



SUNDHEDSSTYRELSEN

NKR Nationale Kliniske  
Retningslinjer

# NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR REHABILITERING AF PATIENTER MED PRO- STATAKRÆFT

## **National klinisk retningslinje for rehabilitering af patienter med prostatakraft**

© Sundhedsstyrelsen, 2016. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: Høringsversion

Versionsdato: 17.05.2016

Format: PDF

HØRINGSVERSION

# Indhold

<b>0</b>	<b>Indledning</b>	<b>7</b>
0.1	Formål	7
0.2	Afgrænsning af patientgruppe	7
0.3	Målgruppe/brugere	7
0.4	Emneafgrænsning	7
0.5	Patientperspektivet	8
0.6	Juridiske forhold	8
<b>1</b>	<b>Systematisk vurdering for depression</b>	<b>10</b>
1.1	Fokuseret spørgsmål 1	10
1.2	Anbefaling	10
1.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	10
1.4	Baggrund for valg af spørgsmål	10
1.5	Litteratur	10
1.6	Arbejdsgruppens overvejelser	10
1.7	Rationale for anbefaling	11
<b>2</b>	<b>Træning ved påbegyndelse af kastrationsbaseret behandling</b>	<b>12</b>
2.1	Fokuseret spørgsmål 2	12
2.2	Anbefaling	12
2.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	12
2.4	Baggrund for valg af spørgsmål	12
2.5	Litteratur	12
2.6	Gennemgang af evidensen	12
2.7	Arbejdsgruppens overvejelser	13
2.8	Rationale for anbefaling	13
2.9	Evidensprofil	13
<b>3</b>	<b>Træning under kastrationsbaseret behandling</b>	<b>15</b>
3.1	Fokuseret spørgsmål 3	15
3.2	Anbefaling	15
3.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	15
3.4	Baggrund for valg af spørgsmål	15
3.5	Litteratur	15
3.6	Gennemgang af evidensen	15
3.7	Arbejdsgruppens overvejelser	16
3.8	Rationale for anbefaling	16
3.9	Evidensprofil	16
<b>4</b>	<b>Bækkenbundstræning</b>	<b>19</b>
4.1	Fokuseret spørgsmål 4	19
4.2	Anbefaling	19
4.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	19
4.4	Baggrund for valg af spørgsmål	19
4.5	Litteratur	19
4.6	Gennemgang af evidensen	20
4.7	Arbejdsgruppens overvejelser	20
4.8	Rationale for anbefaling	20
4.9	Evidensprofil	20
<b>5</b>	<b>Sexologisk rådgivning</b>	<b>23</b>
5.1	Fokuseret spørgsmål 5	23
5.2	Anbefaling	23
5.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	23
5.4	Baggrund for valg af spørgsmål	23

5.5	Litteratur	23
5.6	Gennemgang af evidensen	24
5.7	Arbejdsgruppens overvejelser	24
5.8	Rationale for anbefaling	24
5.9	Evidensprofil	24
<b>6</b>	<b>Undersøgelse af kardiovaskulære risikofaktorer</b>	<b>26</b>
6.1	Fokuseret spørgsmål 6	26
6.2	Anbefaling	26
6.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	26
6.4	Baggrund for valg af spørgsmål	26
6.5	Litteratur	26
6.6	Arbejdsgruppens overvejelser	26
6.7	Rationale for anbefaling	27
<b>7</b>	<b>Undersøgelse for knoglestyrke</b>	<b>28</b>
7.1	Fokuseret spørgsmål 7	28
7.2	Anbefaling	28
7.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	28
7.4	Baggrund for valg af spørgsmål	28
7.5	Litteratur	28
7.6	Arbejdsgruppens overvejelser	28
7.7	Rationale for anbefaling	29
7.8	Evidensprofil	29
<b>8</b>	<b>Gruppe- eller individbaseret rehabilitering</b>	<b>31</b>
8.1	Fokuseret spørgsmål 8	31
8.2	Anbefaling	31
8.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	31
8.4	Baggrund for valg af spørgsmål	31
8.5	Litteratur	31
8.6	Arbejdsgruppens overvejelser	31
8.7	Rationale for anbefaling	32
<b>9</b>	<b>Referenceliste</b>	<b>33</b>
<b>10</b>	<b>Bilag</b>	<b>37</b>
	<b>Bilag 1: Baggrund</b>	<b>38</b>
	<b>Bilag 2: Implementering</b>	<b>39</b>
	<b>Bilag 3: Monitorering</b>	<b>41</b>
	<b>Bilag 4: Opdatering og videre forskning</b>	<b>42</b>
	<b>Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode</b>	<b>43</b>
	<b>Bilag 6: Fokuserede spørgsmål</b>	<b>44</b>
	<b>Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer</b>	<b>45</b>
	<b>Bilag 8: Søgebeskrivelse og evidensvurderinger</b>	<b>48</b>
	<b>Bilag 9: Arbejdsgruppen og referencegruppen</b>	<b>49</b>
	<b>Bilag 10: Forkortelser og begreber</b>	<b>51</b>

## EVIDENSENS KVALITET – DE FIRE NIVEAUER

Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baserer sig på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). For yderligere beskrivelse se bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer.

### Høj (⊕⊕⊕⊕)

Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.

### Moderat (⊕⊕⊕○)

Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.

### Lav (⊕⊕○○)

Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

### Meget lav (⊕○○○)

Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

## ANBEFALINGENS STYRKE

### Stærk anbefaling for ↑↑

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling for, når de samlede fordele ved interventionen vurderes at være klart større end ulemperne.

### Svag/betinget anbefaling for ↑

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling for interventionen, når vi vurderer, at fordelene ved interventionen er større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved interventionen, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende. Anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

### Svag/betinget anbefaling imod ↓

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når vi vurderer, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Vi anvender også denne anbefaling, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre. Anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

### Stærk anbefaling imod ↓↓

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling imod, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene. Vi vil også anvende en stærk anbefaling imod, når gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

### God praksis ✓

God praksis, som bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. En anbefaling om god praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens. Derfor er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de er stærke eller svage.

## Centrale budskaber

✓ Det er god praksis at vurdere alle patienter med prostatakraft for depression mindst en gang årligt.

↑ Overvej at tilbyde moderat til intensiv, superviseret træning til patienter, der påbegynder kastrationsbaseret behandling (⊕○○○).

↑ Overvej at tilbyde moderat til intensiv, superviseret træning til patienter, der er i kastrationsbaseret behandling (⊕○○○).

↑ Overvej at tilbyde superviseret bækkenbundstræning frem for udlevering af instruktionsmateriale eller ingen bækkenbundstræning til mænd, som efter prostatektomi for prostatakraft er inkontinente (⊕○○○).

↑ Overvej at tilbyde mænd, der er prostatektomerede, sexologisk rådgivning (⊕○○○).

✓ Det er god praksis at overveje, om øvrige patienter med prostatakraft bør tilbydes sexologisk rådgivning.

✓ Det er god praksis at overveje at tilbyde patienter med prostatakraft, der er i kastrationsbehandling, regelmæssig undersøgelse for kardiovaskulære risikofaktorer.

↑ Overvej at tilbyde patienter med prostatakraft, der påbegynder kastrationsbaseret behandling, undersøgelse for knoglemineraltæthed.

✓ Det er god praksis at overveje, om patienter med prostatakraft skal tilbydes individuel eller gruppebaseret rehabilitering.

# 0 Indledning

## 0.1 Formål

Formålet med de nationale kliniske retningslinjer er at sikre en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet, medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og videnudveksling på tværs af sektorer og faggrupper samt prioritering i sundhedsvæsenet.

Det er forventningen, at denne retningslinje vil føre til et mere ensartet og evidensbaseret rehabiliteringstilbud til patienter med prostatakraft på inden for de dele af patientforløbet, som denne NKR belyser.

## 0.2 Afgrænsning af patientgruppe

Denne nationale kliniske retningslinje omhandler patienter med prostatakraft, som efter en faglig vurdering bør tilbydes rehabilitering i forbindelse med nyopstået prostatakraft eller tilbagefald af tidligere prostatakraft og behandling heraf. Den nationale kliniske retningslinje afgrænser sig således fra selve behandlingen af prostatakraft samt terminalpleje og -behandling. Retningslinjen omfatter dels symptom- og sygdomsspecifikke indsatser og mere generelle sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser ved kræftsygdom.

## 0.3 Målgruppe/brugere

Den nationale kliniske retningslinje for rehabilitering til patienter med prostatakraft retter sig primært mod sundhedspersoner der diagnosticerer, ordinerer genoptræning, varetager pleje- og omsorg, samt planlægger og udfører specifikke rehabiliterende indsatser rettet mod prostatakraft og bivirkningerne af den tilhørende behandling.

Sekundært henvender retningslinjen sig til interesseorganisationer og beslutningstagere på nationalt, regionalt og kommunalt niveau, samt til patienter med prostatakraft.

## 0.4 Emneafgrænsning

Denne nationale kliniske retningslinje indeholder handlingsanvisninger for udvalgte og velafgrænsede kliniske problemstillinger ('punktnedslag i patientforløbet'). Disse problemstillinger er prioriteret af den faglige arbejdsgruppe som de områder, hvor det er vigtigst at få afklaret evidensen. Denne nationale kliniske retningslinje beskæftiger sig således med udvalgte dele af undersøgelses- og rehabiliteringsindsatser. Metodisk bygger den på systematiske litteratursøgninger samt en standardiseret kvalitetsvurdering og efterfølgende sammenfatning af evidensen.

Arbejdsgruppen antager, at patienter med prostatakraft i alle tilfælde tilbydes en standard behandling, der som minimum omfatter information om sygdommen, sygdommens forløb, prognose og rådgivning om rehabilitering samt den nødvendige medicinske eller kirurgiske behandling.

Retningslinjen fokuserer ikke på selve behandlingen af prostatakraft eller terminalpleje

og -behandling.

De valgte interventioner omhandler undersøgelse for depression, moderat til intensiv styrke- eller konditionstræning, bækkenbundstræning, sexologisk rådgivning, undersøgelse for kardiovaskulære risikofaktorer, undersøgelse for knoglemineraltæthed og individuel eller gruppebaseret rehabilitering.

Der er ved kortlægning af evidensen for de fokuserede spørgsmål primært søgt efter randomiserede studier, hvor interventionen bliver givet som tillæg til anden behandling, her kaldet vanlig behandling, idet det vurderes, at alle patienter vil modtage en form for rådgivning om de inkluderede interventioner.

Denne vanlige behandling er defineret som den behandling, der sammenlignes med i studierne, og som den undersøgte intervention er givet i tillæg til. Vanlig behandling er dermed ikke nøje defineret på forhånd. Arbejdsgruppen valgte denne strategi for at inddrage al den publicerede information, der kunne findes. Sundhedsstyrelsen har således forsøgt at inddrage evidens, som kunne fortælle om yderligere effekt i forhold til den behandling, der blev sammenlignet med. Hvis sådanne studier ikke fandtes, accepteredes studier med andre design og tilliden til evidensen blev nedgraderet.

I denne nationale kliniske retningslinje er der ikke stillet spørgsmål til diagnostiske procedurer, da undersøgelse af depression, kardiovaskulære risikofaktorer og knogletab undersøges som interventioner.

## 0.5 Patientperspektivet

Det er vigtigt, at patientens værdier og præferencer løbende inddrages i patientforløbet.

I denne retningslinje er patientperspektivet repræsenteret via relevante patientforeninger Prostatakræftforeningen, PROPA og Kræftens Bekæmpelse, som har udpeget medlemmer i den nedsatte referencegruppe. Derudover har alle interesserede organisationer og foreninger haft mulighed for at afgive høringssvar til udkastet til den færdige retningslinje. Se medlemmerne af referencegruppen i bilag 9.

## 0.6 Juridiske forhold

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede udsagn med inddragelse af relevant sagkundskab.

Nationale kliniske retningslinjer kan bruges af fagpersoner, når de skal træffe beslutninger om passende og god klinisk sundhedsfaglig ydelse i specifikke situationer. De nationale kliniske retningslinjer er offentligt tilgængelige, og patienter kan også orientere sig i retningslinjerne.

Nationale kliniske retningslinjer klassificeres som faglig rådgivning, hvilket indebærer, at Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge retningslinjerne. De nationale kliniske retningslinjer er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i



den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse.

Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, såfremt den passer bedre til patientens situation.

HØRINGSVERSION

# 1 Systematisk vurdering for depression

## 1.1 Fokuseret spørgsmål 1

Bør alle patienter med prostatakræft tilbydes systematisk vurdering for depression fremfor vanlig praksis?

## 1.2 Anbefaling

✓ Det er god praksis at vurdere alle patienter med prostatakræft for depression mindst én gang årligt.

## 1.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Det har til formålet ikke været muligt at finde evidens for at anbefale en specifik systematik til at vurdere depression med.

Ved mødet med patienter med prostatakræft er det vigtigt at være opmærksom på, om patienter udviser depressive symptomer.

## 1.4 Baggrund for valg af spørgsmål

At blive diagnosticeret med prostatakræft kan være psykisk hårdt (1), da patienten både skal forholde sig til uvisheden omkring sygdommens forløb og efterfølgende potentielt gennemgå omfattende behandlinger med kirurgi, strålebehandling, hormonbehandling og/eller kemoterapi (2). Dette kan føre til nedsat livskvalitet (3) og bivirkninger, der begrænser daglige aktiviteter. Forekomsten af svær depression blandt de diagnosticerede er således 8% (4). For at kunne opspore og tilbyde relevant behandling til de patienter, der udvikler en depression ønsker arbejdsgruppen at undersøge, om alle patienter med prostatakræft bør tilbydes en systematisk vurdering af depression med et valideret screeningsværktøj fremfor vanlig praksis.

## 1.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af en systematisk oversigtsartikel (5), som ikke fandt studier, der kunne svare på det fokuserede spørgsmål. Der blev foretaget en opdateret søgning, hvor der heller ikke blev fundet studier, der kunne inkluderes. Detaljerede resultater af litteratursøgningerne fremgår af bilag 8. Arbejdsgruppen kunne på grund af manglende evidens på området ikke udarbejde en evidensbaseret anbefaling, men formulerede i stedet formulerede en god praksis anbefaling baseret på klinisk erfaring.

## 1.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens på området.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Mulig tidligere diagnostik skal opvejes imod mulig tids- og følelsesmæssigbe-

	lastning for patienten.
<b>Patientpræferencer</b>	Flertallet vil sige ja til at blive spurgt om symptomer på depression, nogen vil finde det for tidskrævende og nogle vil måske finde spørgsmålene belastende.

## 1.7 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at det er vigtigt at være opmærksom på, om patienter udviser depressive symptomer. Grundet manglende studier er der for nuværende ikke evidens for, at en mere systematisk screening med validerede screenings-værktøjer vil give en bedre effekt end vanlig praksis. Anbefalingen er en god praksis anbefaling baseret på konsensus i arbejdsgruppen.

HØRINGSVERSION

## 2 Træning ved påbegyndelse af kastrationsbaseret behandling

### 2.1 Fokuseret spørgsmål 2

Bør patienter med prostatakræft, der påbegynder kastrationsbaseret behandling, tilbydes moderat til intensiv superviseret træning fremfor vanlig aktivitet?

### 2.2 anbefaling

**↑ Overvej at tilbyde moderat til intensiv superviseret træning til patienter, der påbegynder kastrationsbaseret behandling (⊕○○○).**

### 2.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Arbejdsgruppen vurderer, at der vil være behov for at tilpasse træningen individuelt efter patientens funktionsniveau, ressourcer, sygdomsgrad og præferencer. Nogle patienter vil skulle motiveres for træning.

### 2.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Kastrationsbaseret behandling er vigtig i behandlingen af prostatakræft (3). Behandlingen har negative konsekvenser i form af reduceret muskelmasse, større frakturrisiko, forøgelse af fedtvæv og kan samtidig påvirke den enkelte patients livskvalitet i negativ retning (6,7). Da bivirkninger er særligt markante i de første seks måneder, ønsker arbejdsgruppen med et fokuseret spørgsmål at afdække, hvorvidt moderat til intensiv superviseret træning kan mindske bivirkningerne og forbedre livskvaliteten.

### 2.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er et systematisk review (8), hvorfra der er brugt et randomiseret studie (9). Der blev foretaget en opdaterende søgning på det systematiske reviews søgning, hvor der ikke blev fundet yderligere studier. Evidensgrundlaget er således et randomiseret studie. Flowcharts findes på høringsportalen.

### 2.6 Gennemgang af evidensen

Det inkluderede studie er et randomiseret studie med 63 patienter. Træningen var organiseret i grupper af 8-10 personer. Interventionen bestod af to ugentlige træningspas à 60 minutters varighed. Træningen bestod af opvarmning, konditions- og styrketræning. Konditionstræningen bestod af 20-30 minutters træning på 75-80% af den estimerede maksimale puls. Styrketræningen bestod af 8 øvelser med 1-4 sæt per øvelse. Træningsfokus var på kroppens store muskelgrupper med en intensitet på 60-85 % af 1 Repetition Maximum (1RM). Træningsintensiteten blev løbende justeret. Alle deltagere i studiet påbegyndte kastrationsbaseret behandling ved indgang i studiet (9).

Det er forventeligt, at effekter af træning akkumuleres efter længere tids træning. De fundende effekter på de kritiske outcomes livskvalitet målt på mentale parametre og dagligdags aktivitet (ADL) ved moderat til intensiv superviseret træning anses ikke som klinisk relevante efter 12 ugers træning, men det kan forventes, at effekten akkumuleret over tid vil blive klinisk relevant. Der blev ikke fundet effekt vedrørende det kritiske outcome livskvalitet målt på fysiske parametre. Kvaliteten af evidensen for de kritiske outcomes var samlet set meget lav, da studiet har alvorlig risiko for bias og upræcise effektestimater. Der blev fundet effekt på depressionsscore og muskelstyrke, men ingen effekt på de vigtige outcomes hjerte-kar sygdom, diabetes, frakturer og iltoptagelse.

## 2.7 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	<p>Der vil muligvis ses en forbedring af livskvalitet målt på mentale parametre, muskelstyrke og færre depressive symptomer hos patienterne.</p> <p>Der er tilsyneladende ingen skadelige virkninger af interventionen.</p>
<b>Patientpræferencer</b>	<p>Interventionen er formodentlig præferencefølsom.</p> <p>Patienter med træningserfaring vil sandsynligvis have lettere ved at påbegynde træning.</p>

## 2.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at moderat til intensiv superviseret træning muligvis har effekt på mental livskvalitet, depression og muskelstyrke for patienter med prostatakræft, der opstarter kastrationsbaseret behandling. Der var ingen rapporterede skadevirkninger, og der er en forventning om, at de fleste patienter med prostatakræft vil tage imod tilbuddet om træningen. Kvaliteten af evidensen var meget lav.

## 2.9 Evidensprofil

Træning sammenlignet med vanlig behandling for patienter med prostatakræft, der påbegynder kastrationsbaseret behandling							
Population: Patienter med prostatakræft, der påbegynder kastrationsbaseret behandling							
Intervention: Superviseret træning							
Sammenligning: Vanlig behandling							
Outcomes (Tidsramme)	Absolut effekt (95% KI)			Relativ effekt 95% KI	Antal deltagere (studier), follow-up	Evidensniveau (GRADE)	Kommentarer
	Vanlig behandling	Træning	Forskel med Træning				
Frafald (Drop out) (End of treat-	226 per 1000	32 per 1000 (4 til	194 færre per 1000	0,14 (0,02 til	63 deltagere (1 stu-	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ Lav	På grund af alvorlig upræcist effektestimat.

<i>ment)</i>	239)	(221 fær- re - 14 flere)	1,06)	die)	på grund af al- vorlig risiko for bias
<b>Diabetes</b> (Diabetes) <i>(Længste op- følgning)</i>					Outcome ikke rapporteret
<b>Hjertekar- sygdomme</b> (Cardiovascular diseases) <i>(Længste op- følgning)</i>					Outcome ikke rapporteret
<b>Frakturer</b> (Fractures) <i>(Længste op- følgning)</i>					Outcome ikke rapporteret
<b>Livskvalitet</b> <b>Mental score</b> (QoL mental score) <i>(3 måneder)</i> <i>Højere=bedre</i>	Gennemsnit 51,8	MD 4,2 højere (8,22 hø- jere til 0,18 hø- jere)	63 delta- gere (1 studie)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ Meget lav	På grund af al- vorlig risiko for bias og meget alvorlig upræ- cist effektesti- mat.
<b>Livskvalitet</b> <b>Fysisk score</b> (QoL physical score) <i>(3 måneder)</i> <i>Højere=bedre</i>	Gennemsnit 53,1	MD 1,6 lavere (2,1 hø- jere til 5,3 lave- re)	63 delta- gere (1 studie)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ Meget lav	På grund af al- vorlig risiko for bias og meget alvorlig upræ- cist effektesti- mat.
<b>Deltagelse i hverdagsliv</b> (ADL) <i>(3 måneder)</i> <i>lavere=bedre</i>	Gennemsnit 11,1	MD 0,6 lavere (1,64 la- vere til 0,44 la- vere)	63 delta- gere (1 studie)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ Lav	På grund af al- vorlig risiko for bias og alvorlig upræcist effek- t estimat.
<b>Depression</b> (Depression) <i>(Længste op- følgning)</i> <i>lavere=bedre</i>		MD 1,5 lavere (3,24 la- vere til 0,24 la- vere)	63 delta- gere (1 studie)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ Lav	På grund af al- vorlig risiko for bias og alvorlig upræcist effek- t estimat.
<b>Muskelstyrke</b> (Muscle strength) <i>(3 måneder)</i> <i>Højere=bedre</i>	Gennemsnit 141,7	MD 16,2 højere (34,84 højere 2,44 la- vere)	63 delta- gere (1 studie)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ Lav	På grund af al- vorlig risiko for bias og alvorlig upræcist effek- t estimat.
<b>Iltoptagelse</b> (VO2 peak) <i>(3 måneder)</i> <i>Højere=bedre</i>	Gennemsnit 22,7	MD 0,0 (1,83 la- vere til 1,83 hø- jere)	63 delta- gere (1 studie)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ Lav	På grund af al- vorlig risiko for bias og alvorlig upræcist effek- t estimat.
*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt i kontrolgruppen. KI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel.					
<b>GRADE evidensniveauer:</b> Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt. Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes. Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt. Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.					

## 3 Træning under kastrationsbaseret behandling

### 3.1 Fokuseret spørgsmål 3

Bør patienter med prostatakræft, der har været i kastrationsbaseret behandling i mindst seks måneder, tilbydes moderat til intensiv superviseret træning?

### 3.2 anbefaling

↑ Overvej at tilbyde moderat til intensiv superviseret træning til patienter, der er i kastrationsbaseret behandling og har været i denne behandling i 6 måneder (⊕○○○).

### 3.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Arbejdsgruppen vurderer, at der vil være behov for at tilpasse træningen individuelt efter patientens funktionsniveau, ressourcer, sygdomsgrad og præferencer. Nogle patienter vil skulle motiveres til træning.

### 3.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Kastrationsbaseret behandling er vigtig i behandlingen af prostatakræft. Behandlingen sænker niveauet af det mandlige kønshormon, testosteron, markant hvilket har negative konsekvenser blandt andet i form af reduceret muskelmasse, større frakturrisiko og forøgelse af fedtvæv og kan samtidig påvirke den enkelte patients livskvalitet i negativ retning (3). Moderat til intensiv træning har hos raske ældre vist sig at kunne forbedre netop muskelmasse, knoglestyrke og reducere mængden af fedtvæv (10,11). Grundet dette ønsker arbejdsgruppen med et fokuseret spørgsmål at afdække, hvorvidt moderat til intensiv superviseret træning kan mindske bivirkningerne og forbedre livkvaliteten, når patienterne har været i behandlingen i minimum seks måneder.

### 3.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er et systematisk review (8), hvorfra der blev brugt fire randomiserede studier (12–15). Der blev foretaget en opdaterende søgning, hvor der blev fundet et yderligere studie (16). Flowcharts findes på høringsportalen.

### 3.6 Gennemgang af evidensen

De inkluderede studier var randomiserede studier. Interventionen bestod af moderat til intensiv superviseret træning (styrketræning af hele kroppen, ved min. 60% af 1RM og/eller superviseret konditionstræning ved min. 60% af den maksimale iltoptagelse), minimum to gange ugentligt i to måneder. Tre af studierne var kombineret konditions- og styrketræning og det ene var idrætsudfoldelse, hvor træningens niveau foregik på over 60% af den maksimale iltoptagelse. Studierne inkluderede patienter med prostatakræft, der havde

været i kastrationsbaseret behandling i mindst 6 måneder. Der blev fundet en mulig klinisk relevant effekt på de kritiske outcomes, livskvalitet og ADL-funktion, til fordel for moderat til intensiv, superviseret træning. Kvaliteten af evidensen for de kritiske outcomes er samlet set lav, da der er alvorlig risiko for bias i studierne og effektestimaterne er upræcise. Der sås effekt på iltoptagelse, men ingen effekt på muskelstyrke, som begge var vigtige outcomes.

### 3.7 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Kvaliteten af evidensen er lav.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	<p>Træning medfører sandsynligvis nogen forbedring af livskvalitet og ADL-funktion. Træning medfører bedret iltoptagelse.</p> <p>Der forventes ingen skadelige virkninger af interventionen.</p>
<b>Patientpræferencer</b>	<p>Interventionen er formodentlig præferencefølsom.</p> <p>Patienter med træningserfaring vil sandsynligvis have lettere ved at påbegynde træning. Det forventes at de fleste patienter vil tage imod tilbuddet om træning.</p>

### 3.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at moderat til intensiv superviseret træning sandsynligvis medfører nogen forbedring af livskvalitet og ADL-funktion og samtidig medfører forbedret iltoptagelse. Der var ingen rapporterede skadevirkninger, og der var en forventning om, at de fleste patienter med prostatakræft vil tage imod tilbuddet om træning. Kvaliteten af evidensen var lav.

### 3.9 Evidensprofil

Træning sammenlignet med vanlig behandling for patienter med prostatakrcft der har vcret i kastrationsbaseret behandling i mindst 6 mcneder							
Population: Patienter med prostatakrcft der har vcret i kastrationsbaseret behandling i mindst 6 mcneder							
Intervention: Superviseret træning							
Sammenligning: Vanlig behandling							
Outcomes (Tidsramme)	Absolut effekt (95% KI)			Relativ Effekt 95%	Antal deltagere (studier), fol-	Evidensniveau (GRADE)	Kommentarer
	Vanlig behandling	Træning	Forskel med Træ-				



			ning	KI	low-up		
<b>Hjertekar-sygdomme</b> (Cardiovascular diseases) <i>(Længste op-følgning)</i>							Outcome ikke rapporteret.
<b>Diabetes</b> (Diabetes) <i>(Længste op-følgning)</i>							Outcome ikke rapporteret.
<b>Frakturer</b> (Fractures) <i>(Længste op-følgning)</i>							Outcome ikke rapporteret.
<b>Frafald (Drop out) (End of treatment)</b>	139 per 1000	114 per 1000 (69 til 190)	25 færre per 1000 (70 færre til 51 flere)	0,82 (0,5 to 1,37)	427 deltagere (5 studier)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ Moderat	På grund af alvorlig risiko for bias.
<b>Livskvalitet - Total score (Qol total score) (3 måneder) Lavere=bedre</b>			SMD 0,26 lavere (0,54 lavere til 0,02 højere)		277 deltagere (3 studier)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ Moderat	På grund af alvorlig risiko for bias.
<b>Livskvalitet Fysisk score (QoL physical score) (3 måneder) Højere=bedre</b>	Gennemsnit 44,8		MD 4,4 (8,99 højere til 0,19 højere)		56 deltagere (1 studie)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ Lav	På grund af alvorlig risiko for bias og på grund af alvorlig upræcist effekt-estimat.
<b>Livskvalitet Mental score (QoL mental score) (3 måneder) Højere=bedre</b>	Gennemsnit 50,2		MD 1,0 (6,73 højere til 4,73 lavere)		56 deltagere (1 studie)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ Lav	På grund af alvorlig risiko for bias og på grund af alvorlig upræcist effekt-estimat.
<b>Deltagelse i hverdagsliv (ADL) (3 måneder) Lavere=bedre</b>			SMD 0,31 lavere (0,75 lavere til 0,14 højere)		160 deltagere (3 studier)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ Lav	På grund af meget alvorlig risiko for bias og på grund af alvorlig upræcist effekt-estimat og på grund af alvorlig risiko for bias.
<b>Muskelstyrke (Muscle strength) (3 måneder) Lavere=bedre</b>			SMD 0,50 lavere (1,20 lavere til 0,21 højere)		161 deltagere (3 studier)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ Lav	På grund af meget alvorlig risiko for bias og på grund af alvorlig upræcist effekt-estimat og på grund af alvorlig risiko

				for bias.
<b>Iltoptagelse</b> (VO2 peak) (3 måneder) <i>Lavere=bedre</i>	SMD 0,54 la- vere (0,83 lavere til 0,25 lavere)	188 del- tagere (3 studi- er)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ Moderat	på grund af alvorlig risiko for bias.
<b>Depression</b> (Depression) (Længste op- følgning)				Outcome ikke rapporteret.
*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt i kontrolgruppen. KI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel.				
<b>GRADE evidensniveauer:</b> <b>Høj:</b> Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt. <b>Moderat:</b> Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes. <b>Lav:</b> Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt. <b>Meget lav:</b> Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.				

## 4 Bækkenbundstræning

### 4.1 Fokuseret spørgsmål 4

Bør mænd, som efter prostatektomi for prostatakræft er inkontinente, tilbydes bækkenbundstræning?

### 4.2 anbefaling

↑ Overvej at tilbyde superviseret bækkenbundstræning frem for udlevering af instruktionsmateriale eller ingen bækkenbundstræning til mænd, som efter prostatektomi for prostatakræft er inkontinente (⊕○○○).

### 4.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Superviseret bækkenbundstræning kan foregå som individuel træning eller holdtræning ved fagperson med relevante kompetencer (eksempelvis fysioterapeut, praktiserende læge eller sygeplejerske).

Træningen bør som minimum indeholde individuel vurdering med palpation og vurdering af knibefunktionen, samt instruktion i udførelse af øvelser. Samlet træningstid bør være op til et år. Patienter, der ikke opnår forbedring, bør henvises til videre udredning.

Træningen bør tilrettelægges ud fra almindelige fysiologiske træningsprincipper. Kontinuerlig instruktion, vejledning og progression i træningen tilrettelægges, så både muskelstyrke, statisk og dynamisk udholdenhed samt koordination tilgodeses.

### 4.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Mænd, der får bortopereret deres prostata, er i risiko for at blive inkontinente (17). Bækkenbundstræning er en enkel og ikke skadelig behandlingsform ved inkontinens. Bækkenbundstræning udføres ved, at man systematisk og gentagne gange udfører specifikke knibeøvelser med det formål at øge bækkenbundsmuskulaturens styrke og parathed (18). Muskulaturen omkring urinrøret indvirker på evnen til at kontrollere vandladningen (19). Der er forskellige øvelses- og træningstilgange til bækkenbundstræning, og disse varierer i intensitet, træningshyppighed og varighed (18).

Formålet med det fokuserede spørgsmål er at undersøge, om bækkenbundstræning med forudgående vurdering af knibefunktion og instruktion i øvelser har større effekt end vanlig behandling, som er defineret ved blot udlevering af folder og kort information om bækkenbundstræning eller ingen information.

### 4.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er et systematisk review (20), hvorfra der blev brugt 10 randomiserede studier (21–30). Ved en opdateret søgning på det systematiske reviews søgning, blev der ikke fundet yderligere studier. Flowcharts findes på høringsportalen.

## 4.6 Gennemgang af evidensen

De inkluderede studier var randomiserede studier. Interventionen bestod af bækkenbunds-  
træning i minimum otte uger med forudgående vurdering af knibefunktionen og instrukti-  
on i øvelser. Sammenligningerne var kort instruktion i bækkenbundsanatomi og knibe-  
teknik og udlevering af materiale eller ingen intervention. Populationen var mænd, som  
grundet prostatakræft havde gennemgået prostatektomi og var inkontinente. Der blev  
fundet klinisk relevant effekt på det kritiske outcome, antal inkontinente til fordel for de  
patienter, der modtog bækkenbundstræning. Der blev ikke fundet evidens vedrørende de  
kritiske outcomes, livskvalitet og inkontinensrelateret livskvalitet.

Kvaliteten af evidensen for de kritiske outcomes var samlet set meget lav grundet risiko  
for bias og inkonsistente resultater. Der blev ikke fundet resultater på de vigtige out-  
comes: seksuel relateret livskvalitet, tilfredshed med seksuel funktion, deltagelse i hver-  
dagsliv samt søvnmængde, eftersom ingen af de inkluderede studier havde undersøgt dis-  
se.

## 4.7 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
<b>Balancen mellem gavnlige og skade- lige effekter</b>	Bækkenbundstræning hjælper muligvis flere patienter til at blive kontinente.  Der er umiddelbart ingen skadelige virkninger af bækkenbundstræning.
<b>Patientpræferencer</b>	De fleste patienter, der er inkontinente, vil formodentlig tage imod interventio- nen.

## 4.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at bækkenbundstræning havde ef-  
fekt på antal inkontinente. Der var ingen rapporterede skadevirkninger, og der var en for-  
ventning om, at de fleste mænd som er inkontinente efter prostatektomi for prostatakræft,  
vil tage imod tilbud om bækkenbundstræning. Kvaliteten af evidensen var meget lav.

## 4.9 Evidensprofil

Bækkenbundstræning sammenlignet med vanlig behandling for mænd, som har gennemgået prostatek- tomi for prostatakræft og som er inkontinente					
Population: Mænd som har gennemgået prostatektomi for prostatakræft og som er inkontinente					
Intervention: Bækkenbundstræning					
Sammenligning: Vanlig behandling					
Outcomes	Absolut effekt (95% KI)	Re-	Antal	Evidens-	Kommen-

<i>(Tidsramme)</i>	<b>Vanlig behandl hand- ling</b>	<b>Bækken- bundstræ- ning</b>	<b>Forskel med Bækkenbunds- træning</b>	<b>lativ ef- fekt 95% CI</b>	<b>deltage- re (stu- dier), fol- low- up</b>	<b>niveau (GRADE)</b>	<b>tarer</b>
<b>Antal inkonti- nente (Number with incontinence) (3 måneder)</b>	759 per 1000	569 per 1000 (462 til 690)	190 færre per 1000 (296 færre til 68 færre)	0,75 (0,61 til 0,91)	1281 delta- gere (10 studi- er)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ Meget lav	På grund af alvorlig risiko for bias og på grund af meget al- vorlig in- konsisten- te resulta- ter.
<b>Antal inkonti- nente (Number with incontinence) (12 måneder)</b>	448 per 1000	220 per 1000 (125 til 376)	228 færre per 1000 (323 færre til 72 færre)	0,49 (0,28 til 0,84)	977 delta- gere (6 stu- dier)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ Meget lav	På grund af alvorlig risiko for bias og på grund af meget al- vorlig in- konsisten- te resulta- ter.
<b>Livskvalitet Mental score (QoL mental score) (3 måneder) Højere=bedre</b>	Gen- nemsnit 51,4		MD 1,1 højere (3,69 højere til 1,49 højere)		122 delta- gere (1 stu- dier)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ Meget lav	På grund af alvorlig risiko for bias og på grund af meget al- vorlig upræcist effekt- estimat.
<b>Livskvalitet Mental score (QoL mental score) (12 måneder) Højere=bedre</b>	Gen- nemsnit 53,3		MD 0,7 lavere (1,01 højere til 2,41 lavere)		381 delta- gere (1 stu- die)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ Meget lav	På grund af alvorlig risiko for bias og på grund af meget al- vorlig upræcist effekt- estimat.
<b>Livskvalitet Fysisk score (QoL physical score) (3 måneder) Højere=bedre</b>	Gen- nemsnit 48,7		MD 2,2 højere (3,71 højere til 0,69 lavere)		122 delta- gere (1 stu- die)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ Meget lav	På grund af alvorlig risiko for bias og på grund af meget al- vorlig upræcist effekt- estimat.
<b>Livskvalitet Fysisk score (QoL physical score) (12 måneder) Højere=bedre</b>	Gen- nemsnit 51,2		MD 0,2 højere (1,88 højere til 1,48 lavere)		381 delta- gere (1 stu- die)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ Meget lav	På grund af alvorlig risiko for bias og på grund af meget al- vorlig

				upræcist effekt- estimat.
<b>Inkontinens- relateret livs- kvalitet (in- continence re- lated QoL) (3 måneder) Lavere=bedre</b>	SMD 0,16 lave- re (0,33 lavere til 0,02 højere)	518 delta- gere (2 stu- dier)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ Lav	På grund af alvorlig risiko for bias og på grund af alvorlig upræcist effekt- estimat.
<b>Seksuel rela- teret livskvali- tet (sexual related QoL) (End of treat- ment)</b>				Outcome ikke rapporte- ret.
<b>Tilfredshed med seksuel funktion (satisfaction with sexual function) (Længste op- følgning)</b>				Outcome ikke rapporte- ret.
<b>Deltagelse i hverdagsliv (ADL) (End of treat- ment)</b>				Outcome ikke rapporte- ret.
<b>Søvnmængde (sleep length) (End of treat- ment)</b>				Outcome ikke rapporte- ret.
*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. KI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle (0,2=lille effekt, 0,5 medium effekt, 0,8= stor effekt).				
<b>GRADE evidensniveauer:</b> Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt. Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes. Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt. Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.				

## 5 Sexologisk rådgivning

### 5.1 Fokuseret spørgsmål 5

Bør alle patienter med prostatakraft tilbydes sexologisk rådgivning?

### 5.2 anbefaling

↑ Overvej at tilbyde mænd, der er prostatektomerede sexologisk rådgivning (⊕○○○).

✓ Det er god praksis at overveje, om øvrige patienter med prostatakraft bør tilbydes sexologisk rådgivning.

### 5.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Så vidt muligt bør en eventuel partner inddrages i den sexologiske rådgivning.

Seksuel dysfunktion af ren biologisk årsag vil kunne forsøges behandlet medicinsk som første valg.

### 5.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Patienter med prostatakraft, behandles blandt andet kirurgisk, stråleterapeutisk og/eller medicinsk for deres kræftsygdom (3,31). Disse behandlinger er afgørende for patienternes prognose, men kan bl.a. give gener, som manifesterer sig ved at reducere både den seksuelle funktion og tilfredshed (32). Årsagerne til den seksuelle dysfunktion vil alt efter behandlings karakter være forskellige (33). Såfremt dysfunktionen er af ren biologisk årsag vil medicinsk behandling være førstevalg. For mange er en opstået seksuel dysfunktion dog sjældent af ren biologisk årsag og i de tilfælde, hvor kræftbehandlingen har introduceret varige skader, der umuliggør genskabelse af patientens tidligere seksuelle funktion, er sexologisk rådgivning en mulighed både i tillæg til medicinsk behandling for den seksuelle dysfunktion, men også når medicinsk behandling ikke skønnes indiceret. Arbejdsgruppen finder det derfor relevant at undersøge, om patienter med prostatakraft vil have gavn af seksuel rådgivning.

### 5.5 Litteratur

Efter litteratursøgning blev der kun fundet evidens vedrørende patienter, der havde gennemgået prostatektomi, derfor opdeles anbefalingen i to. En evidensbaseret og en god praksis anbefaling.

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er et systematisk review (34) hvorfra der blev brugt to randomiserede studier (35,36). Ved en opdateret søgning på det systematiske reviews søgning, blev der ikke fundet yderligere studier. Flowcharts findes på høringsportalen.

## 5.6 Gennemgang af evidensen

Interventionen i det ene studie (35) bestod af sexologisk rådgivning i tillæg til medicinsk behandling med Prostaglandin E1, som begge grupper modtog. Det andet inkluderede studie havde en telefonbaseret, sexologisk rådgivning leveret af en sygeplejerske (36). Populationen i begge studier var patienter med prostatakræft, der havde gennemgået prostataktomi. Der blev fundet nogen forbedring af det kritiske outcome, tilfredshed med seksuel funktion, til fordel for de patienter, der modtog sexologisk rådgivning. Der blev ikke fundet evidens vedrørende de kritiske outcomes: livskvalitet og seksuel relateret livskvalitet. Kvaliteten af evidensen for de kritiske outcomes var samlet set meget lav på grund af alvorlig risiko for bias og manglende overførbarehed.

## 5.7 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	Interventionen medfører muligvis nogen forbedring af tilfredshed med seksuel funktion.  Der er umiddelbart ingen skadelige virkninger af interventionen.
<b>Patientpræferencer</b>	Interventionen er præferencefølsom. Et aktivt seksualliv før operationen vil formentlig øge interessen for interventionen.

## 5.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at sexologisk rådgivning muligvis havde nogen effekt på tilfredshed med seksuel funktion. Der var ingen rapporterede skadevirkninger, og der var en forventning om, at de fleste patienter med prostatakræft, som har et aktivt seksualliv før prostataktomi, vil tage imod tilbud om sexologisk rådgivning. Kvaliteten af evidensen var meget lav.

Prostatakræft i sig selv, samt det, at de øvrige behandlingsformer udover prostataktomi kan nedsætte både mænds seksuelle funktion og lyst danner således grundlag for at brede anbefalingen ud til at omfatte alle patienter med prostatakræft.

## 5.9 Evidensprofil

Sexologisk rådgivning sammenlignet med vanlig behandling for patienter med prostatakræft							
Population: <b>Patienter med prostatakræft</b>							
Intervention: <b>Sexologisk rådgivning</b>							
Sammenligning: <b>Vanlig behandling</b>							
Outcomes (Tidsramme)	Absolut effekt (95% KI)			Relativ effekt 95%	Antal del- tagere (studier), fol-	Evidensni- veau (GRADE)	Kommenta- rer
	Vanlig behand- ling	Sexolo- gisk råd- givning	Forskel med Se- xologisk				



	rådgiv- ning	CI	low-up	
Livskvalitet (QoL) (End of treatment)				Outcome ikke rapporteret.
Seksuel relateret livskvalitet (Seksuel relateret QoL) (End of treatment)				Outcome ikke rapporteret.
Tilfredshed med seksuel funktion (satisfaction with sexual function) (End of treatment) Lave-re=bedre	SMD 0,36 lavere (0,72 lavere til 0)		156 deltagere (2 studier)	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ Meget lav På grund af meget alvorlig risiko for bias og på grund af alvorlig manglende overførbarehed.
<p>*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. KI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle (0,2=lille effekt, 0,5 medium effekt, 0,8= stor effekt).</p> <p><b>GRADE evidensniveauer:</b></p> <p>Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.</p> <p>Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.</p> <p>Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.</p> <p>Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.</p>				

## 6 Undersøgelse af kardiovaskulære risikofaktorer

### 6.1 Fokuseret spørgsmål 6

Bør patienter med prostatakraft i kastrationsbaseret behandling tilbydes regelmæssig undersøgelse for kardiovaskulære risikofaktorer?

### 6.2 anbefaling

✓ Det er god praksis at overveje, om patienter med prostatakraft, der er i kastrationsbehandling, skal tilbydes regelmæssig undersøgelse for kardiovaskulære risikofaktorer.

### 6.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Patientens risiko for at udvikle kardiovaskulær sygdom og have symptomer fra en sådan bør indgå i overvejelsen om at gennemføre undersøgelsen.

Undersøgelserne kan med fordel udføres med de blodprøver patienterne allerede i dag afleverer for at monitorere kræftsygdommens udvikling.

### 6.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Kastrationsbaseret behandling er vigtig i behandlingen af prostatakraft (3). Mange patienter med prostatakraft dør dog af andre årsager end kræftsygdommen (37) eksempelvis iskæmisk hjertesygdom. Samtidig har den kastrationsbaserede behandling negative konsekvenser, blandt andet i form af en metabolisk syndromlignende tilstand med bl.a. overvægt og forøgelse af kroppens fedtdepoter (38). På baggrund af dette ønsker arbejdsgruppen at afdække, om regelmæssig undersøgelse for kardiovaskulære risikofaktorer gavner patienterne.

### 6.5 Litteratur

Der blev ikke fundet studier, der kunne inkluderes. Detaljerede resultater af litteratursøgningerne fremgår af flowcharts, som findes på høringsportalen. Den gode praksisanbefaling baserer sig således på erfaringer i arbejdsgruppen.

### 6.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens på området.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Undersøgelserne vil muligvis forebygge af kardiovaskulære sygdomme.
Patientpræferencer	Det vurderes, at flertallet af patienter vil acceptere en undersøgelse.

## 6.7 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at regelmæssige undersøgelser for kardiovaskulære risikofaktorer kan sikre, at patienter med prostatakræft i risiko for metabolisk syndrom, overvægt og forøgelse af kroppens fedtdepoter modtager relevant vejledning i forhold til at forebygge dette samt potentielle sygdomme afledt af de metaboliske ændringer. Det forventes desuden ikke, at undersøgelsen vil lede til yderligere belastning for patienten, da undersøgelserne kan udføres med de blodprøver patienterne allerede i dag afleverer for at monitorere kræftsygdommens udvikling. Der blev ikke fundet brugbar evidens på området. Anbefalingen er derfor en god praksisanbefaling baseret på konsensus i arbejdsgruppen.

HØRINGSVERSION

## 7 Undersøgelse for knoglestyrke

### 7.1 Fokuseret spørgsmål 7

Bør patienter med prostatakræft, der påbegynder kastrationsbaseret behandling, tilbydes undersøgelse for knoglemineraltæthed?

### 7.2 Anbefaling

**↑ Overvej at tilbyde patienter med prostatakræft, der påbegynder kastrationsbaseret behandling, undersøgelse for knoglemineraltæthed.**

### 7.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

DEXA-scanning af hofter og lænd muliggør vurdering af knoglemineraltæthed. Tidspunkt for undersøgelse kan med fordel ligge ved påbegyndelse af kastrationsbaseret behandling og 12-24 måneder efter. I vurderingen af scanningsresultatet skal der tages højde for, hvornår i patientforløbet undersøgelsen er udført.

### 7.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Kastrationsbaseret behandling er vigtig i behandlingen af visse former for prostatakræft (3). Behandlingen har dog negative konsekvenser blandt andet i form af øget frakturrisiko (39) og accelereret tab af knoglemineraltæthed (40), som kan lede til knogleskørhed og hermed øget fraktur risiko. Knogleskørhed defineres ved T-score under eller lig med -2,5 ved en DEXA scanning (41). Arbejdsgruppen ønsker at afdække, om en undersøgelse af knoglemineraltæthed gavner patienternes forløb i forhold til frakturer og knoglemineraltæthed.

### 7.5 Litteratur

Ved den systematiske litteratursøgning blev der ikke fundet randomiserede studier, der kunne besvare det fokuserede spørgsmål. Et observationelt studie har undersøgt effekten af monitorering af knoglemineraltæthed (42). Studiet var en retrospektiv undersøgelse af henholdsvis de patienter, som var blevet undersøgt med DEXA scanning (n=1071) og de patienter, som ikke var blevet undersøgt med DEXA scanning (n=411). Gruppefordelingen var ikke sket ved randomisering, der sikrede, at alle var faktorer fordelt ligeligt imellem grupperne. Studiet analyserer antallet af hoftenære frakturer imellem de to grupper og studiets konklusion falder ud til fordel for gruppen, der blev DEXA scannet. Studier med denne type undersøgelsesdesign kan dog ikke belyse en mulig årsagssammenhæng mellem en given intervention og et udfald hos patienten.

### 7.6 Arbejdsgruppens overvejelser

---

**Kvaliteten af evidensen**

Der er ikke fundet evidens på området.

---

**Balancen mellem gavnlige og skade-**

Undersøgelsen er forbundet med rønt-

---

<b>lige effekter</b>	<p>genstråling. Det vurderes dog at være af en så lille dosis, at det ikke har klinisk betydning.</p> <p>Muligheden for forkert vurdering af risikoen er til stede, da DEXA scanning kan identificere patienter med lav knoglemineraltæthed, som ikke vil få frakturer. Imens er der dog mulighed for at begrænse behandlingstiltag til kun at omfatte de patienter, som er i risiko for frakturer dvs. har en lav t-score.</p>
<b>Patientpræferencer</b>	Det forventes, at flertallet vil sige ja til undersøgelsen, mens nogen vil finde det for tidskrævende.

## 7.7 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at undersøgelse for knoglemineraltæthed kan sikre, at patienter i risiko for knogleskørhed modtager relevant vejledning og behandling. Undersøgelse for knoglemineraltæthed vil desuden medføre, at det kun er de patienter, der er i risiko for knogleskørhed, som vil modtage behandling. Patienter, der ikke er i risiko for knogleskørhed, men stadig har en knoglemineraltæthed under det normale, vil på baggrund af undersøgelsen kunne anbefales livsstilsændrende tiltag såsom rygstop og træning.

## 7.8 Evidensprofil

DEXA undersøgelse sammenlignet med ikke-DEXA undersøgelse for patienter med prostatakræft, der påbegynder kastrationsbaseret behandling							
Population: Patienter med prostatakræft, der påbegynder kastrationsbaseret behandling							
Intervention: DEXA							
Sammenligning: Ingen-DEXA							
Outcomes (Tidsramme)	Absolut effekt (95% KI)			Relativ effekt 95% CI	Antal deltagere (studier), follow-up	Evidensniveau (GRADE)	Kommentarer
	Ingen DEXA undersøgelse	DEXA undersøgelse	Forskel mellem DEXA eller ingen				
<b>Overlevelse</b> (Survival) (Længste opfølgning))							Outcome ikke rapporteret.
<b>Frakturer</b> (Fractures) (Længste opfølgning))	41 per 1000	16 per 1000 (8 til 31)	24 færre per 1000	0,4 (0,2 til 0,78)	1482 deltagere	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ Meget lav	På grund af alvorlig upræcist ef-

opfølgning))	(33 færre - 9 færre)	(1 studie)	fektestimat og på grund af alvorlig manglende overførbarehed.
Livskvalitet (Quality of Life) (End of treatment)			Outcome ikke rapporteret.
*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. KI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, OD: Odds ratio, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle (0,2=lille effekt, 0,5 medium effekt, 0,8= stor effekt).			
<b>GRADE evidensniveauer:</b> Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt. Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes. Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt. Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.			

## 8 Gruppe- eller individbaseret rehabilitering

### 8.1 Fokuseret spørgsmål 8

Bør patienter med prostatakræft tilbydes gruppebaseret fremfor individbaseret rehabilitering?

### 8.2 Anbefaling

✓ **Det er god praksis at overveje, om patienter med prostatakræft skal tilbydes individuel eller gruppebaseret rehabilitering.**

### 8.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

I overvejelserne om organiseringen af rehabiliteringstilbuddet skal indsatsens indhold indgå, samt balancen mellem fordele og ulemper i forhold til at møde andre patienter, som er i lignende situation. Rehabiliteringen bør så vidt muligt kunne tage hensyn til patienternes individuelle præferencer, således at patienter, som ikke ønsker at indgå i grupper også har mulighed for et individuelt rehabiliteringstilbud.

### 8.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Patienter med prostatakræft har forskelligt rehabiliteringsbehov alt efter deres situation og behandling (43). Rehabilitering tilbydes både organiseret i grupper og individuelt (44). Rehabilitering sammen med andre i samme situation som en selv kan give støtte og indsigt i sygdomssituationen. Imidlertid kan rehabilitering sammen med andre muligvis skabe en situation, hvor den enkelte holder igen i forhold til at udtrykke egne behov og endvidere begrænse adgangen til sundhedsprofessionel vejledning. På baggrund af dette ønsker arbejdsgruppen at afdække, om gruppebaseret rehabilitering fremfor individbaseret gavner patienternes rehabiliteringsforløb.

### 8.5 Litteratur

Der blev ikke fundet studier, der kunne inkluderes til at belyse spørgsmålet. Detaljerede resultater af litteratursøgningerne, som det fremgår af flowcharts, der findes på høringsportalen. Den gode praksis anbefaling baserer sig således på erfaringer i arbejdsgruppen

### 8.6 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Der er ikke fundet evidens på området.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	Patienterne vil ved gruppebaserede interventioner kunne have gavn af at udveksle erfaringer med andre i samme situation, som dem selv. Omvendt kan rehabilitering i grupper mindske opmærksomheden på og villigheden til at gøre

	opmærksom på egne behov.
<b>Patientpræferencer</b>	Patienter vil have forskellige præferencer for henholdsvis individuel eller gruppebaseret rehabilitering. Præferencerne kan være forskellige alt efter typen af rehabiliteringsindsatsen

## 8.7 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at det er væsentligt at være opmærksom på patienternes samlede udbytte og præferencer i spørgsmålet om, hvorvidt rehabiliterende indsatser skal tilbydes som gruppe- eller individbaseret. Anbefalingen er en god praksis anbefaling baseret på konsensus i arbejdsgruppen, idet der ikke er fundet evidens.

HØRINGSVERSION



## 9 Referenceliste

1. Korfage IJ, de Koning HJ, Roobol M, Schröder FH, Essink-Bot M-L. Prostate cancer diagnosis: the impact on patients' mental health. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. januar 2006;42(2):165–70.
2. Bourke L. Survivorship and Improving Quality of Life in Men with Prostate Cancer. *Eur Urol*. 2015;
3. Attard G, Parker C, Eeles RA, Schröder F, Tomlins SA, Tannock I, m.fl. Prostate cancer. *Lancet Lond Engl*. 2. januar 2016;387(10013):70–82.
4. Jayadevappa R, Malkowicz SB, Chhatre S, Johnson JC, Gallo JJ. The burden of depression in prostate cancer: Depression and prostate cancer. *Psychooncology*. december 2012;21(12):1338–45.
5. Meijer A, Roseman M, Milette K, Coyne JC, Stefanek ME, Ziegelstein RC, m.fl. Depression screening and patient outcomes in cancer: a systematic review. *PLoS One*. 2011;6(11):e27181.
6. Nguyen PL, Alibhai SMH, Basaria S, D'Amico AV, Kantoff PW, Keating NL, m.fl. Adverse Effects of Androgen Deprivation Therapy and Strategies to Mitigate Them. *Eur Urol*. 2. august 2014;
7. Taylor LG, Canfield SE, Du XL. Review of major adverse effects of androgen-deprivation therapy in men with prostate cancer. *Cancer*. 1. juni 2009;115(11):2388–99.
8. Bourke L, Smith D, Steed L, Hooper R, Carter A, Catto J, m.fl. Exercise for Men with Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol* [Internet]. [hentet 1. december 2015]; Hentet fra: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0302283815010817>
9. Cormie P, Galvão DA, Spry N, Joseph D, Chee R, Taaffe DR, m.fl. Can supervised exercise prevent treatment toxicity in patients with prostate cancer initiating androgen-deprivation therapy: a randomised controlled trial. *BJU Int*. februar 2015;115(2):256–66.
10. Gómez-Cabello A, Ara I, González-Agüero A, Casajús JA, Vicente-Rodríguez G. Effects of training on bone mass in older adults: a systematic review. *Sports Med Auckl NZ*. 1. april 2012;42(4):301–25.
11. Taylor AH, Cable NT, Faulkner G, Hillsdon M, Narici M, Van Der Bij AK. Physical activity and older adults: a review of health benefits and the effectiveness of interventions. *J Sports Sci*. august 2004;22(8):703–25.
12. Bourke L, Gilbert S, Hooper R, Steed LA, Joshi M, Catto JWF, m.fl. Lifestyle changes for improving disease-specific quality of life in sedentary men on long-term androgen-deprivation therapy for advanced prostate cancer: a randomised controlled trial. *Eur Urol*. maj 2014;65(5):865–72.
13. Galvão DA, Taaffe DR, Spry N, Joseph D, Newton RU. Combined resistance and aerobic exercise program reverses muscle loss in men undergoing androgen suppression therapy for prostate cancer without bone metastases: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 10. januar 2010;28(2):340–7.

14. Segal RJ, Reid RD, Courneya KS, Malone SC, Parliament MB, Scott CG, m.fl. Resistance exercise in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 1. maj 2003;21(9):1653–9.
15. Uth J, Hornstrup T, Schmidt JF, Christensen JF, Frandsen C, Christensen KB, m.fl. Football training improves lean body mass in men with prostate cancer undergoing androgen deprivation therapy. *Scand J Med Sci Sports*. august 2014;24 Suppl 1:105–12.
16. Nilsen TS, Raastad T, Skovlund E, Courneya KS, Langberg CW, Lilleby W, m.fl. Effects of strength training on body composition, physical functioning, and quality of life in prostate cancer patients during androgen deprivation therapy. *Acta Oncol Stockh Swed*. november 2015;54(10):1805–13.
17. Sacco E, Prayer-Galetti T, Pinto F, Fracalanza S, Betto G, Pagano F, m.fl. Urinary incontinence after radical prostatectomy: incidence by definition, risk factors and temporal trend in a large series with a long-term follow-up. *BJU Int*. juni 2006;97(6):1234–41.
18. Johnson VY. How the principles of exercise physiology influence pelvic floor muscle training. *J Wound Ostomy Cont Nurs Off Publ Wound Ostomy Cont Nurses Soc WOCN*. maj 2001;28(3):150–5.
19. Ficazzola MA, Nitti VW. The etiology of post-radical prostatectomy incontinence and correlation of symptoms with urodynamic findings. *J Urol*. oktober 1998;160(4):1317–20.
20. Anderson CA, Omar MI, Campbell SE, Hunter KF, Cody JD, Glazener CMA. Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;1:CD001843.
21. Dubbelman Y, Groen J, Wildhagen M, Rikken B, Bosch R. The recovery of urinary continence after radical retropubic prostatectomy: a randomized trial comparing the effect of physiotherapist-guided pelvic floor muscle exercises with guidance by an instruction folder only. *BJU Int*. august 2010;106(4):515–22.
22. Filocamo MT, Li Marzi V, Del Popolo G, Cecconi F, Marzocco M, Tosto A, m.fl. Effectiveness of early pelvic floor rehabilitation treatment for post-prostatectomy incontinence. *Eur Urol*. november 2005;48(5):734–8.
23. Franke JJ, Gilbert WB, Grier J, Koch MO, Shyr Y, Smith JA. Early post-prostatectomy pelvic floor biofeedback. *J Urol*. januar 2000;163(1):191–3.
24. Glazener C, Boachie C, Buckley B, Cochran C, Dorey G, Grant A, m.fl. Conservative treatment for urinary incontinence in Men After Prostate Surgery (MAPS): two parallel randomised controlled trials. *Health Technol Assess Winch Engl*. juni 2011;15(24):1–290, iii–iv.
25. Goode PS, Burgio KL, Johnson TM, Clay OJ, Roth DL, Markland AD, m.fl. Behavioral therapy with or without biofeedback and pelvic floor electrical stimulation for persistent postprostatectomy incontinence: a randomized controlled trial. *JAMA*. 12. januar 2011;305(2):151–9.
26. Manassero F, Traversi C, Ales V, Pistolesi D, Panicucci E, Valent F, m.fl. Contribution of early intensive prolonged pelvic floor exercises on urinary continence recovery.

ery after bladder neck-sparing radical prostatectomy: results of a prospective controlled randomized trial. *Neurourol Urodyn.* 2007;26(7):985–9.

27. Moore KN, Griffiths D, Hughton A. Urinary incontinence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial comparing pelvic muscle exercises with or without electrical stimulation. *BJU Int.* januar 1999;83(1):57–65.

28. Overgård M, Angelsen A, Lydersen S, Mørkved S. Does physiotherapist-guided pelvic floor muscle training reduce urinary incontinence after radical prostatectomy? A randomised controlled trial. *Eur Urol.* august 2008;54(2):438–48.

29. Ribeiro LHS, Prota C, Gomes CM, de Bessa J, Boldarine MP, Dall'Oglio MF, m.fl. Long-term effect of early postoperative pelvic floor biofeedback on continence in men undergoing radical prostatectomy: a prospective, randomized, controlled trial. *J Urol.* september 2010;184(3):1034–9.

30. Van Kampen M, De Weerd W, Van Poppel H, De Ridder D, Feys H, Baert L. Effect of pelvic-floor re-education on duration and degree of incontinence after radical prostatectomy: a randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl.* 8. januar 2000;355(9198):98–102.

31. Kliniske retningslinjer [Internet]. [henvist 1. maj 2016]. Hentet fra: <http://ducg.dk/daproca-prostatacancer/kliniske-retningslinjer/>

32. Alemozaffar M, Regan MM, Cooperberg MR, Wei JT, Michalski JM, Sandler HM, m.fl. Prediction of erectile function following treatment for prostate cancer. *JAMA.* 21. september 2011;306(11):1205–14.

33. Chung E, Brock G. Sexual rehabilitation and cancer survivorship: a state of art review of current literature and management strategies in male sexual dysfunction among prostate cancer survivors. *J Sex Med.* februar 2013;10 Suppl 1:102–11.

34. Interventions for sexual dysfunction following treatments for cancer in men. still in review.

35. Titta M, Tavolini IM, Dal Moro F, Cisternino A, Bassi P. Sexual counseling improved erectile rehabilitation after non-nerve-sparing radical retropubic prostatectomy or cystectomy--results of a randomized prospective study. *J Sex Med.* marts 2006;3(2):267–73.

36. Chambers SK, Occhipinti S, Schover L, Nielsen L, Zajdlewicz L, Clutton S, m.fl. A randomised controlled trial of a couples-based sexuality intervention for men with localised prostate cancer and their female partners. *Psychooncology.* juli 2015;24(7):748–56.

37. Epstein MM, Edgren G, Rider JR, Mucci LA, Adami H-O. Temporal trends in cause of death among Swedish and US men with prostate cancer. *J Natl Cancer Inst.* 5. september 2012;104(17):1335–42.

38. Saylor PJ, Smith MR. Metabolic complications of androgen deprivation therapy for prostate cancer. *J Urol.* januar 2013;189(1 Suppl):S34-42-44.

39. Melton LJ, Lieber MM, Atkinson EJ, Achenbach SJ, Zincke H, Therneau TM, m.fl. Fracture risk in men with prostate cancer: a population-based study. *J Bone Miner*

Res Off J Am Soc Bone Miner Res. august 2011;26(8):1808–15.

40. Morote J, Orsola A, Abascal JM, Planas J, Trilla E, Raventos CX, m.fl. Bone mineral density changes in patients with prostate cancer during the first 2 years of androgen suppression. *J Urol. maj* 2006;175(5):1679–1683; discussion 1683.
41. Genant HK, Cooper C, Poor G, Reid I, Ehrlich G, Kanis J, m.fl. Interim Report and Recommendations of the World Health Organization Task-Force for Osteoporosis. *Osteoporos Int.* september 1999;10(4):259–64.
42. Zhumkhawala A-A, Gleason JM, Cheetham TC, Niu F, Loo RK, Dell RM, m.fl. Osteoporosis management program decreases incidence of hip fracture in patients with prostate cancer receiving androgen deprivation therapy. *Urology. maj* 2013;81(5):1010–5.
43. Skolarus TA, Wolf AMD, Erb NL, Brooks DD, Rivers BM, Underwood W, m.fl. American Cancer Society prostate cancer survivorship care guidelines. *CA Cancer J Clin.* august 2014;64(4):225–49.
44. Kristiansen M, Adamsen L, Brinkmann FK, Krasnik A, Hendriksen C. Need for strengthened focus on cancer rehabilitation in Danish municipalities. *Dan Med J.* april 2015;62(4):A5045.
45. Flachs EM, Statens Institut for Folkesundhed, Danmark, Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark: sygdomme. Sundhedsstyrelsen; 2015.
46. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *CA Cancer J Clin.* februar 2016;66(1):7–30.
47. Hugosson J, Stranne J, Carlsson SV. Radical retropubic prostatectomy: a review of outcomes and side-effects. *Acta Oncol Stockh Swed.* juni 2011;50 Suppl 1:92–7.
48. Spratt DE, Pei X, Yamada J, Kollmeier MA, Cox B, Zelefsky MJ. Long-term survival and toxicity in patients treated with high-dose intensity modulated radiation therapy for localized prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1. marts 2013;85(3):686–92.
49. Smith MR. Androgen deprivation therapy for prostate cancer: new concepts and concerns. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* juni 2007;14(3):247–54.
50. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft - del afsamlet forløbsprogram for kræft. Kbh.; 2012.
51. Sundhedsstyrelsen. Opfølgningsprogram for prostatakraft. Kbh.; 2015.

## 10 Bilag

<b>Bilag 1:</b>	<b>Baggrund</b>
<b>Bilag 2:</b>	<b>Implementering</b>
<b>Bilag 3:</b>	<b>Monitorering</b>
<b>Bilag 4:</b>	<b>Opdatering og videre forskning</b>
<b>Bilag 5:</b>	<b>Beskrivelse af anvendt metode</b>
<b>Bilag 6:</b>	<b>Fokuserede spørgsmål</b>
<b>Bilag 7:</b>	<b>Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer</b>
<b>Bilag 8:</b>	<b>Søgebeskrivelse og evidensvurderinger</b>
<b>Bilag 10:</b>	<b>Arbejdsgruppen og referencegruppen</b>
<b>Bilag 11:</b>	<b>Forkortelser og begreber</b>

HØRINGSVERSION

## Bilag 1: Baggrund

I Danmark lever 18.000 mænd med prostatakræft (45). 4.300 diagnosticeres hvert år. Langt de fleste diagnosticeres efter, at de har passeret 55 år og de fleste patienter er ældre end 65 år (45). Det forventes endvidere, at andelen af patienter med prostatakræft er stigende (46). Patienterne gennemgår vidt forskellige behandlinger alt efter alvorligheden af den fundne type af prostatakræft (31). De forskellige behandlingstiltag, gående fra aktiv overvågning, kirurgisk fjernelse af prostata, strålebehandling af prostata, endokrin samt kemoterapeutisk behandling, er afgørende for forløbet af kræftsygdommen, men kan give patienterne særskilte bivirkninger. Blot det af få stillet diagnosen prostatakræft kan påvirke sindstilstanden (1). Kirurgisk fjernelse af prostata giver i nogle tilfælde inkontinens og erektil dysfunktion (47), hvilket også er tilfældet for en andel af de patienter, der modtager strålebehandling (48). Endokrin behandling øger risikoen for frakturer, diabetes og kardiovaskulære sygdomme (49). Rehabiliterende indsatser bruges for at afhjælpe eller lindre ovenstående bivirkninger.

I Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft anbefales behovsvurdering i forhold til rehabilitering (50). I opfølgningsprogrammet for prostatakræft beskrives, hvornår patienternes behov forventes afdækket samt hvornår rehabiliterende indsatser kan indgå (51).

Denne nationale kliniske retningslinje forventes at komplementere de to ovennævnte programmer ved at bidrage med viden om specifikke nedslagspunkter i rehabiliteringen af mænd med prostatakræft. Således er formålet med den kliniske retningslinje at kunne understøtte en større ensartethed i de valgte rehabiliteringsindsatser samt give en mere ensartet tilgang og praksis hos aktører på tværs af sektorer til gavn for patienterne.

## Bilag 2: Implementering

Målgruppen for denne retningslinje er urologer, onkologer, almen praktiserende læger psykologer og psykiatere samt sygeplejersker og fysioterapeuter der i deres arbejde medvirker til behandling og rehabilitering af patienter med prostatakraft.

Regionerne og regionernes sygehuse spiller en vigtig rolle i at understøtte implementeringen af den nationale kliniske retningslinje gennem formidling af retningslinjens indhold og ved at understøtte retningslinjens anvendelse i praksis. For at understøtte retningslinjens anvendelse lokalt er det hensigtsmæssigt, at den nationale kliniske retningslinje stemmes med eller integreres i de forløbsbeskrivelser, instrukser og vejledninger, som allerede anvendes her. Regionerne bør således sikre, at de anbefalinger, som må være relevante for specialiserede afdelinger på sygehusniveau, indarbejdes i instrukser og vejledninger i den pågældende region.

For almen praksis indebærer det, at anbefalinger fra den nationale kliniske retningslinje indarbejdes i regionernes forløbsbeskrivelser for prostatakraft. Således vil de evidensbaserede relevante anbefalinger indgå i de patientvejledninger, som alment praktiserende læger allerede anvender, og som forholder sig til organisering i øvrigt i den pågældende region. Forløbsbeskrivelserne kan med fordel indeholde et link til den fulde nationale kliniske retningslinje.

Der kan med fordel indsættes et link til den nationale kliniske retningslinje i Lægehåndbogen. Samtidig opfordres regionernes praksiskonsulenter at tage stilling til den konkrete implementering.

Sundhedsstyrelsen foreslår, at den nationale kliniske retningslinje omtales på DAPRO-CAs hjemmeside, evt. med orientering om, hvad den indebærer for specialerne og med et link til den fulde version af retningslinjen. Sundhedsstyrelsen foreslår ligeledes, at retningslinjen præsenteres på årsmøder i regi af de faglige selskaber og på lægedage. Information kan også formidles via medlemsblade og elektroniske nyhedsbreve.

Sundhedsstyrelsen foreslår endvidere, at retningslinjens indhold også formidles via prostatakraftforeningen (PROPA) samt via Kræftens Bekæmpelse.

Implementering af national klinisk retningslinje for rehabilitering af patienter med prostatakraft er som udgangspunkt et regionalt og kommunalt ansvar. Dog ønsker Sundhedsstyrelsen at understøtte implementeringen. I foråret 2014 publicerede Sundhedsstyrelsen

således en værktøjskasse med konkrete redskaber til implementering. Den er tilgængelig som et elektronisk opslagsværk på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#). Værktøjskassen bygger på evidensen for effekten af interventioner, og den er tænkt som en hjælp til lederen eller projektlederen, der lokalt skal arbejde med implementering af forandringer af et vist omfang.

Foruden den fulde retningslinje udgives en quick guide. Quick guiden er en kort version på 1-2 A4-ark. Den gengiver alene retningslinjens anbefalinger og evt. centrale budskaber, med angivelse af evidensgraduering og anbefalingens styrke.

HØRINGSVERSION



## Bilag 3: Monitorering

### Proces- og effektindikatorer

Som procesindikatorer kan tilgængelighed af informationsmøder, artikler og andet implementeringsmateriale kvantificeres. Effekten på kendskab til retningslinjen kan følges ved stikprøver hos urologer, onkologer, almen praktiserende læger, psykologer og psykiatere samt sygeplejersker og fysioterapeuter, der i deres arbejde medvirker til behandling af patienter med prostatakræft i form af spørgeskemaer eller interviewundersøgelser.

Relevante effektindikatorer kan være henvisninger til de rehabiliterende indsatser. Kortlægningen af patienternes brug af disse ydelser før og efter udgivelsen af den kliniske retningslinje med henblik på at følge forbruget af ydelser og vurdere, om de er i tråd med denne retningslinjes anbefalinger. Denne kortlægning kunne for eksempel gøre brug af Landspatientregistret og evt. relevante kliniske databaser.

### Datakilder

Til ovenstående brug kan Landspatientregistret, Cancerregistret samt evt. relevante kliniske database bruges til datasamling. Særligt kan en samlet database af de nyligt indførte behovsvurderinger (PROMs) danne et ønskeligt datagrundlag.

## Bilag 4: Opdatering og videre forskning

### Opdatering

Retningslinjen bør opdateres maksimalt 3 år efter udgivelsesdato, med mindre ny evidens eller den teknologiske udvikling på området tilsiger tidligere opdatering.

### Videre forskning

Der er efter arbejdsgruppens mening behov for en omfattende indsats for at tilvejebringe yderligere evidens inden for stort set alle aspekter af rehabilitering til patienter med prostatakræft.

**Randomiserede kontrollerede forsøg** til at afdække, hvorvidt et tiltag er effektivt på klinisk relevante outcomes er ønskelige inden for følgende områder:

- Specifikke screenings/undersøgelsesredskaber til vurdering af depression samt depressive symptomer hos patienter med prostatakræft.
- Træning samt dosis respons af forskellige træningsformer i de forskellige stadier af prostatakræft.
- Sexologisk rådgivning, særligt studier med klar afgrænsning og beskrivelse af interventionen samt minimering af bias.
- Undersøgelse af kardiovaskulære risikofaktorer for patienter i kastrationsbaseret behandling samt timingen.
- Undersøgelse af knoglestyrke for patienter, der påbegynder kastrationsbaseret behandling.

## Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode

For en uddybet beskrivelse af metoden henvises til Sundhedsstyrelsens NKR metodehåndbog version 2.1. Metodehåndbogen kan tilgås [her](#).

HØRINGSVERSION

## Bilag 6: Fokuserede spørgsmål

For en uddybet beskrivelse af de spørgsmål, denne kliniske retningslinje besvarer se venligst dokumentet vedr. fokuserede spørgsmål på høringsportalen.

HØRINGSVERSION

## Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingerne styrke og implikationer

Ved evidens vælges en af de første fire typer af anbefalinger. Er der ikke fundet evidens vælges i stedet en god praksis anbefaling.

### De fire typer af anbefalinger til evidensbaserede anbefalinger

En anbefaling kan enten være for eller imod en given intervention. En anbefaling kan enten være stærk eller svag/betinget. Der er således følgende fire typer af anbefalinger:

#### Stærk anbefaling for ↑↑

Ordlyd: *Giv/brug/anvend...*

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling for, når der er pålidelig evidens, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne.

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling for:

- Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.
- Stor gavnlig effekt og ingen eller få skadevirkninger.
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartet til fordel for interventionen.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes at ønske interventionen.
- Langt de fleste klinikere vil tilbyde interventionen.

#### Svag/betinget anbefaling for ↑

Ordlyd: *Overvej at...*

Sundhedsstyrelsen giver en svag/betinget anbefaling for intervention en, når det vurderes, at fordelene ved interventionen er marginalt større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved en eksisterende praksis, samtidig med at skadevirkningerne er få eller fraværende.

Følgende vil trække i retning af en svag/betinget anbefaling for:

- Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter.
- Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger ikke er entydig.
- Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendte.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes at ønske interventionen, men nogen vil afstå.

- Klinikerens vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

#### **Svag/betinget anbefaling imod ↓**

Ordlyd: *Anvend kun ... efter nøje overvejelse, da den gavnlige effekt er usikker og/eller lille, og der er dokumenterede skadevirkninger såsom...*

Sundhedsstyrelsen giver en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når ulemperne ved interventionen vurderes at være større end fordelene, men hvor man ikke har høj tiltro til de estimerede effekter. Den svage/betingede anbefaling imod, anvendes også hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre.

#### Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling imod:

- Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter. Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger ikke er entydig.
- Skadevirkningerne vurderes at være marginalt større end den gavnlige effekt.
- Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendte.

#### Implikationer:

- De fleste patienter vurderes at ville afstå fra interventionen, men nogen vil ønske den.
- Klinikerens vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

#### **Stærk anbefaling imod ↓↓**

Ordlyd: *Giv ikke/brug ikke/anvend ikke/undlad at...*

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling imod, når der er der er høj tiltro til, der viser, at de samlede ulemper er klart større end fordelene. Det samme gælder, hvis der er stor tiltro til, at en intervention er nyttesløs.

#### Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling imod:

- Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.
- Der er stor tiltro til, at interventionen ikke gavner, eller at den gavnlige effekt er lille.
- Der er stor tiltro til, at interventionen har betydelige skadevirkninger.
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartede imod interventionen.

#### Implikationer:

- De fleste patienter vurderes ikke at ville ønske interventionen.

- Klinikeren vil meget sjældent tilbyde interventionen

For yderligere beskrivelse af de forskellige evidensbaserede anbefalinger se venligst:

<http://www.gradeworkinggroup.org>

## **De to typer af anbefalinger til god praksis anbefalinger**

### **God praksis ✓**

For:

Det er god praksis at...

Imod:

Det er ikke god praksis at...

Det er ikke god praksis rutinemæssigt at...

Det er god praksis at undlade at...

Det er god praksis at undlade rutinemæssigt at...

God praksis, som bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. En anbefaling om god praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens. Derfor er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de er stærke eller svage.

## Bilag 8: Søgebeskrivelse og evidensvurderinger

Søgebeskrivelser samt evidensvurderinger er offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

- Søgebeskrivelser kan tilgås på høringsportalen.
- AGREE-vurderinger kan tilgås på høringsportalen.
- AMSTAR-vurderinger kan tilgås på høringsportalen.
- RevMan-filer med risiko for bias-vurderinger og meta-analyser samt beskrivelse af in- og ekskluderede studier kan tilgås på høringsportalen.
- Flowcharts kan tilgås på høringsportalen.

HØRINGSVERSION



## Bilag 9: Arbejdsgruppen og referencegruppen

### Arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen vedr. NKR for rehabilitering af patienter med prostatakræft består af følgende personer:

- Karsten Junker (formand), Sundhedsstyrelsen
- Ali Amidi, Dansk Psykolog Forening
- Anna Thir Johnsen, Dansk Psykolog Forening
- Annamaria Giraldi, Dansk Psykiatrisk Selskab
- Annette Møllerup, Dansk Sygepleje Selskab
- Charlotte Fryland Filtenbrog, Dansk Selskab for Fysioterapi
- Helle Hvarness, Dansk Urologisk Selskab
- Joen Sveistrup, Dansk Selskab for Klinisk Onkologi
- Johnny Wejlgaard, Dansk Selskab for Fysioterapi
- Mads Hvid Poulsen, Dansk Urologisk Selskab
- Mette Moe, Dansk Selskab for Klinisk Onkologi
- Ynse de Boer, Dansk Selskab for Almen Medicin

Fagkonsulenten Eik Bjerre hører som en del af sekretariatet, jf. nedenfor, været overordnet ansvarlig for litteraturgennemgangen og for at udarbejde udkast til retningslinjen til drøftelse i arbejdsgruppen.

### Habilitetsforhold

En person, der virker inden for det offentlige, og som har en personlig interesse i udfaldet af en konkret sag, må ikke deltage i behandlingen af denne sag. Hvis en person er inhabil, er der risiko for, at han eller hun ikke er uvildig ved vurderingen af en sag. Der foreligger habilitetserklæringer for alle arbejdsgruppemedlemmer. Habilitetserklæringerne kan tilgås på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

### Referencegruppen

Referencegruppen er udpeget af regioner, kommuner, patientforeninger og andre relevante interessenter på området, og dens opgave har bestået i at kommentere på afgrænsningen af og det faglige indhold i retningslinjen.

Referencegruppen vedr. NKR for rehabilitering af patienter med prostatakræft består af følgende personer:

- Karsten Junker (formand), Sundhedsstyrelsen
- Bettina Nørby, Region Syddanmark

- Christina Birkemose, Region Sjælland
- Claus Finne, Prostatakræftforeningen
- Grazvydas Tuckus, Region Nordjylland
- Jens Nielsen, Prostatakræftforeningen
- Kirstine Korsager, Sundheds-og Ældreministeriet
- Linea Ohm Søndergaard, Danske Regioner
- Lone Jørgensen, Kommunernes Landsforening
- Marianne Eriksen, Kommunernes Landsforening
- Martin Mørck Mortensen, Region Midtjylland
- Mogens Munch Nielsen, Kræftens Bekæmpelse

## Sekretariat

Sekretariatet for begge grupper:

- Eik Bjerre, fagkonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Julie Bolvig Hansen, metodekonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Kirsten Birkefoss, søgespecialist, Sundhedsstyrelsen
- Rasmus Trap Wolf, projektleder, Sundhedsstyrelsen

## Bilag 10: Forkortelser og begreber

**Absolut effekt:** Effekten af en given intervention målt i absolutte tal. Hvis risikoen for at dø af en sygdom f.eks. er 3 per 1,000 og en behandling nedsætter denne risiko til 2 per 1,000, er den absolutte effekt 1 per 1,000. Den tilsvarende relative effekt er en 33 % reduktion af dødeligheden, hvilket kan synes mere imponerende, men kan give et misvisende indtryk af den virkelige effekt. Derfor foretrækkes det normalt at præsentere absolutte effekter frem for relative effekter. Bemærk, at den absolutte effekt vil variere med hyppigheden (prævalensen) af et givent udfald, selvom den relative effekt er konstant. Dette kan have betydning, f.eks. ved vurdering af behandlings relevans i forskellige subgrupper af patienter.

**ADL:** Hverdagsaktivitet.

**DEXA:** Dual-Energy X-ray Absorptiometry, scanningsundersøgelsen til at bestemme knoglemineraltætheden af knogler.

**Drop-out:** Forsøgsdeltagers frafald fra studiet.

**Konfidensinterval (KI):** Det område indenfor hvilket den sande værdi med 95% sandsynlighed befinder sig, den usikkerhed, der knytter sig til estimatet.

**Mean Difference (MD):** Den gennemsnitlige forskel mellem to sammenligninger, bruges når outcomes er målt på samme skala.

**Randomiserede studier:** Studier hvor forsøgsdeltagere fordeles tilfældigt mellem to eller flere grupper, der får forskellige (eller ingen) behandling. Den tilfældige fordeling skal sikre, således at de to studiegrupper bliver så ens, at den eneste variation mellem grupperne udgøres af, hvilken behandling personerne tilbydes.

**Randomiseret:** Tilfældig fordeling, i randomiserede studier af deltagerne mellem interventions og kontrolgrupper.

**RCT:** Forkortelse for randomiseret kontrolleret studie, "randomized controlled trial". Se under Randomiseret.

**Relativ risiko:** En ratio mellem to rater af udfald. Hvis raten af dødsfald i en interventionsgruppe for eksempelvis er 10 per 100, mens den er 20 per 100 i kontrol-gruppen, er hazard ratio 2. Angives normalt med et konfidensinterval.

**Risiko Difference (RD):** Forskel i risiko for et givet outcome mellem to grupper.

**RM:** repetition maksimum, den maksimale vægt man kan løfte ved et givent antal gentagelser i en given øvelse.

**SMD:** Den standardiseret gennemsnitlige forskel mellem to sammenligninger, bruges når outcomes er målt på forskellige skalaer.

**T-score:** Reference værdien som patientens score sammenlignes med. En t-score på under eller lig med -2.5 er definitionen på knogleskørhed.