sverige. Med anledning av Socialstyrelsens rekommendation beräknas behovet av operationer stiga till 100–150 patienter per år. Siffrorna för både kostnaden per patient och ökningen av antalet patienter är dock osäkra.

Operationen är både resurs- och tidskrävande. Inklusivt den avslutande cytostatikabehandlingen tar ingreppet 4–11 timmar. Efter operationen vårdas patienten i 1–5 dygn på intensivvårdsavdelning. Den totala vårdtiden på vårdavdelning är 7–48 dygn.

Både patienternas dödlighet och sjuklighet sjunker när erfarenheten hos de behandlande teamen ökar. Det är därför en fördel om behandlingen kan utföras på högspecialiserade kliniker.

Behandling för att möjliggöra operation vid spridd tjock- eller ändtarmscancer

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationen om behandling för att möjliggöra operation kommer att påverka vården genom att det sker ett skifte av typ av läkemedelsbehandling. Det möjliggör även fler operationer som kan leda till bot. Myndigheten bedömer att kostnaden på nationell nivå kommer att öka på grund av ett ökat antal ingrepp.

Kombinationsbehandling med tre olika cytostatika eller behandling med cytostatika och tillägg av EGFR-hämmare (vid RAS-vildtyptumör) kan bromsa sjukdomsförloppet hos personer med metastaserad tjock- eller ändtarmscancer bättre än behandling med enbart två olika cytostatika. I de fall där behandlingen leder till en återgång av tumören eller till en god sjukdomsstabilisering möjliggör den även radikal kirurgi hos flera patienter. Behandlingen är därmed inte enbart palliativ utan kan även vara botande (kurativ).

Antalet patienter med levermetastaserad tjock- eller ändtarmscancer som efter behandling med läkemedel årligen bedöms inför en möjlig leverkirurgi har ökat påtagligt i samtliga sjukvårdsregioner under senare år. Det är troligt att ökningen fortsätter, om än i långsammare takt och därför inte kräver ytterligare resurser i någon större omfattning. Dock finns det en stor osäkerhet i denna bedömning, eftersom både leverkirurgin och den medicinska behandlingen utvecklas. Med bättre tumörläkemedel kan fler personer opereras i botande syfte.

Rutinbehandlingen för patienter som är aktuella för metastaskirurgi om tillbakabildning uppnås är kombinationsbehandling med två cytostatika. Många av dessa patienter får i dag troligtvis tillägg med bevacizumab.

Socialstyrelsens rekommendationer kommer sannolikt bidra till ett skifte från tilläggsbehandling med bevacizumab till EGFR-hämmare vid RAS-vildtyptumör och till trippelbehandling vid RAS-muterad tumör.

Ett skifte från bevacizumab till EGFR-hämmare medför något högre läkemedelskostnader medan ett skifte till trippelbehandling medför minskade läkemedelskostnader. Vid trippelbehandling tillkommer dock kostnader för patienter som behöver G-CSF-läkemedel (vilka stimulerar till snabbare återhämtning av vissa vita blodkroppar) samt för behandling av komplikationer.

Läkemedelsbehandling vid metastaserad tjock- eller ändtarmscancer

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om läkemedelsbehandling vid metastaserad tjock- eller ändtarmscancer kommer att påverka hälso- och sjukvårdens resursfördelning i mindre omfattning. Palliativ behandling med bevacizumab och nya läkemedel som

aflibercept och regorafenib medför en ökad kostnad, men ökningen beräknas bli begränsad. Det är emellertid inte möjligt att bedöma kostnadens storlek eftersom prisuppgifter för nyligen registrerade läkemedel saknas och avtal om läkemedelspris ofta är hemliga, vilket innebär att information om den faktiska kostnaden inte har funnits tillgängliga. Samtidigt saknas information om antalet patienter som kan komma att få behandlingen.

Indikatorer för god vård

Socialstyrelsen har i uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten. Socialstyrelsen har också i uppdrag att följa upp hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i dessa verksamheter. Myn-digheten utarbetar därför indikatorer inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer.

Indikatorerna är mått som avser att spegla kvaliteten i vården. De ska kunna användas som underlag för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling samt för öppen redovisning av hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader.

Målsättningen är att indikatorerna ska kunna användas av olika intressenter för att

- möjliggöra uppföljning av vårdens utveckling av processer, resultat och kostnader över tid – lokalt, regionalt och nationellt
- möjliggöra jämförelser av vårdens processer, resultat och kostnader över tid – lokalt, regionalt, nationellt och internationellt
- initiera förbättringar av vårdens kvalitet och effektivitet på lokal, regional och nationell nivå.

Socialstyrelsens arbete med att utveckla indikatorer bedrivs enligt en modell som innebär att indikatorerna utformas i ett konsensusförfa-rande med medicinska experter och övriga intressenter med relevanta kunskapsunderlag som grund [17]. Enligt modellen ska en indikator för god vård ha vetenskaplig rimlighet, vara relevant och dessutom vara möjlig att mäta och tolka. Uppgifter som utgör underlag till indikatorer ska också vara möjliga att registrera kontinuerligt i infor-mationssystem, såsom datajournaler, register och andra datakällor. Med begreppet god vård menas att vården ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv och jämlik samt tillgänglig.

Utgångspunkten för alla indikatorer är att presentera data uppdelat på kvinnor och män, där det är möjligt. I vissa fall kan också indika-torer redovisas uppdelat på socioekonomiska nivåer eller efter födel-seland för att spegla jämlik vård.

Indikatorer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård

Socialstyrelsen har tagit fram 42 nationella indikatorer för *Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård*. De flesta är i dag möjliga att mäta med hjälp av befintliga datakällor. Övriga är så kallade utvecklingsindikatorer. Med det menas indikatorer som i dagsläget saknar nationella datakällor, men som i många fall ändå kan följas upp på lokal eller regional nivå.

Det kan naturligtvis krävas ytterligare indikatorer för att kunna följa upp verksamheternas innehåll, kvalitet och resultat. Socialstyrelsen har dock fokuserat på ett fåtal indikatorer som avser att spegla de viktigaste aspekterna av en god vård samt av rekommendationerna i riktlinjerna.

Arbetet med att ta fram nationella indikatorer ska ses som en kontinuerlig process där redan framtagna indikatorer kan komma att ändras eller utgå och där nya indikatorer tillkommer. Exempelvis kan pågående nationella och internationella utvecklingsarbeten komma att ge användbar kunskap inför uppdateringen av indikatorerna.

Övergripande indikatorer för cancervård

I de nationella riktlinjerna för bröst-, kolorektal- och prostatacancervård från 2007 ingår ett antal övergripande indikatorer för god cancervård. Syftet med dessa indikatorer är att möjliggöra kvalitetsjämförelser av vården för olika cancersjukdomar. I och med uppdateringen av riktlinjerna har Socialstyrelsen genomfört en översyn av dessa, vilket resulterat i att antalet indikatorer är något fler och nu även omfattar omvårdnadsåtgärder.

En indikator för registreringsgrad (täckningsgrad) i kvalitetsregister finns med bland de övergripande indikatorerna för cancervård. En viktig förutsättning för att kunna använda indikatorerna i olika typer av uppföljningar är att de register som används som datakällor har en hög täckningsgrad.

I 2007 års riktlinjer fanns indikatorer för palliativ vård i livets slutskede. Dessa ingår inte längre som indikatorer för god cancervård utan återfinns i stället i Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede.

Tumörspecifika indikatorer

Förutom övergripande indikatorer för god cancervård omfattar de nationella riktlinjerna även tumörspecifika indikatorer. Syftet med dessa är att möjliggöra kvalitetsjämförelser av vården inom respektive cancersjukdom, till exempel jämförelser inom bröstcancervården. Inför den här versionen av riktlinjerna har Socialstyrelsen genomfört en uppdatering av de ursprungliga indikatorerna från 2007. Utifrån rekommendationerna i 2014 års riktlinjer har ytterligare indikatorer tillkommit. Det gäller framför allt inom områdena diagnostik samt strål- och läkemedelsbehandlingar.

Mål för indikatorer

Socialstyrelsen har fått i uppdrag från regeringen att ta fram målnivåer för indikatorer i nationella riktlinjer inom cancervården. Med undantag för utvecklingsindikatorer och några nytillkomna indikatorer finns nationella målnivåer uppsatta för de flesta indikatorerna för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård. Målnivåerna presenteras i ett appendix till bilagan *Indikatorer*. Bilagan finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Redovisning av indikatorer

Samtliga indikatorer redovisas i bilagan *Indikatorer* som finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer. Alla indikatorer som utvecklas inom ramen för nationella riktlinjer finns även i Socialstyrelsens indikatorbibliotek, www.socialstyrelsen.se/indikatorer.

Exempel på indikator

Indikatorerna redovisas i enlighet med exemplet nedan.

1.4. Bedömning vid multidisciplinära konferenser

Mått	Andel patienter där multidisciplinär konferens görs inför behandlingsstart vid nypptäckt cancer eller efter operation för cancersjukdomen, procent.
Syfte	Indikatorn beskriver hur stor andel av patienterna med cancersjukdom som fått en multidisciplinär konferens inför behandlingsstart respektive efter operation. En multidisciplinär konferens är en omfattande granskning av cancersjukdomen för att man ska kunna optimera behandlingen. Konferensen är viktig för att bedöma nyttan av en operation, strålbehandling och läkemedelsbehandling, och särskilt viktig när flera behandlingar kan behöva kombineras. Rekommendationen har fått prioritet 3 i de nationella riktlinjerna.
Riktning	Hög andel är önskvärd.
Målvärde	Socialstyrelsens nationella målnivå är 100 procent.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns men alla nationella kvalitetsregister registrerar inte ännu denna indikator.
Teknisk beskrivning	Täljare: Antal patienter som fått en multidisciplinär konferens efter operation. Nämnare: Totala antalet patienter som primäropererats för cancersjukdomen.
Datakällor	Nationell datakälla finns men inte för alla cancersjukdomar.
Felkällor	Bristande inrapportering till kvalitetsregister av antalet fall som fått multidisciplinär konferens.
Redovisningsnivå	Riket, landsting, sjukhus, kön, ålder, utbildningsnivå, födelse-land.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad, effektiv vård.

Förteckning över indikatorerna

Tabellerna nedan visar vilka indikatorer som Socialstyrelsen har tagit fram för cancervård generellt samt specifikt för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård.

Övergripande indikatorer för cancervård

Förteckning över indikatorernas nummer, namn och målnivå samt vilka rekommendationer som de avser att spegla (hänvisning till rad i tillstånds- och åtgärdslistan, bilaga 1)

Nr	Namn	Mål	Rekom- mendation
1.1	Femårsöverlevnad vid cancersjukdom	Bröstcancer: > 88 % Prostatacancer (mellanrisk): > 94 % Tjock- eller änd- tarmscancer: > 67 %	–
1.2	Täckningsgrad i nationellt kvalitetsregister	100 %	–
1.3	Deltagande (inkluderad) i strukturerad behandlingsstudie	Bröstcancer: > 25 % Tjock- eller änd- tarmscancer: > 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 specialist- mottagning till första besök hos specialistlä- kare	–	–
1.12	Väntetid från beslut om behandling till behandlingsstart	–	–
1.13	Väntetid från beslut om remiss till specialist- mottagning till behandlingsstart	–	–

* = Utvecklingsindikator

Indikatorer för bröstcancervård

Förteckning över indikatorernas nummer, namn och målnivå samt vilka rekommendationer som de avser att spegla (hänvisning till rad i tillstånds- och åtgärdslistan, bilaga 1)

Nr	Namn	Mål	Rekommendation
2.1	Fastställd diagnos före operation	> 90 %	–
2.2	Operation med sentinel node-teknik	> 80 %	–
2.3	Omoperation på grund av tumördata	< 15 %	–
2.4	Omoperation på grund av komplikation	< 2 %	–
2.5	Operation med bröstbevarande kirurgi	–	–
2.6	Lokalt återfall inom fem år efter primäroperation med bröstbevarande kirurgi	< 5 %	B058
2.7	Läkemedelsbehandling med tamoxifen och/eller aromatashämmare efter operation	> 95 %	B057–B059, B061
2.8	Lokal strålbehandling efter operation vid regionala lymfkörtelmetastaser	> 90 %	B050
2.9	Taxaner och antracykliner efter operation vid lymfkörtelpositiv bröstcancer med hög risk för återfall	> 80 %	B053
2.10	Cytostatikabehandling med tillägg av trastuzumab efter operation av HER2-positiv bröstcancer	> 80 %	B055

Indikatorer för prostatacancervård

Förteckning över indikatorernas nummer, namn och målnivå samt vilka rekommendationer som de avser att spegla (hänvisning till rad i tillstånds- och åtgärdslistan, bilaga 1)

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	–	P009a

* = Utvecklingsindikator

Indikatorer för tjock- och ändtarmscancervård

Förteckning över indikatorernas nummer, namn och målnivå samt vilka rekommendationer som de avser att spegla (hänvisning till rad i tillstånds- och åtgärdslistan, bilaga 1)

Nr	Namn	Mål	Rekom- mendation
4.1	Omoperation p.g.a. komplikation	Akut operation: < 7 % Elektiv operation: <5 %	–
4.2	Avlidna inom 30 respektive 90 dagar efter operation	30 dagar: Akut operation: < 4 % Elektiv operation: <1 % 90 dagar: Akut operation: < 10 % Elektiv operation: < 3 %	–
4.3	Minst 12 undersökta lymfkörtlar i operationspreparat	> 95 %	–
4.4	Avlidna inom 60 dagar efter start av cytostatikabehandling	Adjuvant: < 1 % Palliativ: 1–4 %	–
4.5	Återfall av cancer i bäckenet inom 5 år efter operation av ändtarmscancer	< 5 %	–
4.6	Läkemedelsbehandling efter operation vid stadium II och III	60–90 %	K082a– K083b
4.7	Start av läkemedelsbehandling efter operation vid stadium II och III	Inom 8 veckor: > 94 %. Inom 9-12 veckor: < 6 %	K082a– K083b, K078, K080, K091–K093
4.8	Röntgenundersökning inför operation vid nydiagnostiserad tjock- eller ändtarmscancer	> 98 %	K019, K020, K022
4.9*	Multidisciplinär konferens vid begränsad metastasering av tjock- eller ändtarmscancer	–	K099
4.10*	PET-DT-undersökning vid lokalt återfall eller lever- eller andra metastaser	–	K098

* = Utvecklingsindikator

Information, delaktighet och etik

Att informera och göra patienten delaktig

Socialstyrelsen ser hälso- och sjukvårdens kommunikation med patienten och patientens delaktighet i sin vård och behandling som centrala frågor.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och patientsäkerhetslagen (2010:659) ska hälso- och sjukvården ge varje patient individuellt anpassad information och möjlighet att välja mellan olika behandlingsalternativ.

Den individuellt anpassade informationen ska innehålla uppgifter om patientens hälsotillstånd och vilka metoder för undersökning, vård och behandling som står till buds. På så sätt skapar vårdpersonalen förutsättningar för att patienten ska kunna ta tillvara sina intressen samt ta ställning till och vara delaktig i behandlingen.

För att ge personen bästa möjliga förutsättningar att välja behandling behöver informationen anpassas till personens hälsotillstånd, mognad och erfarenhet, kognitiva förmåga, eventuella funktionsnedsättning samt kulturella och språkliga bakgrund.

I Socialstyrelsens handbok *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig* [18] finns en samlad beskrivning av lagstiftningen och andra regelverk som gäller patientens ställning och rätten till självbestämmande, information, delaktighet och kontinuitet. Handboken vänder sig till vårdgivare, verksamhetschefer och personal inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens *Min guide till säker vård* [19] riktar sig till patienter och ger vägledning och konkreta råd om hur patienten kan bli delaktig i sin egen vård och behandling, och därmed medverka till en säkrare vård.

Både handboken och guiden går att ladda ner från eller beställa på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Kurativt syftande vård eller palliativ vård?

Vid kurativt syftande behandling är målet med vården att bota sjukdom. Om varaktig bot inte uppnås med en kurativt syftande behandling kan behandlingen ändå förlänga överlevnaden, lindra tumörsakade symtom eller förlänga tiden till symtomuppkomst. Risken är dock att behandlingen samtidigt leder till mer biverkningar, ökad belastning för patienten i allmänhet och fler sjukhusbesök, jämfört med om en lindrigare eller enklare icke-kurativ behandling hade påbörjats.

Palliativ vård innefattar behandlingar och insatser vars syfte i stället är att förebygga och lindra lidande samt att främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada. Palliativ vård kan ges tidigt i ett sjukdomsskede och behandlingen kan även ha en livsförlängande effekt trots att huvudsyftet inte är att bota. Genom att förbättra patientens livskvalitet, eller lindra symtom eller andra obehag av tumörsjukdomen och dess behandlingar, kan också uppkomsten av dessa fördröjas.

Palliativ vård med livsförlängande effekt skiljer sig på så sätt från palliativ vård i livets slutskede, där det huvudsakliga målet med vården ändras från att vara livsförlängande till att vara enbart lindrande. Med livets slutskede menas då att döden är oundviklig inom en överskådlig framtid. I Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede finns vägledning och rekommendationer om insatser i denna sena sjukdomsfas [8].

Livsförlängning är således ett viktigt mål med palliativ behandling som ges i en tidig palliativ fas. Oberoende av om denna livsförlängande behandling är cytostatika, målsökande (eller andra) läkemedel, strålning eller kirurgi måste den möjliga nyttan för patienten alltid övervägas risken för komplikationer och biverkningar. Chansen till och längden på eventuell livsförlängning kan variera från mycket hög (80–90 procent eller mer) till mycket låg (10–20 procent eller mindre) samt från lång tid (6–12 månader) till begränsad (enstaka veckor eller någon månad). Det är dock omöjligt att säkert uppskatta hur lång tid som enskilda personers liv förlängs – det kan variera från någon enstaka vecka till många år.

Nyttan med palliativ cytostatikabehandling är nästan alltid bättre om patienten inte har behandlats med cytostatika tidigare (det vill säga när det är första linjens behandling) än om patienten tidigare

har behandlats och denna behandling inte längre är effektiv. Senare linjers behandling får ofta allt sämre effekt, det vill säga hjälper allt färre personer under kortare tid. Det finns dock enstaka personer som kan svara bra på senare linjers behandling. Majoriteten har dock ingen nytta av behandling och riskerar enbart att drabbas av biverkningar.

Inför start av palliativ behandling är det därmed viktigt att väga nyttan med behandlingen mot de risker för biverkningar och eventuell försämrad livskvalitet som behandlingen medför. Det är särskilt viktigt när chanserna till förlängning av överlevnaden eller tiden till sjukdomsprogress eller symtomlindring är begränsad, vilket den nästan alltid är vid senare linjers behandling. Ett längre liv eller ett liv utan symptom från tumören är inte nödvändigtvis ett bättre liv, om biverkningar av behandlingarna är svårare än tumörsymtomen.

Det är också viktigt att göra patienten delaktig i valet av behandling samt informera om de olika behandlingsalternativens fördelar och nackdelar. Den som är ansvarig för vården av en patient är skyldig att medverka till att denna får möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Vårdpersonalen måste också hjälpa den sjuka personen att värdera de olika alternativen (prop. *Stärkt patientinflytande*, 1998/99:4 s. 28). Patientens delaktighet i den medicinska processen och olika val får alltså inte leda till att han eller hon hamnar i en konfliktfylld situation eller får ett för stort beslutsansvar utifrån sin kunskap (3 a § hälso- och sjukvårdslagen).

Projektorganisation

Projektledning

Jonas Bergh	ordförande faktagrupp bröstcancer (från mars 2013), professor (i onkologi), Karolinska institutet, överläkare, Onkologiska kliniken, Radiumhemmet, Karolinska universitetssjukhuset
Jan-Erik Damber	ordförande faktagrupp prostatacancer, professor (i urologi), överläkare, avdelningen för urologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Stefan Emdin	ordförande faktagrupp bröstcancer (till mars 2013), professor i kirurgi, överläkare, Kirurgcentrum, Norrlands universitetssjukhus
Bengt Glimelius	ordförande faktagrupp tjock- eller ändtarmscancer, professor (i onkologi), Uppsala universitet och Karolinska institutet, överläkare, onkologiska klinikerna, Akademiska sjukhuset, och Karolinska universitetssjukhuset
Beatrice Melin	vice ordförande prioriteringsgrupp, professor (i onkologi), chef, Regionalt cancercentrum norr
Gunnel Ragnarson Tennvall	delprojektledare hälsoekonomiskt underlag, doktor (i medicinsk vetenskap), hälsoekonom, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE)
Lars Sandman	etisk rådgivare prioriteringsgrupp, etisk rådgivare, Prioriteringscentrum, Linköpings universitet, professor (i vårdetik), Högskolan i Borås

Hans Starkhammar	ordförande prioriteringsgrupp, docent (i onkologi), chef, Regionalt cancercentrum sydöst
Anna Aldehag	projektledare (från juli 2013), delprojektledare vetenskapligt underlag (juni 2012–juni 2013), Socialstyrelsen
Helena Brändström	projektledare (till januari 2012), Socialstyrelsen
Lena Hansson	delprojektledare vetenskapligt underlag (från oktober 2013), Socialstyrelsen
Anders Jakobsson	projektledare (januari–augusti 2012), Socialstyrelsen
Arvid Widenlou Nordmark	projektledare (januari 2012–juni 2013), Socialstyrelsen
Göran Zetterström	projektledare, indikatorer och målnivåer, Socialstyrelsen
<i>Andra medverkande</i>	
Linn Cederström	kommunikatör, Socialstyrelsen
Maja Kärrman Fredriksson	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Caroline Mandoki	administratör, Socialstyrelsen
Edith Orem	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Helene Persson	webbredaktör, Socialstyrelsen
David Svärd	kommunikatör, Socialstyrelsen
Kristina Wikner	enhetschef, Socialstyrelsen

Arbetet med det vetenskapliga underlaget för bröstcancer

Stefan Emdin	ordförande faktagrupp (till mars 2013), professor (i kirurgi), överläkare, Kirurgcentrum, Norrlands universitetssjukhus
Jonas Bergh	ordförande faktagrupp (från april 2013), områdesansvarig läkemedel, professor (i onkologi), Karolinska institutet, överläkare, Onkologiska kliniken, Radiumhemmet, Karolinska universitetssjukhuset
Mårten Fernö	områdesansvarig prevention och diagnostik, professor (i experimentell onkologi), Lunds universitet
Per Malmström	områdesansvarig strålbehandling, docent (i onkologi), överläkare, Skånes onkologiska klinik, Skånes universitetssjukhus
Lisa Rydén	områdesansvarig kirurgi, docent (i kirurgi), överläkare, Kirurgiska kliniken, Skånes universitetssjukhus
Johan Ahlgren	docent (i onkologi), Uppsala universitet, överläkare, Gävle sjukhus
Edward Azavedo	docent, överläkare, radiolog, Karolinska universitetssjukhuset
Håkan Brorson	docent (i plastikkirurgi), Lunds universitet, överläkare, Skånes universitetssjukhus
Leif Bergkvist	professor, Centrum för klinisk forskning, Uppsala universitet, överläkare, Kirurgkliniken, Västmanlands sjukhus
Jenny Bergqvist	medicine doktor, överläkare, ASIH Stockholm södra

Jana de Boniface	medicine doktor, bröstkirurg, Karolinska universitetssjukhuset
Eva Brun	docent (i onkologi), överläkare, Skånes onkologiska klinik, Skånes universitetssjukhus
Zakaria Einbeigi	medicine doktor, överläkare, onkologikliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Catharina Eriksen	medicine doktor, kirurg, bröstcentrum, Capio S:t Görans sjukhus
Jan Frisell	professor (i kirurgi), Karolinska Institutet, överläkare, Karolinska universitetssjukhuset
Dorthe Grabau	filosofie doktor (i klinisk patologi), överläkare, Labmedicin Skåne, Skånes universitetssjukhus
Thomas Hatschek	docent (i onkologi), Onkologiska kliniken, Radiumhemmet, Karolinska universitetssjukhuset
Sara Kinhult	medicine doktor, överläkare (i onkologi), Skånes universitetssjukhus
Elisabeth Kjellén	överläkare, Skånes onkologiska klinik, Skånes universitetssjukhus
Linda Sofie Lindström	medicine doktor, Karolinska Institutet, University of California, San Francisco
Henrik Lindman	medicine doktor, filosofie doktor, överläkare och tumörgruppsansvarig för bröstcancer, Onkologikliniken, Akademiska sjukhuset
Niklas Loman	medicine doktor, överläkare (i onkologi), Skånes universitetssjukhus
Jonas C Lundberg	medicine doktor, överläkare, plastikkirurgiska mottagningen, Sahlgrenska universitetssjukhuset

Catharina Ihre Lundgren	medicine doktor, överläkare, Bröst- och endokrinkirurgiska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset
Peter Naredi	professor (i kirurgi), Sahlgrenska akademien, överläkare, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Malin Sund	docent (i kirurgi), specialistläkare, Kirurgcentrum, Norrlands universitetssjukhus
Tibor Tot	docent, Uppsala universitet, överläkare, Falu lasarett
Johan Vallon-Christersson	forskare, avdelningen för onkologi, Lunds universitet
Kenneth Villman	medicine doktor, överläkare (i onkologi), Universitetssjukhuset Örebro
Sophia Zackrisson	docent (i diagnostisk radiologi), Lunds universitet, överläkare, Skånes universitetssjukhus
Fredrik Wärnberg	docent, Uppsala universitet, överläkare och kirurg, Akademiska sjukhuset
Peter Wersäll	docent, överläkare (i onkologi), Radiumhemmet, Karolinska universitetssjukhuset
Tor Svensjö	medicine doktor, överläkare, Bröstcentrum, kirurgiska kliniken, Centralsjukhuset Kristianstad
Nils Wilking	docent, klinikchef, Skånes onkologiska klinik, Skånes universitetssjukhus
Hanjing Xie	medicine doktor, bitr. överläkare, Radiumhemmet, Karolinska universitetssjukhuset

Arbetet med det vetenskapliga underlaget för prostatacancer

Jan-Erik Damber	ordförande faktagrupp, professor (i urologi), överläkare, avdelningen för urologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Ove Andrén	områdesansvarig kirurgi och läkemedel, docent (i urologi), Örebro universitet, verksamhetschef, urologen, Universitetssjukhuset Örebro
Ola Bratt	områdesansvarig prevention och diagnostik, docent (i urologi), Lunds universitet, överläkare, Helsingborgs lasarett
Sten Nilsson	områdesansvarig strålbehandling och läkemedel, professor (i onkologi), Karolinska institutet, överläkare, Karolinska universitetssjukhuset
Olof Akre	docent (i epidemiologi), Karolinska institutet, specialistläkare (i urologi), Karolinska universitetssjukhuset
Swen-Olof Andersson	docent, överläkare, Urologiska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro
Anna Bill-Axelson	docent, överläkare, urologkliniken Akademiska sjukhuset
Anders Bjartell	professor (i urologi), Lunds universitet, överläkare, Skånes universitetssjukhus
Lennart Blomqvist	adjungerad professor, överläkare, Röntgenkliniken, Karolinska universitetssjukhuset
Malcolm Carringer	medicine doktor, Urologiska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro

Anders Ekbohm	professor (i epidemiologi), Karolinska institutet, överläkare, Karolinska universitetssjukhuset
Katja Fall	lektor och docent (i klinisk epidemiologi), läkare, klinisk epidemiologi, Universitetssjukhuset Örebro
Magnus Hellström	docent (i urologi), Karolinska institutet, överläkare, urologiska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset
Mikael Hellström	professor (i radiologi), Sahlgrenska akademien, överläkare, avdelningen för radiologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Jan-Erik Johansson	professor (i urologi), Örebro universitet, överläkare, Universitetssjukhuset Örebro
Jon Kindblom	medicine doktor, specialitläkare (i onkologi), Sahlgrenska universitetssjukhuset
Anna Laurell	medicine doktor filosofie doktor, överläkare, Onkologiska kliniken, Akademiska sjukhuset
Bo Lennernäs	docent, överläkare, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Fredrik Liedberg	docent, urolog, Skånes universitetssjukhus
David Robinson	medicine doktor, överläkare, Urologienheten, Jönköpings län
Johan Stranne	docent (i urologi), Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet, överläkare (i urologi), Sahlgrenska universitetssjukhuset

Jens Sörensen docent (i molekylär bildiagnostik),
Uppsala universitet, överläkare, Aka-
demiska sjukhuset

Camilla Thellenberg Karlsson medicine doktor (i onkologi), överlä-
kare, Cancercentrum, Norrlands uni-
versitetssjukhus

Jeffrey Yachnin medicine doktor (i onkologi), över-
läkare, onkologiska kliniken, Akade-
miska sjukhuset

Katrine Åhlström Riklund professor (i diagnostisk radiologi),
Umeå universitet, överläkare, Norr-
lands universitetssjukhus

Arbetet med det vetenskapliga underlaget för tjock- eller ändtarmscancer

Bengt Glimelius ordförande faktagrupp och områdes-
ansvarig strålbehandling, professor
(i onkologi), Uppsala universitet och
Karolinska institutet, överläkare, on-
kologiska klinikerna, Akademiska
sjukhuset och Karolinska universitets-
sjukhuset

Gudrun Lindmark områdesansvarig kirurgi, adjungerad
professor (i kirurgi), Lunds universitet,
överläkare, Helsingborgs lasarett

Mef Nilbert områdesansvarig läkemedel, profes-
sor (i onkologi), Lunds universitet,
överläkare, Skånes onkologiska klinik,
Skånes universitetssjukhus, chef (från
2013), Regionalt cancercentrum syd

Lars Pählman områdesansvarig prevention och diag-
nostik, professor (i kirurgi), Uppsala
universitet, överläkare (i kirurgi), Aka-
demiska sjukhuset

Lennart Blomqvist	adjungerad professor, överläkare, Röntgenkliniken, Karolinska universitetssjukhuset
Gunnar Arbman	medicine doktor, överläkare (i kirurgi), Vrinnevisjukhuset
David Bergqvist	professor emeritus (i kärllkirurgi), Akademiska sjukhuset, Uppsala universitet
Hans Brevinge	överläkare, medicine doktor, Kirurgkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset östra
Pamela Buchwald	docent, biträdande överläkare, enheten för nedre mag-tarmkirurgi, kirurgiavdelningen, Helsingborgs lasarett
Anders Ekbohm	professor (i epidemiologi), Karolinska institutet, överläkare, Karolinska universitetssjukhuset
Ulf Gunnarsson	professor (i kirurgi), Karolinska institutet, överläkare, Karolinska universitetssjukhuset
Ulf Gustafsson	filosofie doktor, medicine doktor, överläkare (i kirurgi), Ersta sjukhus
Maria Gustafsson Liljefors	medicine doktor, överläkare, Onkologiska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset
Robert Hahn	forskningschef, Södertälje sjukhus, professor (i anesthesi- och intensivvård), Linköpings universitet
Britta Halvarsson	medicine doktor, överläkare (i patologi och cytologi), Aleris Medilab
Mikael Hellström	professor (i radiologi), Sahlgrenska akademien, överläkare, avdelningen för radiologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset

Anders Johnsson	överläkare, docent, Skånes onkologiska klinik, Skånes universitetssjukhus
Per Landelius	specialistläkare (i thoraxkirurgi), Akademiska sjukhuset
Marie-Louise Lydrup	docent, överläkare, Kolorektalsektionen, kirurgkliniken, Skånes universitetssjukhus
Anna Martling	docent, överläkare (i kirurgi), Gastrocentrum kirurgi, Karolinska universitetssjukhuset
Haile Matheme	docent (i kirurgi), Uppsala universitet, chefsläkare, Uppsala Cancer Clinic
Peter Matthiessen	docent, överläkare, Kolorektalsektionen, Universitetssjukhuset Örebro
Peter Nygren	professor (i onkologi), Uppsala universitet, överläkare, Akademiska sjukhuset
Louise Olsson	docent (i kirurgi), Karolinska institutet, överläkare, Mälarsjukhuset
Richard Palmqvist	professor (i patologi), Umeå universitet, överläkare, Norrlands universitetssjukhus
Jörgen Rutegård	universitetslektor, docent, Institutionen för kirurgisk och perioperativ vetenskap, Umeå universitet, överläkare, Kirurgcentrum, Norrlands universitetssjukhus
Omid Sadr Azodi	docent, läkare, Kliniken för kirurgi och urologi, Mälarsjukhuset
Annika Sjövall	medicine doktor, överläkare (i kirurgi), Karolinska universitetssjukhuset
Kenneth Smedh	överläkare, Kolorektalsektionen, Kirurgkliniken, Västmanlands sjukhus

Ingvar Syk	docent, överläkare, Kirurgiska kliniken, Skånes universitetssjukhus
Joar Svanvik	professor emeritus (i kirurgi), överläkare, Transplantationscentrum, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Gustav Ullenhag	docent (i onkologi), Uppsala universitet, överläkare, Onkologiska kliniken, Akademiska sjukhuset
Katrine Åhlström Riklund	professor (i diagnostisk radiologi), Umeå universitet, överläkare, Norrlands universitetssjukhus

Arbetet med det vetenskapliga underlaget för omvårdnad och rehabilitering

Yvonne Wengström	områdesansvarig omvårdnad och rehabilitering, docent, Sektionen för omvårdnad Karolinska institutet, onkologisjuksköterska
Mia Bergenmar	docent (vårdvetenskap), Institutionen för onkologi-patologi, Karolinska institutet, utvecklingssjuksköterska, Onkologiska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset
Karin Blomberg	medicine doktor, sjuksköterska, universitetslektor, Institutionen för hälsovetenskap och medicin, Örebro universitet
Maria Brovall	universitetsadjunkt, filosofie doktor, postdoktor, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, sektionen för omvårdnad, Karolinska institutet
Susanne Börjeson	universitetslektor och docent (i omvårdnad), Linköpings universitet, Universitetssjukhuset i Linköping

Maria Carlsson	sjuusköterska, docent (i folkhälso- och vårdvetenskap), Uppsala universitet
Martin Cernvall	psykolog, doktorand, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet
Christina Forsberg	sjuusköterska, docent, Karolinska institutet
Per Fransson	docent (i onkologi), lektor, Umeå universitet, sjuusköterska, Norrlands universitetssjukhus
Johanna Hök	apotekare, medicine doktor, adjunkt, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Sektionen för omvårdnad, Institutionen för fysiologi och farmakologi, Karolinska institutet, forskningsstiftelsen Integrative care science center
Anna Johnsson	sjukgymnast, masterexamen (med huvudområde sjukgymnastik), Skånes onkologiska klinik, Skånes universitetssjukhus
Karin Johansson	docent (i sjukgymnastik), Lunds universitet, sjukgymnast, Skånes universitetssjukhus
Lena Sharp	medicine doktor, specialistsjuusköterska, Karolinska universitetssjukhuset
Katarina Sjövall	sjuusköterska, doktor (i medicinsk vetenskap), Skånes onkologiska klinik, Skånes universitetssjukhus
Ylva Britt Wahlin	docent, övertandläkare, Umeå universitet
Margareta Warrén Stomberg	docent (i omvårdnad), Göteborgs universitet

Arbetet med det hälsoekonomiska underlaget

Gunnel Ragnarson Tennvall	doktor (i medicinsk vetenskap), hälsoekonom, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE)
Frida Hjalte	hälsoekonom, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE)
Adam Lundqvist	hälsoekonom, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE)
Ulf Gertham	professor (i hälso- och sjukvårdsforskning), Institutionen för kliniska vetenskaper, Malmö, Nationalekonomiska institutionen, Lunds universitet

Prioriteringsarbetet

Beatrice Melin	vice ordförande prioriteringsgrupp, professor (i onkologi), chef, Regionalt cancercentrum norr
Hans Starkhammar	ordförande prioriteringsgrupp, docent (i onkologi), chef, Regionalt cancercentrum sydöst
Maria Albertsson	professor (i onkologi), Linköpings universitet, överläkare, Onkologiska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping
Nils-Olof Bengtsson	överläkare, Cancercentrum, Norrlands universitetssjukhus
Pal Bordas	medicine doktor, radiolog, överläkare, Sunderby sjukhus
Ann-Carin Börjedahl	kontaktsjuksköterska (med inriktning prostatacancer), och enhetschef, urologimottagningen och kirurgimottagningen, Helsingborgs lasarett
Anders Cohen	överläkare, specialist (i allmänkirurgi), Kirurgkliniken, Falu lasarett

Ylva Dahlin	sektionschef, Kirurgi-onkologisektionen, specialistsjukgymnast, Sjukgymnastikliniken, Karolinska universitetssjukhuset
Agneta Eriksson	chefsjuksköterska, Karolinska universitetssjukhuset
Marcela Ewing	specialist (i allmänmedicin och onkologi), regional processägare (tidig upptäckt), Regionalt cancercentrum väst
Lars Franzen	professor (i strålningsvetenskap), Umeå universitet, överläkare, onkologiska klinikerna, Norrlands universitetssjukhus i Sundsvalls sjukhus
Per-Anders Heedman	regional projekt- och processamordnare, Regionalt cancercentrum sydöst, överläkare, Palliativt kompetenscentrum i Östergötland
Eva Johansson	medicine doktor, överläkare, urolog, Akademiska sjukhuset
Aina Johnsson	medicine doktor, Karolinska institutet, kurator, Karolinska universitetssjukhuset
Per J. Nilsson	docent, kolorektalkirurg, Karolinska universitetssjukhuset
Rolf Lundgren	docent (i urologi), Lunds universitet, överläkare (i urologi), Kirurgiska kliniken, Ängelholms sjukhus
Christer Lundstedt	docent (i medicinsk radiologi), Helsingborgs lasarett
Ulrika Persson	arbetsterapeut, Cancercentrum, Norrlands universitetssjukhus
Anne-May Ryytty	onkologisjuksköterska (inom kolorektalcancer), Karolinska universitetssjukhuset

Arbetet med indikatorer

Jan Adolfsson	ordförande indikatorgrupp, övergripande medicinskt sakkunnig, docent, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
Lars Holmberg	övergripande medicinskt sakkunnig, professor, Regionalt cancercentrum Uppsala Örebro
Stefan Emdin	faktagrupsordförande bröstcancer, professor
Jan-Erik Damber	faktagrupsordförande prostatacancer, professor
Bengt Glimelius	faktagrupsordförande tjock- eller ändtarmscancer, professor
Kerstin Sandelin	docent, registerhållare, Nationella bröstcancerregistret
Pär Stattin	professor, registerhållare, Nationella prostatacancerregistret
Lars Pahlman	professor, registerhållare, Nationellt kvalitetsregister för koloncancer och rektalcancer
Yvonne Wengström	områdesansvarig omvårdnad och rehabilitering, docent
Anna Aldehag	utredare, Socialstyrelsen
Arvid Widenlou Nordmark	utredare, Socialstyrelsen
Göran Zetterström	projektledare, Socialstyrelsen

Samverkan med patientorganisationer

Bröstcancerföreningarnas riksorganisation (BRO)

Mag- och tarmförbundet

Prostatacancerförbundet

Riksförbundet för stomi- och reservoaropererade (ILCO)

Svenska ödemförbundet

Ung cancer

Referenser

1. Kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum (RCC). PM. Socialdepartementet, Stockholm. 2011-01-31.
2. Statistik – hälso- och sjukvård. Cancerincidens i Sverige. 2012. Nya diagnosticerade cancerfall år 2012. 2014.
3. Wilking, N, Jönsson, B, Högberg, D, Nahilam, J. Comparator Report on Patient Access to Cancer Drugs in Europe. 2009.
4. Nationell utvärdering 2013 – Bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Socialstyrelsen, 2013.
5. Cancer i Sverige – Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning. Socialstyrelsen, 2011.
6. Patientens väg genom vården – system för uppföljning av väntetider i vården. Stockholm: Socialstyrelsen, 2013.
7. Styrdokument – Riktlinjer för nationella vårdprogram inom cancersjukvården. Regionala cancercentrum i samverkan, 2011.
8. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård. Socialstyrelsen, 2012.
9. Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012-2014. Regionala cancercentrum i samverkan, 2012.
10. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Socialstyrelsen, 2011.
11. Nationella screeningprogram – modell för bedömning, införande och uppföljning. Socialstyrelsen, 2014.
12. Broqvist, M, Branting Elgstrand, M, Carlsson, P, Eklund, K, Jakobsson, A. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Linköpings universitet, Prioriteringscentrum, 2011:4.
13. Dödsorsaker 2011. Socialstyrelsen, 2012.
14. Mohler, J, Bahnon, RR, Boston, B, Busby, JE, D'Amico, A, Eastham, JA, et al. NCCN clinical practice guidelines in oncology: prostate cancer. Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN. 2010; 8(2):162-200.

15. Tillgång på patologer - räcker resurserna till? Cancerfonden, 2010.
16. Suurküla, B. Svensk patologi – en översyn och förslag till åtgärder. 2012.
17. Modell för utveckling av kvalitets-indikatorer. Rapport från InfoVU-projektets nätverk för kvalitetsindikatorer. Socialstyrelsen, SKL, 2005.
18. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal. Socialstyrelsen, 2012.
19. Min guide till säker vård. Socialstyrelsen, 2011.

Bilaga 1. Tillstånds- och åtgärdslista

Tillstånds- och åtgärdslistan innehåller cirka 290 rekommendationer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård.

Fullständiga tillstånds- och åtgärdslistor finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer. Där är det också möjligt att söka efter enskilda rekommendationer via sökverktyget *Sök i riktlinjerna* (där vetenskapligt underlag för varje tillstånds- och åtgärdspar presenteras) eller läsa samlad information om samtliga rekommendationer i bilagan *Vetenskapligt underlag*.

Bröstcancer

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
B006a	Epidemiologiskt ökad livstidsrisk för bröstcancer hos kvinna utan påvisad mutation i familjen <i>Årlig MRT som tillägg till strukturerad uppföljning</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig till stor svårighetsgrad och att åtgärden har liten effekt.	9
B006b	Mutation i BRCA1- eller BRCA2-genen <i>Årlig MRT som tillägg till strukturerad uppföljning från 25 års ålder</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning. Kommentar: Åtgärden är ett alternativ till riskreducerande mastektomi (B007).	4
B007	Mutation i BRCA1- eller BRCA2-genen <i>Mastektomi för att förebygga bröstcancer</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Viktigt att kvinnan är välinformerad och att åtgärden efterfrågas och inte tvingas på eftersom det kan innebära en påverkan på livskvalitet. Åtgärden är ett alternativ till strukturerad uppföljning (B006b).	4

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
B009	Mutation i BRCA1- eller BRCA2-genen <i>Salpingo-oophorektomi för att förebygga bröst- och äggstockscancer</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Viktigt att kvinnan är välinformerad och att åtgärden efterfrågas och inte tvingas på eftersom det kan innebära en påverkan på livskvalitet.	4
B012	Epidemiologiskt ökad livstidsrisk för bröstcancer hos kvinna utan påvisad mutation i familjen <i>Mastektomi för att förebygga bröstcancer</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig till stor svårighetsgrad och att åtgärden har ingen till liten effekt.	10
B014	Bröstcancer <i>MRT för planering av primär bröstkirurgisk åtgärd</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Kommentar: Studier pågår.	FoU
B019	Bröstcancer, före och efter operation <i>Bedömning vid multidisciplinär konferens (MDT)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.	3
B020a	Bröstcancer, invasiv, ER-positiv, opererad <i>21 gene Recurrence Score (Oncotype Dx) inför ställningstagande av tilläggsbehandling av kemoterapi utöver endokrin behandling.</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Kommentar: Studier pågår.	FoU
B020b	Bröstcancer, utan metastaser <i>Analys av biomarkörer (MUC-1 baserade (CA15-3, CA27.29), CEA, sHER2/ECD samt cirkulerande tumörceller (CTC)) som prognostiska och prediktiva faktorer samt vid behandlingsmonitorering.</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
B020c1	Bröstcancer, fjärrmetastaser <i>Analys av biomarkörer (ej MUC-1 baserade) i blod som prognostiska och prediktiva faktorer samt vid behandlingsmonitorering</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU
B020c2	Bröstcancer, fjärrmetastaser <i>Analys av MUC-1 (CA15-3 och CA27.29) baserade markörer för att monitorera effekt av behandling vid svårdefinierad metastas loci</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden endast i undantagsfall ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.	8
B020d	Bröstcancer, invasiv, opererad <i>Mammaprint för bedömning av metastasrisk och för bedömning av nytta av tillägsbehandling (kemoterapi), som fått endokrin behandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Kommentar: Studier pågår.	FoU
B021a	Bröstcancer, invasiv, före neoadjuvant behandling <i>Sentinel node där mikroskopisk analys visar pN0</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning. Kommentar: Standardbehandling vid primär bröstcancer. Nationell multicenterstudie planeras i Sverige.	3
B021b	Bröstcancer, invasiv, före neoadjuvant behandling <i>Sentinel node där mikroskopisk analys visar pN1</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Kommentar: Standardbehandling efter neoadjuvant terapi är axillutrymning.	FoU

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
B022a	Bröstcancer, stadium II <i>Neoadjuvant behandling med cytostatika</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Åtgärden ger likvärdig nytta som behandling efter operation, men ger förutsättningar för mer bröstbevarande kirurgi, samt kan även leda till en ökning av strålbehandling efter operation.	4
B022b	Bröstcancer, stadium II <i>Neoadjuvant behandling med aromatashämmare eller tamoxifen</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Åtgärden ger likvärdig nytta som behandling efter operation, men ger förutsättningar för mer bröstbevarande kirurgi, samt kan även leda till en ökning av strålbehandling efter operation.	4
B022d1	Bröstcancer, stadium II, HER2-positiv <i>Neoadjuvant behandling med kemoterapi och trastuzumab</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Åtgärden ger likvärdig nytta som behandling efter operation, men ger förutsättningar för mer bröstbevarande kirurgi, samt kan även leda till en ökning av strålbehandling efter operation.	3
B022d2	Bröstcancer, stadium II, HER2-positiv <i>Neoadjuvant behandling med kemoterapi och lapatinib</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt. Kommentar: Åtgärden ger betydligt sämre effekt än alternativet (B022d1).	9

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
B022d3	Bröstcancer, stadium II, HER2-positiv <i>Neoadjuvant behandling med kemoterapi, dubbel HER-2-blockad (lapatinib eller pertuzumab) innehållande trastuzumab</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Åtgärden ger bättre effekt än B22d1, dubbelblockad ger dock en väsentligen bättre antitumoral effekt. För lapatinibkombinationen får man en ökad frekvens av biverkningar medan motsvarande biverkningsökning inte ses vid tillägget av pertuzumab.	6
B024	Bröstcancer, lokoregionalt återfall, fjärrmetastaser, ställningstagande till systemisk behandling <i>Ny analys av ER, PR och HER2.</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning. Kommentar: Åtgärden förändrar handläggningen hos var 6–7 patient.	4
B025a	Bröstcancer, invasiv, opererad <i>Bedömning av vaskulär invasion på hematoxylinfärgade snitt som prognostisk faktor</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden endast i undantagsfall ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.	8
B025b	Bröstcancer, invasiv, opererad <i>Histopatologiskt omhändertagande av preparatet med storsnittsteknik</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden i vissa fall ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.	6
B027	Bröstcancer, misstänkt återfall, oklara fynd vid konventionell utredning <i>Återfallsdiagnostik och kartläggning av utbredning med PET-DT</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden endast i undantagsfall ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning. Kommentar: Åtgärden leder till förändrad handläggning hos var fjärde till tionde patient.	7
B028a	Bröstcancer, primärt lokalt avancerad <i>Kartläggning av tumörutbredning med PET-DT</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden endast i undantagsfall ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.	8

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
B028b	Bröstcancer, lokalt avancerad, neoadjuvant behandling pågår <i>Utvärdering av tidig respons på neoadjuvant kemoterapi med PET-DT</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Kommentar: Studier pågår. Åtgärden jämförd med B022a.	FoU
B031	Bröstcancer, invasiv, mikrometastas vid definitivt patologisk anatomisk diagnosvar (PAD) efter sentinel node <i>Axillutrymning</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Kommentar: Åtgärden är tidigare standardbehandling vid mikrometastas i sentinel node där ingreppets effekt på överlevnad är tveksam. Långtidsuppföljning saknas. En svensk kohortstudie planeras.	FoU
B034	Bröstcancer, invasiv, multifokal, multicentrisk <i>Sentinel node med intraoperativt fryssnitt och vid metastas i sentinel node axillutrymning i samma seans</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.	4
B035	Bröstcancer, lokaliserad ductal cancer in situ (DCIS) <i>Adjuvant strålbehandling efter bröstbevarande kirurgi</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig till stor effekt.	5
B037	Bröstcancer, ductal cancer in situ (DCIS), kärnatypi grad 3 <i>Sentinel node</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.	5
B038-39	Bröstcancer, ductal cancer in situ (DCIS) eller invasiv <i>Primär bröstrekonstruktion med implantat</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt. Kommentar: Primärrekonstruktion innebär en lägre kostnad än sen rekonstruktion och ger sannolikt likvärdiga medicinska resultat (B040).	6

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
B040	Bröstcancer, ductal cancer in situ (DCIS) eller invasiv, mastektomi genomförd <i>Sen bröstrekonstruktion</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt. Kommentar: Sen rekonstruktion innebär en högre kostnad än primärrekonstruktion och ger sannolikt likvärdiga medicinska resultat (B038–39).	8
B041a	Bröstcancer, unilateral invasiv, utan förhöjd risk för kontralateral cancer, ej mutationsbärare <i>Kontralateral mastektomi</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger någon patientnytta. Kommentar: Åtgärden kan vara befogad vid asymmetri såsom vid tung byst.	Icke-göra
B046	Bröstcancer, invasiv, bröstbevarande kirurgi genomförd <i>Avstå postoperativ strålbehandling i lågriskgrupper</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt. Kommentar: Åtgärden förutsätter att det finns en metod för att sortera ut patienter med låg risk för återfall men metod saknas idag för det. Den absoluta nyttan av strålbehandling är liten efter bröstbevarande kirurgi.	8
B047	Bröstcancer, bröstbevarande kirurgi genomförd <i>Accelererad partiell bröstbestrålning</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
B048	Bröstcancer, bröstbevarande kirurgi genomförd <i>Hypofraktionerad strålbehandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Åtgärden ger likvärdig patientnytta som konventionell strålbehandling men med kortare behandlingstid. Det är viktigt att 3D dosplanering används vid alla patienters strålbehandlingar och att stråldoser till riskorgan som hjärta och lunga minimeras enligt Svenska Bröstradioterapigruppens riktlinjer (SBRG). Kranskärlstammarna skall undvikas. Om stråldoser till riskorgan blir för höga skall annan teknik användas som andningsstyrd strålbehandling, gating eller intensitetsmodulerad radioterapi, IMRT.	3
B050	Bröstcancer, 1–3 regionala lymfkörtelmetastaser, efter mastektomi <i>Lokoregional strålbehandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt till låg kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.	3
B051	Bröstcancer, opererad, betydande armsvullnad utan pitting <i>Fettsugning kombinerad med livslång kompression</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt.	8
B053	Bröstcancer, adekvat opererad, körtelpositiv och nodnegativ, hög risk för återfall <i>Taxaner i kombination med antracyclin</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Regimer med högre antracyclin- eller cyklofosfamid-doser ger en något ökad risk för hjärtödlighet och sekundära leukemier. Regimer med taxaner ger ökad risk för neurotoxicitet. Risk-nyttabalansen är i dagsläget ändå positiv för taxaner i kombination med antracyclin.	4

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
B054	Bröstcancer, adekvat opererad, körtelpositiv, hög risk för återfall <i>Dostät kemoterapi, antracyclin eller taxan</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt.	5
B055	Bröstcancer, högrisk, HER2-positiv, N+ eller N-, kemoterapi och/eller endokrin behandling <i>Adjuvant trastuzumab i 1 år</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt till en måttlig kostnad per kvalitetsjusterat levnadsår.	3
B057	Bröstcancer, opererad, hormonreceptorpositiv tumör, när adjuvant behandling är motiverad <i>Tamoxifen i 5 år</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt.	3
B058a	Bröstcancer, opererad, hormonreceptorpositiv tumör med medelrisk (lymfkörtelnegativ tumör), postmenopaus <i>Aromatashämmare i 5 år</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten till måttlig effekt. Kommentar: Åtgärden kan ge biverkningar på hjärta och skelett. Åtgärden ger något sämre absolut effekt än för högriskgruppen (B058b).	6
B058b	Bröstcancer, opererad, hormonreceptorpositiv tumör med hög risk (lymfkörtelpositiv tumör), postmenopaus <i>Aromatashämmare i 5 år</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt. Kommentar: Ej publicerade data tyder på att aromatashämmare ger ännu bättre effekt än de som redovisats här. Åtgärden kan ge biverkningar på hjärta och skelett. Åtgärden ger något bättre absolut effekt än för mellanriskgruppen (B058a).	5

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
B059	Bröstcancer, opererad, hormonreceptorpositiv och HER2-positiv tumör, postmenopaus <i>Aromatashämmare i 5 år som tillägg till kemoradioterapi och anti-HER2-terapi med trastuzumab</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt.	5
B061	Bröstcancer, opererad, hormonreceptorpositiv tumör, postmenopaus <i>Anastrozol, letrozol eller exemestan före 2–3 års tamoxifen</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt.	3
B062	Bröstcancer, opererad, högrisk, hormonreceptorpositiv tumör, recidivfri efter 5 års endokrin behandling <i>Förlängd adjuvant behandling till 10 år efter 5 års endokrin behandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har måttlig effekt.	5
B064	Bröstcancer, hormonreceptorpositiv tumör, premenopausal, efter kemoterapi <i>Adjuvant ovariell funktionshämning eller ablation som tillägg till tamoxifen</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt. Kommentar: Ovariell ablation är ett alternativ till CMF-baserad kemoterapi. Ovariell suppression som tillägg till tamoxifen är osäkert, möjligen föreligger ett tilläggsvärde för patienter yngre än 40 år eller vid starkt ER-positiv cancer.	8
B065	Bröstcancer, biverkningar av endokrin behandling eller cytostatika, eller klimakteriella besvär <i>SSRI eller SNRI</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har liten svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig till stor effekt. Kommentar: Val av preparat är viktigt eftersom SSRI eller SNRI har olika farmakokinetisk interaktion med vissa onkologiska preparat; därför kan till exempel behandlingseffekten av tamoxifen bli sämre.	8

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
B066	Bröstcancer, biverkningar av endokrin behandling eller cytostatika, eller klimakteriella besvär <i>Gabapentin</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har liten svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig till stor effekt. Kommentar: Behandling med gabapentin medför ökad risk för biverkningar.	9
B067a	Bröstcancer, opererad, biverkningar (vällningar) av endokrin behandling eller cytostatika <i>Akupunktur</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt.	6
B067b	Bröstcancer, opererad, biverkningar (illamående och kräkningar) av endokrin behandling eller cytostatika <i>Akupunktur</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt. Kommentar: Åtgärden avser tilläggsbehandling med akupunktur till antiemetikabehandling.	8
B068a1	Bröstcancer, opererad, svåra urogenitala besvär av tamoxifen <i>Lokalbehandling med östriol</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig till stor effekt. Kommentar: Systemeffekter kan uppstå, varför det under vissa omständigheter kan vara direkt olämpligt att ge denna åtgärd. Viktigt med rätt preparatval. I valet mellan östriol respektive östradiol är östriol förstahandsvalet.	5
B068a2	Bröstcancer, opererad, svåra urogenitala besvär av aromatashämmare <i>Lokalbehandling med östriol</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig till stor effekt. Kommentar: Systemeffekter kan uppstå, varför det under vissa omständigheter kan vara direkt olämpligt att ge denna åtgärd. Viktigt med rätt preparatval. I valet mellan östriol respektive östradiol är östriol förstahandsvalet.	9

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
B068b1	Bröstcancer, opererad, svåra urogenitala besvär av tamoxifen <i>Lokalbehandling med östradiol</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig till stor effekt. Kommentar: Systemeffekter kan uppstå, varför det under vissa omständigheter kan vara direkt olämpligt att ge denna åtgärd. Viktigt med rätt preparatval. I valet mellan östriol respektive östradiol är östriol förstahandsvalet.	9
B068b2	Bröstcancer, opererad, svåra urogenitala besvär av aromatashämmare <i>Lokalbehandling med östradiol</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger någon patientnytta. Kommentar: Systemeffekter kan uppstå, varför det under vissa omständigheter kan vara direkt olämpligt att ge denna åtgärd. Viktigt med rätt preparatval. I valet mellan östriol respektive östradiol är östriol förstahandsvalet.	Icke-göra
B069c	Bröstcancer, biverkningar av aromatashämmare <i>Systemiskt givet östrogen, gestagen eller deras derivat för behandling av klimakteriella symtom i samband med adjuvant behandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger någon patientnytta.	Icke-göra
B070	Bröstcancer, efter kurativt syftande primärbehandling, <i>Strukturerad regelbunden uppföljning med bröstadiologi i minst 5 år</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt.	4
B072	Bröstcancer, lokalrecidiv <i>Individualiserad systembehandling efter kirurgi och eventuell strålning</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Isolerade lokalrecidiv bör behandlas med kirurgi, strålbehandling och systembehandling utifrån lokalrecidivets biologiska egenskaper.	4

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
B076a	Bröstcancer, fjärrmetastaser, god effekt av tidigare linjers behandling, okänslig för endokrin behandling eller där kemoterapi är motiverad <i>Palliativ behandling i tredje linjen med capecitabin</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt.	8
B076b	Bröstcancer, fjärrmetastaser, god effekt av tidigare linjers behandling, okänslig för endokrin behandling eller där kemoterapi är motiverad <i>Palliativ behandling i tredje linjen med vinorelbin</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt.	8
B076c	Bröstcancer, fjärrmetastaser, god effekt av tidigare linjers behandling, okänslig för endokrin behandling eller där kemoterapi är motiverad <i>Palliativ behandling i tredje linjen med nab-paklitaxel</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt. Kommentar: Åtgärden har en mindre gynnsam balans mellan nytta och biverkningar än alternativa behandlingar (B076a, B076b, B077)	9
B076d	Bröstcancer, fjärrmetastaser, god effekt av tidigare linjers behandling, okänslig för endokrin behandling eller där kemoterapi är motiverad <i>Palliativ behandling i tredje linjen med platinanaloger</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har liten effekt. Kommentar: Åtgärden har en mindre gynnsam balans mellan nytta och biverkningar än alternativa behandlingar (B76a, B76b, B76c, B77). Man bör dock notera att platinumsalter kan vara extra effektiva för patienter med trippelnegativ bröstcancer.	10

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
B076e	Bröstcancer, fjärrmetastaser, god effekt av tidigare linjers behandling, där patienterna i allmänhet erhållit tidigare standardterapi med antracyclin eller taxan, okänslig för endokrin behandling eller där kemoterapi är motiverad <i>Palliativ behandling i tredje linjen med eribulin</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt till en mycket hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår. Kommentar: Eribulin har en annorlunda biverkningsprofil jämfört med capecetabin.	8
B077	Bröstcancer, fjärrmetastaser, med flera linjers tidigare kemoterapi (median 4, upp till 6 linjer) och där patienten sannolikt haft nytta av tidigare linjers kemoterapi och där tumören bedöms okänslig för endokrin behandling eller där kemoterapi är motiverad <i>Palliativ behandling i upp till sjätte linjens terapi med eribulin</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten till måttlig effekt till en mycket hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.	8
B078a	Bröstcancer, fjärrmetastaser, HER2-positiv <i>Palliativ behandling i första linjen med cytotatika och trastuzumab</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Åtgärden med bäst effekt i första linjens palliativa situation.	4
B078b	Bröstcancer, fjärrmetastaser, HER2-positiv <i>Palliativ behandling i första linjen med lapatinib och tillägg av paklitaxel</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger någon patientnytta. Kommentar: Åtgärden kan i undantagsfall ges till patienter som inte tolererar trastuzumab. Studien har avslagits av EMA då risk-nyttabalansen i dagsläget är negativ.	Icke-göra

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
B078c1	Bröstcancer, fjärrmetastaser, HER2-positiv <i>Palliativ behandling i första linjen med pertuzumab som tillägg till docetaxel och trastuzumab</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt till en mycket hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.	6
B078c2	Bröstcancer, fjärrmetastaser, HER2-positiv <i>Palliativ behandling i första linjen med kemoterapi och lapatinib</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt. Kommentar: Åtgärden ger sämre effekt än alternativet B078a.	9
B078d	Bröstcancer, lokalt avancerad eller fjärrmetastaser, HER2-positiv, inoperabel, som sviktat på tidigare behandling med taxan eller trastuzumab <i>Palliativ behandling i andra linjen med T-DM1 (cytostatika kopplat till antikropp)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig till stor effekt till en måttlig till mycket hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.	7
B080a	Bröstcancer, fjärrmetastaser, HER2-positiv, progredierat på första linjens behandling med trastuzumab <i>Palliativ behandling i andra linjen med kemoterapi och trastuzumab</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt till måttlig till hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.	8
B080b	Bröstcancer, fjärrmetastaser, HER2-positiv, progredierat på tidigare behandling med trastuzumab <i>Palliativ behandling med trastuzumab och lapatinib</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt.	8

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
B080c	Bröstcancer, fjärrmetastaser, HER2-positiv <i>Palliativ behandling med lapatinib och capecitabin eller trastuzumab och capecitabin, för flertalet som andra linjen med kemoterapi och lapatinib</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ger ingen till liten effekt. Kommentar: Åtgärden ger betydligt sämre effekt än alternativen B080a, B080b.	10
B081	Bröstcancer, fjärrmetastaser, HER2-positiv och hormonreceptorpositiv <i>Endokrin behandling med tillägg av trastuzumab eller lapatinib</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten till måttlig effekt. Kommentar: Åtgärden ger liten tilläggs-effekt till endokrin behandling. Kemoterapikombinationer med HER-2 blockad ger "alltid bättre effekter".	7
B082a	Bröstcancer, metastaser, hormonreceptorpositiv, postmenopaus <i>Palliativ behandling i andra linjen med aromatashämmare</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten till måttlig effekt.	6
B082b	Bröstcancer, metastaser, hormonreceptorpositiv <i>Palliativ behandling i första och andra linjen med everolimus som tillägg till endokrin behandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig till stor effekt till en måttlig till mycket hög kostnad per kvalitetjusterade levnadsår. Kommentar: Långtidsuppföljning för total överlevnad saknas. Risk för allvarliga biverkningar finns.	8
B083	Bröstcancer, har tidigare svarat på endokrin behandling, postmenopaus <i>Palliativ behandling i andra och tredje linjens endokrina behandling med exemestan</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt.	7

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
B084	Bröstcancer, metastaser, hormonreceptorpositiv, postmenopaus <i>Palliativ behandling i andra och tredje linjen med fulvestrant</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt. Kommentar: Det är viktigt att fulvestrant ges i "dubbel dos" (500 mg) eftersom den ger bättre effekt än standarddosen på 250 mg.	7
B085b	Bröstcancer, enstaka hjärnmetastaser <i>Adjuvant helhjärnsbestrålning (WBRT) efter kirurgi eller stereotaktisk strålbehandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger ingen till liten effekt.	10
B086	Bröstcancer, levermetastaser <i>Ablationsbehandling med radiofrekvensbehandling (RFA) eller laser induced thermotherapy (LITT)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har liten effekt. Kommentar: Det är troligt att de patienter som undersökts i studierna har mindre andel metastaser, bättre allmäntillstånd, och mindre simultansjukdom utanför levern än det specifika tillståndet. Åtgärden har lägre evidens för effekt än alternativet kirurgiskbehandling (B087), likvärdig med stereotaktisk strålbehandling (B098).	10
B087	Bröstcancer, levermetastaser <i>Kirurgisk borttagning</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt. Kommentar: Det är troligt att de patienter som undersökts i studierna har mindre andel metastaser, bättre allmäntillstånd, och mindre simultansjukdom utanför levern än det aktuella tillståndet. Jämförelsealternativ är RF-behandling och stereotaktisk strålbehandling (B086, B098).	10
B089	Bröstcancer, fjärrmetastaser <i>Palliativ behandling med kemoterapi och tillägg av bevacizumab</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har liten effekt till mycket hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.	10

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
B095	Bröstcancer, måttligt-stort lymfödem (mer än 10 procents volymdifferens) <i>Intensivbehandling med kompression och tillägg av manuell lymfdränage eller lymfpulsatorbehandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt.	8
B097	Bröstcancer, axillarutrymning genomförd, nedsatt styrka i skuldra, arm och hand <i>Individuell rådgivning om styrketräning</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt.	6
B098	Bröstcancer, levermetastaser <i>Stereotaktisk strålbehandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har liten effekt. Kommentar: Det är troligt att de patienter som undersökts i studierna har mindre andel metastaser, bättre allmäntillstånd, och mindre simultansjukdom ut- anför levern än det specifika tillståndet. Åtgärden har lägre evidens för effekt än alternativet kirurgiskbehandling (B087), likvärdig med stereotaktisk strålbehandling (B098).	10
D002	Bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer <i>Parsamtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för kvinnor med bröstcancer, gynekologisk cancer eller personer med blandad gastrointestinal cancer.	5

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
D003	Bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer med sexuell dysfunktion (könsspecifikt) <i>Stöd, samtal eller olika former för rådgivning</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt för patienter med tjocktarms- eller ändtarmscancer. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån studier med patienter som har bröst- och prostatacancer.	6
D006	Bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer, behov av långtidsuppföljning <i>Uppföljning av kontaktsjuksköterska som ger psykosocialt stöd och råd om symtomlindring</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt.	4
D007	Bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer, fatigue <i>Råd om fysisk aktivitet i form av aerobicsträning</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med tjocktarms- och ändtarmscancer. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för kvinnor med bröstcancer och män med prostatacancer. För mer information om metod för rådgivande samtal om fysisk aktivitet, se Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011.	8
D012	Bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer, strålbehandlad, risk för biverkningar <i>Antioxidanter</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger någon patientnytta. Kommentar: Systemeffekter kan uppstå och försämra läkemedelsbehandlingen.	Icke-göra

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
D014	Bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer, rutinmässig cancerbehandling genomförd <i>Mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden har liten till måttlig effekt. Kommentar: Åtgärden är en av många behandlingar för stresshantering. Det saknas vetenskapligt underlag för att säga att denna metod är bättre än andra stressreducerande behandlingsmetoder. Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med tjocktarms- och ändtarmscancer. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för kvinnor med bröstcancer och män med prostatacancer.	9
D026	Bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) för att identifiera behandlingskrävande ångest och depression</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig till stor svårighetsgrad och att åtgärden har liten till måttlig effekt. Kommentar: Åtgärden kan användas för att identifiera behandlingskrävande ångest och depression.	9

Prostatacancer

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
P001d	Frisk man <i>Prevention med statiner för att förebygga prostatacancer</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger någon patientnytta.	Icke-göra
P003	PSA-värde 3–10 µg/l, symtomgivande kliniskt godartad prostataförstoring, godartade biopsier <i>5α-reduktashämmare</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har liten svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt.	7

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
P007	<p>Man 50–70 år, utan symtom på prostatacancer</p> <p><i>Aktiv skriftlig information om tänkbara för- och nackdelar med PSA-test. Möjlighet till organiserad, regelbunden testning enligt algoritm för dem som därefter så önskar.</i></p>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU
P008	<p>Två eller fler förstagsradsläktingar med prostatacancer eller mutation i BRCA2-genen</p> <p><i>Riktad hälsoundersökning med PSA</i></p>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.	4
P009a	<p>PSA-prov, önskas av man över 50 år med mer än 10 års förväntad kvarvarande livstid, efter strukturerad information om PSA-prov</p> <p><i>PSA-prov</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.</p> <p>Kommentar: Åtgärden har jämförts med PSA-prov för män som inte fått sådan information (P009b).</p>	4
P009b	<p>PSA-prov, önskas av man, utan symtom eller tecken på prostatacancer och utan föregående strukturerad information om PSA-prov</p> <p><i>PSA-prov</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger någon patientnytta.</p> <p>Kommentar: Det råder konsensus om att åtgärden har en negativ effekt. Åtgärden har jämförts med PSA-prov för män som fått sådan information (P009a).</p>	Icke-göra
P017	<p>Stigande PSA-värde, efter två godartade prostatabiopsier</p> <p><i>Analys av PCA3 i urinen för upptäckt av prostatacancer</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden endast i undantagsfall ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.</p> <p>Kommentar: Åtgärden kan vara ett alternativ för att minska biopsier.</p>	10

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
P018	Stigande PSA-värde, efter två godartade prostatabiopsier <i>Multimodal magnetresonans tomografi (MRT) för upptäckt av prostatacancer</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har liten svårighetsgrad och att åtgärden endast i undantagsfall ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.	8
P020	Prostatacancer, fri från skelettsymtom, låg- eller mellanrisk, nydiagnostiserad <i>Skelettskintigrafi inför kurativt syftande behandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning. Kommentar: En mycket liten andel patienter har metastaser, vilket inte motiverar att åtgärden erbjuds.	Icke-göra
P021	Prostatacancer, högrisk, nydiagnostiserad <i>Skelettskintigrafi med eller utan tomografisk bildtagning (SPECT/DT) inför ev. kurativt syftande behandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning. Kommentar: Åtgärden jämförs mot PET-DT, MRT och DT (P022, P023a-b, P026).	3
P022	Prostatacancer, högrisk, nydiagnostiserad <i>PET-DT inför ev. kurativt syftande behandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Kommentar: Åtgärden har jämförts med utredning med skelettskintigrafi (P021).	FoU
P023a	Prostatacancer, högrisk, nydiagnostiserad <i>MRT av skelett och bäcken inför ev. kurativt syftande behandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning. Kommentar: Åtgärden är dyrare än utredning med skelettskintigrafi som är jämförelsealternativ (P021).	7
P023b	Prostatacancer, högrisk, nydiagnostiserad <i>MRT av bäcken och retroperitoneum inför ev. kurativt syftande behandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
P024	Prostatacancer, högrisk, nydiagnostiserad <i>Utredning med PET-DT efter inkonklusiv skelettskintigrafi inför ev. kurativt syftande behandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.	5
P026	Prostatacancer, högrisk, nydiagnostiserad <i>Datortomografi (DT) av buk och bäcken inför ev. kurativt syftande behandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden endast i undantagsfall ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.	9
P030	Prostatacancer, lågrisk, utredning inför kurativt syftande strålbehandling <i>Kirurgisk lymfkörtelutrymning i bäckenet</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger någon patientnytta.	Icke-göra
P031	Prostatacancer, mellanrisk <i>Utvidgad kirurgisk lymfkörtelutrymning i bäckenet, inför kurativt syftande strålbehandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger någon patientnytta.	Icke-göra
P032	Prostatacancer, högrisk, utan metastasering <i>Utvidgad kirurgisk lymfkörtelutrymning i bäckenet, inför kurativt syftande strålbehandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger någon patientnytta.	Icke-göra
P033	Prostatacancer, lågrisk <i>Lymfkörtelutrymning i bäckenet i samband med radikal prostatektomi</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger någon patientnytta.	Icke-göra

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
P034	<p>Prostatacancer, mellanrisk</p> <p><i>Utvidgad lymfkörtelutrymning i bäckenet i samband med radikal prostatektomi</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.</p> <p>Kommentar: Studier pågår.</p>	FoU
P035	<p>Prostatacancer, högrisk, utan metastasering</p> <p><i>Utvidgad lymfkörtelutrymning i bäckenet i samband med radikal prostatektomi</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.</p>	FoU
P038	<p>Prostatacancer, indikation för kirurgisk lymfkörtelutrymning inför kurativt syftande strålbehandling</p> <p><i>Kirurgisk lymfkörtelutrymning i bäckenet med identifiering och analys av portvaktskörtel (sentinel node)</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.</p>	FoU
P040	<p>Prostatacancer, indikation för kirurgisk lymfkörtelutrymning</p> <p><i>Utrymning av fossa obturatoria bilateralt ("begränsad" utrymning)</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger någon patientnytta.</p>	Icke-göra
P041a	<p>Prostatacancer, mycket låg risk, över 10 års förväntad kvarvarande livstid</p> <p><i>Aktiv monitorering enligt strukturerat protokoll för senare ställningstagande till behandling</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har liten svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.</p> <p>Kommentar: 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 operation och strålbehandling (P047a, P090a, P094a, P096a).</p>	3

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
P041b	<p>Prostatacancer, övrig låg risk, över 10 års förväntad kvarvarande livstid</p> <p><i>Aktiv monitorering enligt strukturerat protokoll för senare ställningstagande till behandling</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har liten svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.</p> <p>Kommentar: 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 operation och strålbehandling (P047b, P090b, P094b, P096b).</p>	4
P043	<p>Prostatacancer, mellanrisk, över 10 års förväntad kvarvarande livstid</p> <p><i>Aktiv monitorering enligt strukturerat protokoll för senare ställningstagande till behandling</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.</p>	FoU
P044	<p>Prostatacancer, stigande PSA-värde efter radikal prostatektomi</p> <p><i>MRT av lilla bäckenet</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.</p> <p>Kommentar: Studier pågår.</p>	FoU
P045	<p>Prostatacancer, stigande PSA-värde efter radikal prostatektomi, mellan- hög risk för lymfkörtelmetastaser</p> <p><i>PET-DT för att påvisa lymfkörtelmetastaser</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.</p>	FoU
P047a	<p>Prostatacancer, mycket låg risk, över 10 års förväntad kvarvarande livstid</p> <p><i>Öppen eller robotassisterad radikal prostatektomi</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har liten svårighetsgrad och att åtgärden sannolikt inte ger någon positiv effekt.</p> <p>Kommentar: Åtgärden har jämförts med aktiv monitorering som har en gynnsammare balans mellan nytta och risk för biverkningar (P041a).</p>	Icke-göra

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
P047b	<p>Prostatacancer, övrig låg risk, över 10 års förväntad kvarvarande livstid</p> <p><i>Öppen eller robotassisterad radikal prostatektomi</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har liten svårighetsgrad och att åtgärden sannolikt ger en positiv effekt.</p> <p>Kommentar: Åtgärden är jämförd mot aktiv monitorering som har en gynnsammare balans mellan nytta och risk för biverkningar (P041b).</p>	7
P052	<p>Prostatacancer, mellanrisk, över 10 års förväntad kvarvarande livstid</p> <p><i>Radikal prostatektomi</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt.</p> <p>Kommentar: Åtgärd med kurativ potential som är likvärdig med strålbehandling för detta tillstånd (P100).</p>	4
P054	<p>Prostatacancer, mellan- eller högrisk, över 10 års förväntad kvarvarande livstid</p> <p><i>Neoadjuvant hormonbehandling (NHT) inför radikal prostatektomi</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger någon patientnytta.</p>	Icke-göra
P056	<p>Prostatacancer, utan metastaser</p> <p><i>Kryobehandling</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.</p>	FoU
P057	<p>Prostatacancer, utan metastaser</p> <p><i>HIFU (High-Intensity Focused Ultrasound)</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.</p>	FoU
P058	<p>Prostatacancer, utan metastaser</p> <p><i>PDT (fotodynamisk behandling)</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.</p> <p>Kommentar: Studier pågår.</p>	FoU
P059	<p>Prostatacancer, uttalad stressinkontinens</p> <p><i>Kirurgi (sfinkterprotes)</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt till en måttlig kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.</p>	5

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
P060	Prostatacancer, högrisk, lokalt avancerad, över 5 års förväntad kvarvarande livstid <i>Kastrationsbehandling (kirurgisk eller medicinsk)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt.	8
P061a	Prostatacancer, högrisk, T1–T2, PSA-värde över 20 mikrogram per liter eller Gleasongrad 8–10, M0, N0, över 10 års förväntad kvarvarande livstid <i>Radikal prostatektomi</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Åtgärd med kurativ potential som är likvärdig med strålbehandling för detta tillstånd (jämför P101).	3
P061b	Prostatacancer, högrisk, T3–T4, PSA-värde över 20 mikrogram per liter eller Gleasongrad 8–10, M0, N0, över 10 års förväntad kvarvarande livstid <i>Radikal prostatektomi</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Kommentar: Studier pågår. Standardbehandling för patientgruppen är strålbehandling.	FoU
P062	Prostatacancer, fjärrmetastaser, utan tidigare hormonbehandling <i>Kirurgisk kastration</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Åtgärden ger likvärdig patientnytta som kemisk kastration (P077).	3
P066	Prostatacancer, låg- eller mellanrisk <i>Bikalutamid</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger någon patientnytta.	Icke-göra
P067	Prostatacancer, högrisk, över 10 års förväntad kvarvarande livstid <i>Fortsatt adjuvant hormonbehandling efter strålbehandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt.	3

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
P067c	Prostatacancer, vällning- ar av behandling <i>Akupunktur</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger liten till måttlig effekt.	8
P069	Prostatacancer, erektions- problem efter radikal prostataktomi <i>Tidig och kontinuerlig behandling med PDE-5 inhibitorer efter genom- förd operation</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Kommentar: Långtidsuppföljning saknas. Studier pågår.	FoU
P070	Prostatacancer, snabbt stigande PSA-värde efter radikal prostataktomi, stor risk för spridning <i>Hormonbehandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt.	4
P071	Prostatacancer, snabbt stigande PSA-värde efter strålbehandling <i>Hormonbehandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt.	4
P072	Prostatacancer, högrisk, lokalt avancerad, mindre än 5 års förväntad kvar- varande livstid <i>Hormonbehandling vid symtom eller progress</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt. Kommentar: Åtgärden förskjuter biverkningar av hormonbehandling till dess att symtom uppstår men ger möjligen kortare totalöverlevnad.	7
P074	Prostatacancer, högrisk, lokalt avancerad, när strålbehandling inte är lämplig <i>Bikalutamid</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Åtgärden ger likvärdig patientnytta som kastration men har skillnad i biverkningsprofil.	4

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
P076	<p>Prostatacancer, högrisk, lokalt avancerad, symtomfri, mindre än 5 års förväntad kvarvarande livstid</p> <p><i>Bikalutamid</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden har ingen till liten effekt.</p> <p>Kommentar: Symtomfri man med kort förväntad kvarvarande livstid.</p>	10
P077	<p>Prostatacancer, fjärrmetastaser, utan tidigare hormonbehandling</p> <p><i>Kemisk kastrering med GnRH-agonister</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt.</p> <p>Kommentar: Åtgärden ger likvärdig patientnytta som kirurgisk kastrering (P062).</p>	3
P078	<p>Prostatacancer, fjärrmetastaser, utan tidigare hormonbehandling</p> <p><i>Östrogener (parenteral)</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt.</p> <p>Kommentar: Åtgärden ger något ökad risk för biverkningar men däremot bättre effekt mot vallningar och osteoporos än total androgenblockad. Åtgärden ges intramuskulärt en gång per månad i sätesmuskeln.</p>	4
P081	<p>Prostatacancer, fjärrmetastaser, utan tidigare hormonbehandling</p> <p><i>Antiandrogen som tillägg till kastrationsbehandling (total androgenblockad)</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt till en låg till måttlig kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.</p>	8
P082	<p>Prostatacancer, fjärrmetastaser, utan tidigare hormonbehandling</p> <p><i>Intermittent hormonbehandling</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt.</p>	9

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
P084a	<p>Prostatacancer, risk för osteoporos efter kastrationsbehandling</p> <p><i>Denosumab mot osteoporos</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig till stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt till mycket hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.</p> <p>Kommentar: För mer information om diagnostik och behandling vid osteoporos, se Nationella riktlinjer för rörelseorganenssjukdomar 2012. Åtgärden är jämförd med behandling med alendronat (P084b).</p>	10
P084b	<p>Prostatacancer, risk för osteoporos efter kastrationsbehandling</p> <p><i>Alendronat mot osteoporos</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig till stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt samt är kostnadsbesparande.</p> <p>Kommentar: För mer information om diagnostik och behandling vid osteoporos, se Nationella riktlinjer för rörelseorganenssjukdomar. Åtgärden är jämförd med behandling med denosumab (P084a).</p>	8
P085	<p>Prostatacancer, symptom av skelettmetastaser, vid start av behandling med LHRH-analog</p> <p><i>Flareskydd med antiandrogen</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig till stor effekt.</p>	3
P088	<p>Prostatacancer, skelettmetastaser, kastrationsresistent, stigande PSA-värde</p> <p><i>Palliativ behandling med docetaxel</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt till måttlig kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.</p>	6
P090a	<p>Prostatacancer, mycket låg risk, över 10 års förväntad kvarvarande livstid</p> <p><i>Lågdosrat brakyterapi (permanent Jod-125, Palladium-103 seeds), dos motsvarande 71–73 Gy</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har liten svårighetsgrad och att åtgärden inte ger någon patientnytta.</p> <p>Kommentar: Åtgärden har jämförts med aktiv monitorering som har en gynnsammare balans mellan nytta och risk för biverkningar (P041a).</p>	Icke-göra

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
P090b	<p>Prostatacancer, övrig låg risk, över 10 års förväntad kvarvarande livstid</p> <p><i>Lågdosrat brakyterapi (permanent Jod-125, Palladium-103 seeds), dos motsvarande 71–73 Gy</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har liten svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt.</p> <p>Kommentar: Åtgärden har jämförts med aktiv monitorering som har en gynnsammare balans mellan nytta och risk för biverkningar (P041b).</p>	7
P092a	<p>Prostatacancer, mycket låg risk, över 10 års förväntad kvarvarande livstid</p> <p><i>Extern strålbehandling (1,8–2,0 Gy/fr, total dos 70 Gy, konventionell strålbehandling)</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har liten svårighetsgrad och att åtgärden inte ger någon patientnytta.</p> <p>Kommentar: Åtgärden har jämförts med aktiv monitorering som har en gynnsammare balans mellan nytta och risk för biverkningar (P041a).</p>	icke-göra
P092b	<p>Prostatacancer, övrig lågrisk, över 10 års förväntad kvarvarande livstid</p> <p><i>Extern strålbehandling (1,8–2,0 Gy/fr, total dos 70 Gy, konventionell strålbehandling)</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har liten svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt.</p> <p>Kommentar: Åtgärden har jämförts med aktiv monitorering som har en gynnsammare balans mellan nytta och risk för biverkningar (P041b).</p>	7
P094a	<p>Prostatacancer, mycket låg risk, över 10 års förväntad kvarvarande livstid</p> <p><i>Doseskalerad extern strålbehandling (1,8–2,0 Gy/fr, total dos > 78 Gy)</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har liten svårighetsgrad och att åtgärden inte ger någon patientnytta.</p> <p>Kommentar: Åtgärden har jämförts med aktiv monitorering som har en gynnsammare balans mellan nytta och risk för biverkningar (P041a).</p>	icke-göra
P094b	<p>Prostatacancer, övrig lågrisk, över 10 års förväntad kvarvarande livstid</p> <p><i>Doseskalerad extern strålbehandling (1,8–2,0 Gy/fr, total dos > 78 Gy)</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har liten svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt.</p> <p>Kommentar: Åtgärden har jämförts med aktiv monitorering som har en gynnsammare balans mellan nytta och risk för biverkningar (P041b).</p>	7

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
P096a	<p>Prostatacancer, mycket låg risk, över 10 års förväntad kvarvarande livstid</p> <p>Extern strålbehandling plus högdosrat brakyterapi (temporär Iridium-192) boost (sammanlagd dos > 100 Gy)</p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har liten svårighetsgrad och att åtgärden inte ger någon patientnytta.</p> <p>Kommentar: Åtgärden har jämförts med aktiv monitorering som har en gynnsammare balans mellan nytta och risk för biverkningar (P041a). Studier pågår.</p>	Icke-göra
P096b	<p>Prostatacancer, övrig låg risk, över 10 års förväntad kvarvarande livstid</p> <p>Extern strålbehandling plus högdosrat brakyterapi (temporär Iridium-192) boost (sammanlagd dos > 100 Gy)</p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har liten svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt.</p> <p>Kommentar: Åtgärden har jämförts med aktiv monitorering som har en gynnsammare balans mellan nytta och risk för biverkningar (P041b). Studier pågår.</p>	7
P099	<p>Prostatacancer, mellan- eller högrisk, över 10 års förväntad kvarvarande livstid</p> <p><i>Extern strålbehandling (1,8–2,0 Gy/fr, total dos 70 Gy, konventionell strålbehandling)</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger någon patientnytta, eftersom stråldosen för den specifika åtgärden är otillräcklig för aktuellt tillstånd.</p>	Icke-göra
P100	<p>Prostatacancer, mellanrisk, över 10 års förväntad kvarvarande livstid</p> <p><i>Doseskalerad strålbehandling till 78 Gy eller mer given enbart externt eller som kombination av extern strålning och högdosrat brakyterapi</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt.</p> <p>Kommentar: Åtgärden ger likvärdig nytta som kirurgi (P052).</p>	4

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
P101	<p>Prostatacancer, högrisk, T1–T2, PSA-värde över 20 mikrogram per liter eller Gleasongrad 8–10, MO, NO, över 10 års förväntad kvarvarande livstid</p> <p><i>Doseskalerad strålbehandling till 78 Gy eller mer given enbart externt eller som kombination av extern strålning och högdosrat brakyterapi</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt.</p> <p>Kommentar: Åtgärd med kurativ potential som är likvärdig med kirurgi för detta tillstånd (P061a).</p>	3
P102	<p>Prostatacancer, mellanrisk, över 10 års förväntad kvarvarande livstid</p> <p><i>Neoadjuvant hormonbehandling (NHT) till kurativt syftande konventionell strålbehandling</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt.</p>	5
P103	<p>Prostatacancer, högrisk, över 10 års förväntad kvarvarande livstid</p> <p><i>Neoadjuvant hormonbehandling till kurativt syftande strålbehandling</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt.</p>	4
P104	<p>Prostatacancer, mellan- eller högrisk, patologiskt stadium pT2–3, NO, MO, kapselperforation som minst en riskfaktor, positiv kirurgisk marginal eller inväxt i sädesblåsan</p> <p><i>Adjuvant strålbehandling efter radikal prostatektomi</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig till stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt.</p>	5

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
P105	<p>Prostatacancer, högrisk, mindre än 10 års förväntad kvarvarande livstid</p> <p><i>Doseskalerad strålbehandling till 78 Gy eller mer given enbart externt eller som kombination av extern strålning och högdosrat brakyterapi.</i></p>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt.	7
P106	<p>Prostatacancer, högrisk</p> <p><i>Hormonbehandling i kombination med strålbehandling till 78 Gy eller mer mot iliakala lymfkörtelstationer</i></p>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU
P107	<p>Prostatacancer, lymfkörtelmetastaser</p> <p><i>Hormonbehandling i kombination med strålbehandling till 78 Gy eller mer av primärtumören och eventuellt iliakala körtelstationer</i></p>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU
P110	<p>Prostatacancer, radikal prostatektomi genomförd, cancer i resektionsranden, mellan-hög risk för spridning till lymfkörtlar</p> <p><i>Adjuvant strålbehandling till 78 Gy eller mer av prostatabädden och iliakala lymfkörtelstationer</i></p>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
P111	<p>Prostatacancer, radikal prostatektomi genomförd, stigande PSA och rimlig chans till enbart lokalrecidiv, över 10 års förväntad kvarvarande livstid</p> <p><i>Strålbehandling till 78 Gy eller mer av prostata-bädden (salvage strålbehandling)</i></p>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt.	4
P113	<p>Prostatacancer, högrisk, lokalt avancerad, T3–4, M0, Nx/N1</p> <p><i>Strålbehandling till 78 Gy eller mer med tillägg av hormonbehandling</i></p>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt.	3
P114	<p>Prostatacancer, symptomgivande, skelettmetastaser, kastrationsresistent</p> <p><i>Radium-223 efter kemo-terapi eller dåligt allmän-tillstånd</i></p>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt till en måttlig till mycket hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.	7
P115	<p>Prostatacancer, minskad kroppsstyrka i samband med kombinationsbehandling (antiösteronbehandling och/eller strålning)</p> <p><i>Råd om styrketräning</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt.</p> <p>Kommentar: För mer information om metod för rådgivande samtal om fysisk aktivitet, se Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011.</p>	5
P116	<p>Prostatacancer, minskad kondition i samband med kombinationsbehandling (antiösteronbehandling och/eller strålning)</p> <p><i>Råd om konditionsträning</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt.</p> <p>Kommentar: För mer information om metod för rådgivande samtal om fysisk aktivitet, se Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011.</p>	5

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
P117	<p>Prostatacancer, multipla smärtområden där cytostatika inte hjälper, skelettmetastaser, kastrationsresistent</p> <p><i>Isotopterapi med samarium eller strontium</i></p>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten till måttlig effekt.	7
P119	<p>Prostatacancer, skelettmetastaser, kastrationsresistent, behov av att förebygga smärta, frakturer eller kompressioner i skelettet</p> <p><i>Zoledronsyra var fjärde vecka</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt till måttlig kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.</p> <p>Kommentar: Åtgärden är jämförd mot denosumab (P120).</p>	9
P120	<p>Prostatacancer, skelettmetastaser, kastrationsresistent, behov av att förebygga smärta, frakturer eller kompressioner i skelettet</p> <p><i>Denosumab</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten-måttlig effekt till en mycket hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.</p> <p>Kommentar: Åtgärden har jämförts med zoledronsyra (P119).</p>	10
P121	<p>Prostatacancer, symptomgivande, skelettmetastaser, kastrationsresistent</p> <p><i>KEES (ketokonazol, etoposid, estramustin, sendoxan)</i></p>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU
P122	<p>Prostatacancer, symptomgivande, skelettmetastaser, kastrationsresistent, progredierat trots docetaxelbehandling</p> <p><i>KEES (ketokonazol, etoposid, estramustin, sendoxan)</i></p>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
P123	<p>Prostatacancer, symtomgivande, skelettmetastaser, kastrationsresistent, progredierat trots docetaxelbehandling</p> <p><i>Palliativ behandling med cabazitaxel</i></p>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden har liten effekt till en mycket hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.	8
P124	<p>Prostatacancer, högrisk, över 5 års förväntad kvarvarande livstid</p> <p><i>Bedömning vid multidisciplinär konferens</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.</p> <p>Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt, men det råder konsensus om att åtgärden har en positiv effekt.</p>	3
P125a	<p>Prostatacancer, skelettmetastaser, kastrationsresistent</p> <p><i>Abirateron som tillägg till prednison före kemo-terapi</i></p>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt till en hög till mycket hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.	7
P125b	<p>Prostatacancer, skelettmetastaser, kastrationsresistent, progredierat trots docetaxelbehandling</p> <p><i>Palliativ behandling med abirateron</i></p>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt till hög till mycket hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.	6
P126a	<p>Prostatacancer, skelettmetastaser, kastrationsresistent</p> <p><i>Enzalutamid före kemo-terapi</i></p>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt till en hög till mycket hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.	7
P126b	<p>Prostatacancer, skelettmetastaser, kastrationsresistent, progredierat trots docetaxelbehandling</p> <p><i>Palliativ behandling med enzalutamid</i></p>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt till en måttlig till mycket hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.	6

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
D002	Bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer <i>Parsamtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för kvinnor med bröstcancer, gynekologisk cancer eller personer med blandad gastrointestinal cancer.	5
D003	Bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer med sexuell dysfunktion (könsspecifikt) <i>Stöd, samtal eller olika former för rådgivning</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt för patienter med tjocktarms- eller ändtarmscancer. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån studier med patienter som har bröst- och prostatacancer.	6
D006	Bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer, behov av långtidsuppföljning <i>Uppföljning av kontakt-sjuksköterska som ger psykosocialt stöd och råd om symtomlindring</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt.	4

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
D007	Bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer, fatigue <i>Råd om fysisk aktivitet i form av aerobicsträning</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med tjocktarms- och ändtarmscancer. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för kvinnor med bröstcancer och män med prostatacancer. För mer information om metod för rådgivande samtal om fysisk aktivitet, se Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011.	8
D012	Bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer, strålbehandlad, risk för biverkningar <i>Antioxidanter</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger någon patientnytta. Kommentar: Systemeffekter kan uppstå och försämra läkemedelsbehandlingen.	Ikke-göra
D014	Bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer, rutinmässig cancerbehandling genomförd <i>Mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden har liten till måttlig effekt. Kommentar: Åtgärden är en av många behandlingar för stresshantering. Det saknas vetenskapligt underlag för att säga att denna metod är bättre än andra stressreducerande behandlingsmetoder. Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med tjocktarms- och ändtarmscancer. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för kvinnor med bröstcancer och män med prostatacancer.	9

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
D026	Bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) för att identifiera behandlingskrävande ångest och depression</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig till stor svårighetsgrad och att åtgärden har liten till måttlig effekt. Kommentar: Åtgärden kan användas för att identifiera behandlingskrävande ångest och depression.	9

Tjock- eller ändtarmscancer

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
K010	Tarmsymtom, misstänkt cancer efter klinisk undersökning, ändtarmspalpation och rektoskopi <i>MR-kolografi (virtuell koloskopi med MR)</i>	Avgörande för rekommendationen är det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU
K011	Polyp, hyperplastisk, i distala tjock- eller ändtarm <i>Kartläggning av tjock- och ändtarm med koloskopi för att diagnostisera proximal kolonneoplasi</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har liten svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt.	8
K014	Adenom i ändtarm, 1 cm eller större <i>Kartläggning av tjock- och ändtarm med koloskopi</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning. Kommentar: Ändrar hanläggningen hos var tredje patient.	4
K015	Adenom i ändtarm, mindre än 1 cm <i>Kartläggning av tjock- och ändtarm med koloskopi</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning. Kommentar: Åtgärden har jämförts med tillstånd med större polyper (K014).	6

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
K018	Tjock- eller ändtarmscancer, nydiagnostiserad <i>Preoperativ kartläggning med tumörmarkören carcinoembryonalt antigen (CEA)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt.	8
K019	Tjocktarmscancer, nydiagnostiserad <i>Preoperativ kartläggning av lokal utbredning med radiologiska metoder</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning. Kommentar: Åtgärden skiljer stadium T1–2 från T3–4 och ger stor vägledning inför kommande operation.	2
K020	Ändtarmscancer, nydiagnostiserad <i>Preoperativ kartläggning av lokal utbredning med radiologiska metoder</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning. Kommentar: Åtgärden skiljer olika stadier enligt TN-klassifikationen och ger stor vägledning inför kommande operation.	2
K022	Tjock- eller ändtarmscancer, nydiagnostiserad, lokalt avancerad (cT4), vid ändtarmscancer också cT3 mrf+, kurativ behandlingsindikation <i>Preoperativ kartläggning av tumöretbredning, PET-DT</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för fortsatt korrekt handläggning. Kommentar: Åtgärden förändrar handläggningen hos var fjärde patient. För att den diagnostiska informationen av PET-DT skall vara kliniskt meningsfull krävs att kurativ behandling är aktuell och den innebär en risk för en påtaglig belastning för patienten.	3
K023	Ändtarmscancer, lokalt avancerad (cT3 mrf+, cT4) <i>PET-DT för planering av kurativt syftande preoperativ strålbehandling med cytostatika</i>	Avgörande för rekommendationen är det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
K024	Tjocktarmscancer, nydiagnostiserad <i>Bedömning vid multidisciplinär konferens (ev. preoperativ onkologisk behandling)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt, men det råder konsensus om att åtgärden har en positiv effekt.	3
K025	Ändtarmscancer, nydiagnostiserad <i>Bedömning vid multidisciplinär konferens (ev. preoperativ onkologisk behandling)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt, men det råder konsensus om att åtgärden har en positiv effekt.	3
K027	Tjock- eller ändtarmscancer, begränsad metastasering, relativt lång förväntad kvarvarande livstid, inga specifika tumorsymtom <i>Förebyggande palliativ resektion av primärtumör</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU
K028	Tjock- eller ändtarmscancer, utbredd metastasering, inga eller begränsade tumorsymtom, kort förväntad kvarvarande livstid, inga specifika tumorsymtom från primärtumören <i>Förebyggande palliativ resektion av primärtumör</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger någon patientnytta.	Icke-göra

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
K030	Tjock- eller ändtarmscancer, inför operation <i>Rökstoppintervention genom kvalificerat rådgivande samtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: För mer information om rökstoppintervention genom kvalificerat rådgivande samtal, se Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011.	4
K031	Tjock- eller ändtarmscancer, inför operation <i>Accelererad perioperativ vård (fast track, ERAS, enhanced recovery after surgery)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt.	6
K032	Tjock- eller ändtarmscancer, inför operation, näringsbrist och minst 10 % viktfförlust <i>Preoperativt nutritionsstöd (enteralt om möjligt, annars parenteralt) där tiden för behandling är individuellt anpassad</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt.	5
K033	Tjock- eller ändtarmscancer, inför operation <i>Trombosprofylax från dagen före operation och 30 dagar framåt jämfört med under 10 dagar</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt. Kommentar: Om venös tromboemboli medför en ökad dödlighet på 5 procentenheter så innebär det en låg till måttlig kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.	5
K038a	Tjock- eller ändtarmscancer, under operation <i>Vätskemonitorering med esofagus-Doppler</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt.	7
K038b	Tjock- eller ändtarmscancer, under operation <i>Restriktiv vätskebehandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt.	5

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
K039	Tjocktarmscancer, högersidig <i>Operation med central kärlligatur av arteria colica media och total mesokolisk excision</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma postoperativ överlevnad. Kommentar: Studier pågår. Det råder konsensus om att åtgärden ger högre förutsättning för radikalt borttagande av regional tumörspridning än den alternativa standardresektionen.	FoU
K040	Tjocktarmscancer, vänstersidig, eller ändtarmscancer <i>Operation med central kärlligatur av arteria mesenterica och total mesokolisk excision</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt.	8
K043a	Ändtarmscancer, elektiv operation, utan kontraindikation för laparoskopisk kirurgi <i>Öppen eller laparoskopisk kirurgi</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Öppen eller laparoskopisk kirurgi ger helt jämförbara resultat när det gäller chansen till bot och riskerna för komplikationer.	2
K043b	Ändtarmscancer, elektiv operation, utan kontraindikation för robotkirurgi <i>Robotkirurgi</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU
K044a	Tjocktarmscancer, elektiv operation, utan kontraindikation för laparoskopisk kirurgi <i>Öppen eller laparoskopisk kirurgi</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Öppen eller laparoskopisk kirurgi ger helt jämförbara resultat när det gäller chansen till bot och riskerna för komplikationer.	2
K044b	Tjocktarmscancer, elektiv operation, utan kontraindikation för robotkirurgi <i>Robotkirurgi</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
K046	Tjocktarmscancer, tidig, tumörstadium T1 sm 1–2 utan riskfaktorer <i>Koloskopisk polypektomi utan efterföljande resektion</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Åtgärden ger likvärdig patientnytta som operation.	3
K051	Ändtarmscancer, låg främre resektion samt avlastande loopileostomi genomförd <i>Tidig nedläggning av den avlastande loopileostomin (inom 14 dagar)</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Kommentar: Studier förväntas.	FoU
K052	Ändtarmscancer, dålig sfinkterfunktion eller samsjuklighet <i>Hartmanns operation</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden troligen ger en fördel jämfört med standardoperation. Kommentar: Åtgärden är alternativ till främre resektion med anastomos om tumören är högre upp eller abdomino perineal rektumexicision om tumören är längre ned. Det finns inga studier som jämfört den specifika åtgärden med alternativen, samtidigt som dessa alternativ inte heller ger goda resultat för den aktuella patientgruppen.	5
K053	Ändtarmscancer, mellersta och övre rektum, väl fungerande sfinkter, utan riskfaktorer eller hög samsjuklighet <i>Hartmanns operation i kurativt syfte</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger någon patientnytta jämfört med standardoperation såsom främre resektion. Kommentar: Vid främre resektion är det vanligt med besvärliga tillstånd som trängningar, frekvent tarmtömning eller fekal läckage.	Icke-göra

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
K054	Ändarmscancer, obotlig, fjärrmetastasering <i>Hartmanns operation i palliativt syfte</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden inte säkert ger några fördelar jämfört med standardoperation. Kommentar: Åtgärden är ett alternativ till främre resektion om cancer sitter högre upp eller som alternativ till abdomino-perinealrektumexcision om cancer sitter längre ned.	5
K055	Ändarmscancer, lågt belägen, utan hotande eller påvisat engagemang av levatorerna <i>Abdominoperineal excision av rektum (APE), klassisk</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Åtgärden har jämförts med K056.	2
K056	Ändarmscancer, lågt belägen utan hotande eller påvisat engagemang av levatorerna <i>Extralevator abdominoperineal excision av rektum – ELAPE</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Kommentar: Studier förväntas. Åtgärden har jämförts med K055.	FoU
K060	Tjock- eller ändtarmscancer, tarmvred, utan metastaser, resektabel tumör, operabel patient <i>Stentinläggning (som bridge to surgery)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt men att det finns risker för komplikationer och spridning av tumörceller.	10
K064	Tjock- eller ändtarmscancer, tarmvred, med eller utan metastaser, inoperabel patient <i>Stentinläggning i stället för avlastande stomi</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Åtgärd som ger snabb och bra lindring till patienten. Åtgärden är delvis enklare och snabbare för patienten i jämförelse med alternativet stomi. Men kan delvis ge sämre effekt.	4

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
K065	Tjock- eller ändtarmscancer, inför permanent stomi <i>Anläggande av profylaktiskt nät</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Kommentar: Studier pågår.	FoU
K066	Tjock- eller ändtarmscancer, operationspreparat <i>Strukturerat omhändertagande av operationspreparat med standardiserad svarsmall enligt TNM7/WHO 2010</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning. Kommentar: Åtgärden ger bättre kvalitet utan att det tar mer resurser i anspråk.	2
K067	Tjocktarmscancer, opererad, stadium II, adjuvant cytostatikabehandling möjlig <i>MSI analys (mikrosatellitinstabilitetsanalys)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning. Kommentar: Åtgärden möjliggör indelning av vilka patienter som har olika behov av adjuvant behandling.	4
K068	Tjock- eller ändtarmscancer, metastaser, inför behandling med EGFR-hämmare ensamt eller i kombination med cytostatika <i>Mutationsanalys av RAS-genen i tumör</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning. Kommentar: Åtgärden är en del inför behandling med EGFR-hämmare (K125, K129, K131, K132).	3
K069a	Tjock- eller ändtarmscancer, metastaser <i>BRAF-mutationsanalys av tumör för att bedöma prognos inför behandling med cytostatika</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning. Kommentar: Åtgärden är en del inför behandling med cytostatika vid metastaserad sjukdom (K121–K132).	5

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
K069b	Tjock- eller ändtarmscancer, metastaser, KRAS vildtyp <i>BRAF-mutationsanalys av tumör för att bedöma om patientens tumör har förutsättningar att reagera på EGFR-hämmare</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU
K070	Ändtarmscancer, tidig (flertalet cT1–2, om höga tumörer cT3abN0, eventuellt även vissa N1, MRF-) <i>Preoperativ strålning 5 x 5 Gy</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Åtgärden innebär risk för biverkningar men patientnyttan överväger inte dessa då absolutrisken för återfall är liten. Åtgärden är jämförd med K071.	7
K071	Ändtarmscancer, intermediär risk för lokalrecidiv (cT3ab om låg, cT3cd om hög, MRF-, N+, undantaget vissa höga tumörer med N1) <i>Preoperativ strålning 5 x 5 Gy</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Åtgärden innebär risk för biverkningar men patientnyttan överväger dessa. Åtgärden har jämförts med K072.	4
K072	Ändtarmscancer, intermediär risk för lokalrecidiv (cT3ab om låg, cT3cd om hög, MRF-, N+) <i>Kemoradioterapi med 5-FU</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt. Kommentar: Åtgärden innebär risk för biverkningar som måste vägas mot patientnyttan. Alternativ behandling har en mer gynnsam balans (K071).	6
K073	Ändtarmscancer, lokalt avancerad (cT3MRF+, cT4, eller förstörade laterala körtlar) <i>Kemoradioterapi med 5-FU</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Åtgärden ger positiv effekt på livskvalitet, lokalrecidiv och överlevnad men ökar risken för akuta biverkningar. Åtgärden är jämförd med enbart strålning.	3

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
K074	<p>Ändtarmscancer, lokalt avancerad (cT3MRF+, cT4, eller förstörade laterala körtlar)</p> <p><i>Kemoradioterapi med kombinationscytostatika</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger någon patientnytta.</p> <p>Kommentar: Åtgärden är jämförd med K073.</p>	Icke-göra
K075	<p>Ändtarmscancer, lokalt avancerad (cT3MRF+, cT4, eller förstörade laterala körtlar), hög biologisk ålder eller samsjuklighet, tål inte kemoradioterapi</p> <p><i>Strålning 5 x 5 Gy och utvärdering efter cirka 6–8 veckor om operation är möjlig</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt.</p> <p>Kommentar: Det finns få alternativ för patientgruppen. Åtgärden ger god effekt på symtomlindring och även möjlighet att operera de patienter där tumören minskar tillräckligt.</p>	3
K076	<p>Ändtarmscancer, opererad utan preoperativ strålning, patologisk anatomisk diagnos (PAD) visar riskfaktorer för lokalrecidiv</p> <p><i>Postoperativ tilläggsbehandling med kombination kemoradioterapi</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt.</p> <p>Kommentar: Åtgärden är jämförd med K073.</p>	5
K078	<p>Tjock- eller ändtarmscancer, radikalt exstirperad, indikation för adjuvant cytostatika</p> <p><i>Start av adjuvant cytostatika senare än 8 veckor efter kirurgi</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt.</p> <p>Kommentar: Åtgärden ger sämre effekt än om den startar inom 8 veckor (K081-093). Denna gräns är inte exakt, men ambitionen ska vara att starta behandlingen så snart som möjligt (inom 6–7 veckor).</p>	8
K080	<p>Tjock- eller ändtarmscancer, radikalt exstirperad, indikation för adjuvant cytostatika</p> <p><i>Start av adjuvant cytostatika senare än 12 veckor efter kirurgi</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger någon patientnytta jämfört med om behandlingen startar inom 8 veckor.</p> <p>Kommentar: Åtgärden är jämförd med start av behandling inom 8 veckor (K081–093).</p>	Icke-göra

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
K081	Tjocktarmscancer, radikalt exstirperad, stadium II utan eller med begränsat med riskfaktorer (cirka 15–20 procents risk för återfall) <i>Adjuvant cytostatikabehandling, 5FU monoterapi (intravenöst eller peroralt)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten till måttlig effekt till måttlig till hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.	6
K082a	Tjocktarmscancer, radikalt exstirperad, stadium II med riskfaktorer <i>Adjuvant cytostatikabehandling, 5FU monoterapi (intravenöst eller peroralt)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt till låg till måttlig kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.	3
K082b	Tjocktarmscancer, radikalt exstirperad, stadium II med riskfaktorer <i>Adjuvant cytostatikabehandling, 5FU-baserad kombinationsbehandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt och är kostnadsbesparande. Kommentar: Åtgärden har jämförts med K082a vilken har bättre effekt men mer biverkningar. Evidensen föreligger för patienter under 70 år. Osäkerhet föreligger om motsvarande effekt ses hos dem över 70 år.	5
K083a	Tjocktarmscancer, radikalt exstirperad, stadium III <i>Adjuvant cytostatikabehandling, 5FU monoterapi (intravenöst eller peroralt)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt till en låg kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.	3
K083b	Tjocktarmscancer, radikalt exstirperad, stadium III med eller utan riskfaktorer <i>Adjuvant cytostatikabehandling, 5FU-baserad kombinationsbehandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt till en låg kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår. Kommentar: Åtgärden har jämförts med K083a.	3

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
K090	Tjocktarmscancer, radikalt exstirperad, stadium II–III med riskfaktorer <i>Adjuvant behandling med målsökande läkemedel</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger någon patientnytta.	Icke-göra
K091	Ändtarmscancer, radikalt exstirperad, stadium II med riskfaktorer, som inte fått preoperativ kemoradioterapi <i>Adjuvant cytostatikabehandling, 5FU monoterapi (intravenös eller peroral)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt. Kommentar: Åtgärden har jämförts med K082a.	5
K092	Ändtarmscancer, radikalt exstirperad, stadium III med eller utan riskfaktorer, som inte fått preoperativ kemoradioterapi <i>Adjuvant cytostatikabehandling, 5FU monoterapi (intravenös eller peroral)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Åtgärden har jämförts med K082b.	5
K093	Ändtarmscancer, radikalt exstirperad, stadium II med riskfaktorer eller stadium III, som inte fått preoperativ kemoradioterapi <i>Adjuvant cytostatikabehandling, 5FU-baserad kombinationsbehandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt, men det råder konsensus om att åtgärden har en positiv effekt. Det är viktigt att åtgärden erbjuds utifrån patientens önskemål. Åtgärden har jämförts med K091 och K092.	6

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
K095-96	Tjock- eller ändtarmscancer, stadium II eller III, kurativt syftande operation genomförd <i>Rutinmässiga kontroller med bilddiagnostik av lever och lunga samt kontroll av serumnivåerna av tumörmarkören carcinoembryonalt antigen (CEA) tätare än efter 12 och 36 månader</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt. Kommentar: Studier pågår.	FoU
K098	Tjock- eller ändtarmscancer, levermetastaser, annan begränsad metastasering eller lokalrecidiv, försök till kurativ metastaskirurgi möjlig direkt eller efter onkologisk förbehandling <i>PET-DT innan start av onkologisk behandling inkluderande kirurgi för metastas eller lokalrecidiv</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för fortsatt korrekt handläggning. Kommentar: Åtgärden förändrar handläggningen hos var fjärde patient.	3
K099	Tjock- eller ändtarmscancer, metastasering begränsad till 1-2 organ <i>Bedömning vid multidisciplinär konferens</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt, men det råder konsensus om att åtgärden har en positiv effekt.	3
K101	Tjock- eller ändtarmscancer, exstirpabla levermetastaser <i>Operation av levermetastaser</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Det finns prognostiska faktorer som pekar på vilka patienter som är mest lämpliga att opereras. Åtgärden har högre evidens för effekt än operation av lungmetastaser (K103).	3

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
K102	Tjock- eller ändtarmscancer, exstirpabla levermetastaser <i>Neoadjuvant och adjuvant cytostatika</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt. Kommentar: Åtgärden ger måttlig effekt på recidivfri överlevnad och liten effekt på totalöverlevnad jämfört med enbart operation (K101) samtidigt som komplikationsrisken ökar.	5
K103	Tjock- eller ändtarmscancer, exstirpabla lungmetastaser <i>Operation av lungmetastaser</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Åtgärden har lägre evidens för effekt än vid operation av levermetastaser (K101).	4
K105	Tjock- eller ändtarmscancer, bukhålemetastaser, gott allmäntillstånd, möjlig att operera <i>Operation av metastaser i bukhålan med intraperitonealt cytostatika</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt. Kommentar: Det finns få alternativ för patientgruppen. Åtgärden ger möjlighet till långtidsöverlevnad.	5
K106	Tjock- eller ändtarmscancer, resektabla metastaser i flera organ <i>Operationer av metastaser i flera organ (huvudsakligen lever och lunga)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt. Kommentar: Patienturvalet är ytterst viktigt. För ett fåtal patienter är åtgärden botande.	8
K107	Tjock- eller ändtarmscancer, primärt irresektabla levermetastaser, god effekt av pågående kemoterapi <i>Operation av levermetastaser</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Rekommendationen avser de patienter som fått goda resultat av cytostatika som syftar till att krympa tumören (downsizing, konvertering).	3

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
K108b	Tjock- eller ändtarmscancer, en eller fåtal levermetastaser <i>Lokal tumördestruerande behandling i levern, som alternativ till resektionskirurgi</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger sämre effekt än enbart operation. Åtgärden har likvärdig effekt som operation vid metastaser som är solitära och mindre än 3 centimeter. Kommentar: Åtgärden har jämförts med kirurgi (K101, K107).	Icke-göra
K109	Tjock- eller ändtarmscancer, nydiagnostiserad, inför kurativ operation <i>Synkron detektion av fria tumörceller i bukhålan, före resektion respektive efter resektion</i>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU
K111a	Ändtarmscancer, nydiagnostiserad, tidig, radikal resektionskirurgi är möjlig att undvika, vilket också önskas av patienten <i>Lokal excision med eventuell kompletterande pre- eller postoperativ extern strålbehandling eller brakyterapi i stället för resektionskirurgi</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Åtgärden ger färre biverkningar än operation samtidigt som den ger samma chans till bot (K055).	3
K111b	Ändtarmscancer T1-2, nydiagnostiserad, patienten önskar undvika radikal resektionskirurgi <i>Extern kemoradioterapi, bedömning av tumörrespons kliniskt och med biopsier och ingen resektionskirurgi om tumören regredierat totalt</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt.	5

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
K111c	<p>Ändtarmscancer T3–4, nydiagnostiserad, patienten önskar undvika radikal resektionskirurgi</p> <p><i>Extern kemoradioterapi, bedömning av tumörrespons kliniskt och med biopsier och ingen resektionskirurgi om tumören regredierat totalt</i></p>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt.	7
K113	<p>Ändtarmscancer, anastomosläckage efter kirurgi</p> <p><i>Vakuumassisterad förslutning för att undvika annan kirurgi</i></p>	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.	FoU
K114	<p>Tjock- eller ändtarmscancer, opererad, inför nedläggning av loopileostomi, symtomfri från anastomosområdet</p> <p><i>Kontrastingjutning av rektum</i></p>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har liten svårighetsgrad och att åtgärden har oklar effekt.	9
K116	<p>Ändtarmscancer, opererad, radiologiskt anastomosläckage men utan symtom, inför nedläggning av loopileostomi</p> <p><i>Nedläggning av loopileostomi</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt.</p> <p>Kommentar: Studier förväntas.</p>	FoU
K119	<p>Tjock- eller ändtarmscancer, radikalt opererade fjärrmetastaser</p> <p><i>Adjuvant cytostatikabehandling med 5FU och Leukovorin</i></p>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt.	4

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
K120	Tjock- eller ändtarmscancer, radikalt opererade fjärrmetastaser <i>Adjuvant cytotatikabehandling med 5FU, Leukovorin och Oxaliplatin</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt, men det råder konsensus om att åtgärden har en positiv effekt.	6
K121	Tjock- eller ändtarmscancer, lokalrecidiv och/eller metastaser, kombinationsbehandling inte lämplig eller nödvändig primärt <i>Palliativ behandling i första linjen med cytostatika, enbart fluoropyrimidin-baserad behandling</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt. Kommentar: Åtgärden är i en palliativ situation och för patienter med stillsam sjukdom kan en något lägre effekt än behandling med flera läkemedel balanseras av betydligt färre biverkningar.	4
K122	Tjock- eller ändtarmscancer, lokalrecidiv och/eller metastaser, kombinationsbehandling inte lämplig eller nödvändig primärt <i>Palliativ behandling i första linjen med cytostatika fluoropyrimidin (FU, modulerad 5FU eller oralt capecitabin) med tillägg av bevacizumab</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt till en hög till mycket hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår. Kommentar: Åtgärden ger mindre biverkningar än K128.	7
K124	Tjock- eller ändtarmscancer, metastaser, radikal operation möjlig om tumörtillbakabildning uppnås <i>Behandling i första linjen med trippelkemoterapi (modulerad 5FU-behandling + irinotekan + Oxaliplatin)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt. Kommentar: Åtgärden ger dels en generell förlängning av totalöverlevnad men även möjlighet till kurativt syftande behandling jämfört med dubbel kemoterapi.	6

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
K125	<p>Tjock- eller ändtarmscancer, metastaser, radikal operation möjlig om tumörtillbakabildning uppnås</p> <p><i>Behandling i första linjen med cytostatika (modulerad "infusions"-5FU-behandling + irinotekan eller Oxaliplatin) med tillägg av EGFR-hämmare (cetuximab eller panitumumab) för RAS vildtyp-tumör</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt till en måttlig kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.</p> <p>Kommentar: Åtgärden ger en generell förlängning av totalöverlevnad och även möjlighet till kurativt syftande behandling (K124, K126). I RAS-vildtyppopulationen kommer behandlingseffekterna vara något större då ytterligare patienter (cirka 17 procent) undantas från behandling.</p>	5
K126	<p>Tjock- eller ändtarmscancer, metastaser, radikal operation möjlig om tumörtillbakabildning uppnås</p> <p><i>Behandling i första linjen med cytostatika (modulerad 5FU och irinotekan eller Oxaliplatin) med tillägg av bevacizumab</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt.</p> <p>Kommentar: Åtgärden ger dels en generell förlängning av totalöverlevnad men även möjlighet till kurativt syftande behandling (K124, K125).</p>	8
K128	<p>Tjock- eller ändtarmscancer, lokalrecidiv och/eller metastaser</p> <p><i>Palliativ behandling i första linjen med cytostatika (fluoropyrimidin med irinotekan eller Oxaliplatin) med tillägg av bevacizumab</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt till en hög till mycket hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.</p>	8

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
K129	<p>Tjock- eller ändtarmscancer, lokalrecidiv och/ eller metastaser, svikt på första linjens kombinationscytostatika</p> <p><i>Palliativ behandling i andra linjen med cytostatika (5FU och irinotekan eller Oxaliplatin beroende på vad som gavs i första linjen) med tillägg av EGFR-hämmare</i></p>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt.	8
K130a	<p>Tjock- eller ändtarmscancer, lokalrecidiv och/ eller metastaser, svikt på första linjens kombinationscytostatika</p> <p><i>Palliativ behandling i andra linjen med cytostatika (5FU och Oxaliplatin eller irinotekan beroende på vilken kombination som gavs i första linjen) med tillägg av bevacizumab</i></p>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt till en hög till mycket hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.	8
K130b	<p>Tjock- eller ändtarmscancer, lokalrecidiv och/ eller metastaser, svikt på första linjens kombinationscytostatika med bevacizumab</p> <p><i>Palliativ behandling, byte till andra linjens kombinationscytostatika med fortsatt bevacizumab</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt till en hög till mycket hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.</p> <p>Kommentar: Åtgärden har jämförts med K130a.</p>	10

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
K130c	<p>Tjock- eller ändtarmscancer, lokalrecidiv och/eller metastaser, svikt på första linjens Oxaliplatininnehållande kombinationscytostatika med eller utan bevacizumab</p> <p><i>Palliativ behandling med kombinationen irinotekan/5FU och angiogenes-hämmaren aflibercept i andra linjen (efter svikt på kombinationen 5FU och Oxaliplatin med eller utan bevacizumab)</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt till en måttlig till mycket hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.</p> <p>Kommentar: Åtgärden är jämförd med K130a och K130b.</p>	9
K131	<p>Tjock- eller ändtarmscancer, RAS vildtyp, lokalrecidiv och/eller metastaser, svikt på både irinotekan och Oxaliplatin</p> <p><i>Palliativ behandling i tredje linjen med kombinationen irinotekan och EGFR-hämmare</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt till en måttlig till mycket hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.</p> <p>Kommentar: Förlänger totalöverlevnaden jämfört med enbart EGFR-hämmare, men ger fler biverkningar.</p>	6
K132	<p>Tjock- eller ändtarmscancer, lokalrecidiv och/eller metastaser, vilka inte uppvisar mutationer i RAS-generna (KRAS och NRAS) svikt på både 5FU, irinotekan och Oxaliplatin med eller utan bevacizumab</p> <p><i>Palliativ behandling i tredje linjen med enbart EGFR-hämmare</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt till en måttlig till hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår.</p>	7

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
K133	Tjock- eller ändtarmscancer, lokalrecidiv och/eller metastaser <i>Palliativ behandling med regorafenib</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har mycket stor svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt till en hög till mycket hög kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår. Kommentar: Åtgärden innebär risk för biverkningar.	10
D002	Bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer <i>Parsamtal</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för kvinnor med bröstcancer, gynekologisk cancer eller personer med blandad gastrointestinal cancer.	5
D003	Bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer med sexuell dysfunktion (könsspecifikt) <i>Stöd, samtal eller olika former för rådgivning</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger måttlig effekt. Kommentar: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt för patienter med tjocktarms- eller ändtarmscancer. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån studier med patienter som har bröst- och prostatacancer.	6
D006	Bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer, behov av långtidsuppföljning <i>Uppföljning av kontaktsjuksköterska som ger psykosocialt stöd och råd om symtomlindring</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger stor effekt.	4

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
D007	Bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer, fatigue <i>Råd om fysisk aktivitet i form av aerobicsträning</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden ger liten effekt. Kommentar: Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med tjocktarms- och ändtarmscancer. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för kvinnor med bröstcancer och män med prostatacancer. För mer information om metod för rådgivande samtal om fysisk aktivitet, se Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011.	8
D012	Bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer, strålbehandlad, risk för biverkningar <i>Antioxidanter</i>	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger någon patientnytta. Kommentar: Systemeffekter kan uppstå och försämra läkemedelsbehandlingen.	Ikke-göra
D014	Bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer, rutinmässig cancerbehandling genomförd <i>Mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR)</i>	Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig svårighetsgrad och att åtgärden har liten till måttlig effekt. Kommentar: Åtgärden är en av många behandlingar för stresshantering. Det saknas vetenskapligt underlag för att säga att denna metod är bättre än andra stressreducerande behandlingsmetoder. Det saknas vetenskapligt underlag om effekt av åtgärden specifikt för personer med tjocktarms- och ändtarmscancer. Socialstyrelsen har därför bedömt åtgärdens effekt utifrån det vetenskapliga underlaget för kvinnor med bröstcancer och män med prostatacancer.	9

Rad	Tillstånd och åtgärd	Motivering till rekommendation	Rekommendation
D026	<p>Bröst-, prostata-, tjocktarms- eller ändtarmscancer</p> <p><i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) för att identifiera behandlingskrävande ångest och depression</i></p>	<p>Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har måttlig till stor svårighetsgrad och att åtgärden har liten till måttlig effekt.</p> <p>Kommentar: Åtgärden kan användas för att identifiera behandlingskrävande ångest och depression.</p>	9

Bilaga 2. Förteckning över externa bilagor

Till riktlinjerna hör ett antal externa bilagor:

- Tillstånds- och åtgärdslistor (fullständig)
- Vetenskapligt underlag
- Hälsoekonomiskt underlag
- Indikatorer för god vård
- Målnivåer – appendix
- Metodbeskrivning
- Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer

Samtliga bilagor finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjer.