



SUNDHEDSSTYRELSEN

NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE
FOR REHABILITERING AF
PATIENTER MED PROSTATAKRÆFT

2016

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

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, september 2016.

Format: PDF

ISBN elektronisk udgave: 978-87-7104-788-2

Indhold

0	Indledning	7
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
1	Systematisk vurdering for depression	10
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
2	Træning ved påbegyndelse af kastrationsbaseret behandling	12
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	14
3	Træning under kastrationsbaseret behandling	16
3.1	Fokuseret spørgsmål 3	16
3.2	Anbefaling	16
3.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	16
3.4	Baggrund for valg af spørgsmål	16
3.5	Litteratur	16
3.6	Gennemgang af evidensen	17
3.7	Arbejdsgruppens overvejelser	17
3.8	Rationale for anbefaling	17
3.9	Evidensprofil	17
4	Bækkenbundstræning	20
4.1	Fokuseret spørgsmål 4	20
4.2	Anbefaling	20
4.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	20
4.4	Baggrund for valg af spørgsmål	20
4.5	Litteratur	20
4.6	Gennemgang af evidensen	21
4.7	Arbejdsgruppens overvejelser	21
4.8	Rationale for anbefaling	21
4.9	Evidensprofil	21
5	Sexologisk rådgivning	25
5.1	Fokuseret spørgsmål 5	25
5.2	Anbefaling	25
5.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	25
5.4	Baggrund for valg af spørgsmål	25

5.5	Litteratur	25
5.6	Gennemgang af evidensen	26
5.7	Arbejdsgruppens overvejelser	26
5.8	Rationale for anbefaling	26
5.9	Evidensprofil	26
6	Undersøgelse af kardiovaskulære risikofaktorer	28
6.1	Fokuseret spørgsmål 6	28
6.2	Anbefaling	28
6.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	28
6.4	Baggrund for valg af spørgsmål	28
6.5	Litteratur	28
6.6	Arbejdsgruppens overvejelser	28
6.7	Rationale for anbefaling	29
7	Undersøgelse for knoglestyrke	30
7.1	Fokuseret spørgsmål 7	30
7.2	Anbefaling	30
7.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	30
7.4	Baggrund for valg af spørgsmål	30
7.5	Litteratur	30
7.6	Gennemgang af evidensen	30
7.7	Arbejdsgruppens overvejelser	31
7.8	Rationale for anbefaling	31
7.9	Evidensprofil	31
8	Gruppe- eller individbaseret rehabilitering	33
8.1	Fokuseret spørgsmål 8	33
8.2	Anbefaling	33
8.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	33
8.4	Baggrund for valg af spørgsmål	33
8.5	Litteratur	33
8.6	Arbejdsgruppens overvejelser	33
8.7	Rationale for anbefaling	34
9	Referenceliste	35
10	Bilag	40
	Bilag 1: Baggrund	41
	Bilag 2: Implementering	42
	Bilag 3: Monitorering	43
	Bilag 4: Opdatering og videre forskning	44
	Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode	45
	Bilag 6: Fokuserede spørgsmål	46
	Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingerne styrke og implikationer	47
	Bilag 8: Søgebeskrivelse og evidensvurderinger	50
	Bilag 9: Arbejdsgruppen og referencegruppen	52
	Bilag 10: Forkortelser og begreber	55

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 regelmæssigt at vurdere alle patienter med prostatakræft for depression.

↑ 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 og har været i denne behandling i seks måneder (⊕⊕○○).

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

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

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

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

↑ Overvej at tilbyde patienter med prostatakræft, der påbegynder kastrationsbaseret behandling, undersøgelse for knoglemineraltæthed (⊕○○○).

√ Det er god praksis at overveje, om patienter med prostatakræft skal tilbydes enten 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 videnuddeling 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 prostatakræft inden for de dele af patientforløbet, som denne retningslinje belyser.

0.2 Afgrænsning af patientgruppe

Denne nationale kliniske retningslinje omhandler patienter med prostatakræft, som efter faglig vurdering tilbydes rehabilitering i forbindelse med nyopstået prostatakræft eller tilbagefald af tidligere prostatakræft og behandling heraf. Den nationale kliniske retningslinje afgrænser sig således fra selve behandlingen af prostatakræft 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 prostatakræft retter sig primært mod sundhedspersoner, der diagnosticerer, vurderer og varetager genoptræning samt pleje- og omsorg, samt planlægger og udfører specifikke rehabiliterende indsatser for patienter med prostatakræft.

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

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 prostatakræft i alle tilfælde tilbydes en standardbehandling, 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 prostatakræft eller terminalpleje og -behandling.

I retningslinjen tages der udgangspunkt i World Health Organisations definition af rehabilitering:

”Rehabilitation of people with disabilities is a process aimed at enabling them to reach and maintain their optimal physical, sensory, intellectual, psychological and social functional levels. Rehabilitation provides disabled people with the tools they need to attain independence and self-determination” (“WHO | Rehabilitation” 2016).

De valgte interventioner i retningslinjen 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. Det er 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 som følge heraf.

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 følgende 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.

1 Systematisk vurdering for depression

1.1 Fokuseret spørgsmål 1

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

1.2 Anbefaling

✓ Det er god praksis regelmæssigt at vurdere alle patienter med prostatakraft for depression.

1.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Det har til formålet ikke været muligt at finde evidens til at belyse spørgsmålet om systematisk vurdering for depression.

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

1.4 Baggrund for valg af spørgsmål

At blive diagnosticeret med prostatakraft 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 prostatakraftdiagnosticerede 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 prostatakraft 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. Anbefalingen baserer sig således på erfaringer i arbejdsgruppen. Flowcharts findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [her](#).

1.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens til at besvare det fokuserede spørgsmål.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Tidlig diagnostik af depression er til gavn for patienterne, men skal vejes imod

Patientpræferencer	Interventionen er formodentlig præferencefølsom. Arbejdsgruppen vurderer, at flertallet vil acceptere at blive spurgt om symptomer på depression, mens nogen vil finde det for tidskrævende og andre måske vil 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 ikke fundet evidens, der kan besvare, hvorvidt en mere systematisk screening med validerede screeningsværktøjer vil give en bedre effekt end vanlig praksis. Anbefalingen er en god praksis anbefaling baseret på konsensus i arbejdsgruppen.

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.

Træning på minimum 60 % af 1 repetition maximum (1RM) og 60 % af maksimal iltoptagelse vurderes at være nødvendig for at opnå trænings tilpasninger.

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 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 opdateret søgning på baggrund af det systematiske review, hvor der ikke blev fundet yderligere studier. Evidensgrundlaget er således et randomiseret studie. Flowcharts findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [her](#).

2.6 Gennemgang af evidensen

Det inkluderede studie er et randomiseret studie med 63 patienter ⁽⁹⁾. 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 1RM. Træ-

ningsintensiteten 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 fundne 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 og at denne derved 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 men ikke på muskelstyrke. Dette kan skyldes at kun ét studie rapporterede dette outcome. Ydermere var der ingen effekt på det vigtige outcome iltoptagelse. Der blev ikke fundet evidens for effekt på hjerte-kar sygdom, diabetes og frakturer.

2.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Interventionen vil sandsynligvis medføre nogen forbedring af livskvalitet målt på mentale parametre, muskelstyrke og færre depressive symptomer hos patienterne. Der er ikke rapporteret skadelige virkninger af interventionen.
Patientpræferencer	Interventionen er formodentlig præferencefølsom. Patienter med træningserfaring vil sandsynligvis have lettere ved at påbegynde træning.

2.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at moderat til intensiv, superviseret træning har effekt på mental livskvalitet og depression 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 tilbudet om træningen. Kvaliteten af evidensen var samlet set meget lav.

2.9 Evidensprofil

Træning sammenlignet med vanlig behandling for patienter med prostatakraft, der påbegynder kastrationsbaseret behandling							
Population: Patienter med prostatakraft, der påbegynder kastrationsbaseret behandling							
Intervention: Superviseret træning							
Sammenligning: Vanlig behandling							
Outcomes (Tidsramme)	Absolut effekt (95% KI)			Relativ effekt 95% KI	Antal del- tagere (studier), follow-up	Evidensniveau (GRADE)	Kommentarer
	Vanlig be- handling	Træning	Forskel med Træning				
Frafald (Drop out) (End of treat- ment)	226 per 1000	32 per 1000 (4 til 239)	194 fær- re per 1000 (221 fær- re - 14 flere)	0,14 (0,02 til 1,06)	63 delta- gere (1 stu- die) ⁽⁹⁾	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ Lav	Vigtigt outco- me. På grund af alvorlig upræ- cist effektesti- mat, på grund af alvorlig risi- ko for bias
Diabetes (Diabetes) (Længste op- følgning)							Vigtigt outco- me Outcome ikke rapporteret
Hjertekar- sygdomme (Cardiovascular diseases) (Længste op- følgning)							Vigtigt outco- me Outcome ikke rapporteret
Frakturer (Fractures) (Længste op- følgning)							Vigtigt outco- me Outcome ikke rapporteret
Livskvalitet Mental score (QoL mental score) (3 måneder) Højere=bedre	Gennemsnit 51,8		MD 4,2 højere (8,22 hø- jere til 0,18 hø- jere)		63 delta- gere (1 studie) ⁽⁹⁾	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ Meget lav	Kritisk outco- me. På grund af al- vorlig risiko for bias og meget alvorlig upræ- cist effektesti- mat.
Livskvalitet Fysisk score (QoL physical score) (3 måneder) Højere=bedre	Gennemsnit 53,1		MD 1,6 lavere (2.1 hø- jere til 5,3 lave- re)		63 delta- gere (1 studie) ⁽⁹⁾	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ Meget lav	Kritisk outco- me. På grund af al- vorlig risiko for bias og meget alvorlig upræ- cist effektesti- mat.
Deltagelse i hverdagsliv (ADL) (3 måneder) lavere=bedre	Gennemsnit 11,1		MD 0,6 lavere (1,64 la- vere til 0,44 la- vere)		63 delta- gere (1 studie) ⁽⁹⁾	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ Lav	Kritisk outco- me. På grund af al- vorlig risiko for bias og alvorlig upræcist effek- testimat.
Depression (Depression) (Længste op- følgning) Lavere=bedre			MD 1,5 lavere (3,24 la- vere til 0,24 la- vere)		63 delta- gere (1 studie) ⁽⁹⁾	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ Lav	Vigtigt outco- me På grund af alvorlig risiko for bias og al- vorlig upræcist effektestimat.

Muskelstyrke (Muscle strength) (3 måneder) <i>Højere=bedre</i>	Gennemsnit 141,7	MD 16,2 højere (34,84 højere 2,44 la- vere)	63 delta- gere (1 studie) ⁽⁹⁾	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ Lav	Vigtigt outco- me På grund af alvorlig risiko for bias og al- vorlig upræcist effekttestimat.
Iltoptagelse (VO2 peak) (3 måneder) <i>Højere=bedre</i>	Gennemsnit 22,7	MD 0,0 (1,83 la- vere til 1,83 hø- jere)	63 delta- gere (1 studie) ⁽⁹⁾	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ Lav	Vigtigt outco- me På grund af alvorlig risiko for bias og al- vorlig upræcist effekttestimat.
*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.					
<u>GRADE evidensniveauer:</u> 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 prostatakraft, 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 seks 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.

Træning på minimum 60 % af 1 repetition maximum (1RM) og 60 % af maksimal iltoptagelse vurderes at være nødvendig for at opnå trænings tilpasninger.

3.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Kastrationsbaseret behandling er vigtig i behandlingen af prostatakraft. 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 at afdække, hvorvidt moderat til intensiv, superviseret træning kan mindske bivirkningerne og forbedre livskvaliteten, når patienterne har været i behandlingen i minimum seks måneder.

3.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er ét systematisk review⁽⁸⁾, hvorfra der blev brugt fire randomiserede studier⁽¹²⁻¹⁵⁾. Der blev foretaget en opdateret søgning på baggrund af det systematiske review, hvor der blev fundet ét yderligere studie⁽¹⁶⁾. Flowcharts findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [her](#).

3.6 Gennemgang af evidensen

De inkluderede studier var randomiserede studier. Interventionen bestod af moderat til intensiv, superviseret træning minimum to gange ugentligt i to måneder. Fire 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 prostatakraft, der havde været i kastrationsbaseret behandling i mindst seks måneder. Der blev fundet en klinisk relevant effekt på de kritiske outcomes, livskvalitet og ADL-funktion, til fordel for moderat til intensiv, superviseret træning. Der blev desuden fundet en effekt på det fysiske aspekt af livskvalitet alene, denne effekt blev dog vurderet til ikke at være klinisk relevant. 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

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

3.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at moderat til intensiv, superviseret træning medfører forbedring af livskvalitet og samtidig medfører forbedret iltoptagelse. Der er en forventning om, at de fleste patienter med prostatakraft vil tage imod tilbuddet om træning. Kvaliteten af evidensen er samlet set lav.

3.9 Evidensprofil

Træning sammenlignet med vanlig behandling for patienter med prostatakraft der har været i kastrationsbaseret behandling i mindst 6 måneder

Population: Patienter med prostatakraft der har været i kastrationsbaseret behandling i mindst 6 må-

neder 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 behand- ling	Træ- ning	Forskel med Træ- ning				
Hjertekar- sygdomme (Cardiovascu- lar diseases) (<i>Længste op- følgning</i>)							Vigtigt out- come Outcome ik- ke rapporteret.
Diabetes (Diabetes) (<i>Længste op- følgning</i>)							Vigtigt out- come Outcome ik- ke rapporteret.
Frakturer (Fractures) (<i>Længste op- følgning</i>)							Vigtigt out- come Outcome ik- ke rapporteret.
Frafald (Drop out) (<i>End of treatment</i>)	139 per 1000	114 per 1000 (69 til 190)	25 fær- re per 1000 (70 fær- re til 51 flere)	0,82 (0,5 til 1,37)	427 deltagere (5 studier) ⁽¹²⁻¹⁶⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ Moderat	Vigtigt out- come På grund af alvorlig risi- ko for bias.
Livskvalitet - Total score (Qol total score) (3 måneder) <i>Lavere=bedre</i>			SMD 0,26 la- vere (0,54 lavere til 0,02 højere)		277 deltagere (3 studier) ^(12,14,16)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ Moderat	Kritisk out- come. På grund af alvorlig risi- ko for bias.
Livskvalitet, Fysisk score (QoL physi- cal score) (3 måneder) <i>Højere=bedre</i>	Gennem- snit 44,8		MD 4,4 (8,99 højere til 0,19 højere)		56 deltagere (1 studie) ⁽¹³⁾	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ Lav	Kritisk out- come. På grund af alvorlig risi- ko for bias og på grund af alvorlig upræcist ef- fektestimat.
Livskvalitet, Mental score (QoL mental score) (3 måneder) <i>Højere=bedre</i>	Gennem- snit 50,2		MD 1,0 (6,73 højere til 4,73 lavere)		56 deltagere (1 studie) ⁽¹³⁾	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ Lav	Kritisk out- come. På grund af alvorlig risi- ko for bias og på grund af alvorlig upræcist ef- fektestimat.
Deltagelse i hverdagsliv (ADL) (3 måneder) <i>Lavere=bedre</i>			SMD 0,31 la- vere (0,75 lavere til 0,14 højere)		160 deltagere (3 studier) ^(13,15,16)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ Lav	Kritisk out- come. På grund af meget alvor- lig risiko for bias og på grund af al- vorlig upræ-

				cist effekt- estimat.
Muskelstyr- ke (Muscle strength) (3 måneder) <i>Lavere=bedre</i>	SMD 0,50 la- vere (1,20 lavere til 0,21 højere)	161 deltage- re (3 studi- er) ^(13,15,16)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ Lav	Vigtigt out- come På grund af meget alvor- lig risiko for bias og på grund af al- vorlig upræ- cist effekt- estimat.
Iltoptagelse (VO2 peak) (3 måneder) <i>Lavere=bedre</i>	SMD 0,54 la- vere (0,83 lavere til 0,25 lavere)	188 deltage- re (3 studi- er) ^(12,15,16)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ Moderat	Vigtigt out- come På grund af alvorlig risi- ko for bias.
Depression (Depression) (Længste op- følgning)				Vigtigt out- come Outcome ik- ke 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.				
GRADE evidensniveauer: 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.				

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. Træningen kan påbegyndes efter blærekateter er fjernet. Samlet træningstid kan være op til et år.

Patienter, der ikke opnår forbedring, bør henvises til videre udredning.

Træningen bør tilrettelægges ud fra almindelige fysiologiske træningsprincipper. Det vil sige, at 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⁽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 ét systematisk review⁽²⁰⁾, hvorfra der blev brugt 10 randomiserede studier⁽²¹⁻³⁰⁾. Der blev foretaget en opdateret søgning på

baggrund af det systematiske review, hvor der ikke blev fundet yderligere studier. Flow-charts findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [her](#).

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 instruktion i øvelser. Sammenligningerne var kort instruktion i bækkenbundsanatomi og knibeteknik 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 outcomes, seksuel relateret livskvalitet, tilfredshed med seksuel funktion, deltagelse i hverdagsliv samt søvnmængde, eftersom ingen af de inkluderede studier havde undersøgt disse.

4.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Bækkenbundstræning hjælper muligvis flere patienter til at blive kontinente. Der er ikke rapporteret skadelige virkninger af interventionen.
Patientpræferencer	De fleste patienter, der er inkontinente, vil formentlig tage imod interventionen.

4.8 Rationale for anbefaling

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

4.9 Evidensprofil

Bækkenbundstræning sammenlignet med vanlig behandling for mænd, som har gennemgået prostatektomi for prostatakræft og som er inkontinente
Population: Mænd, som har gennemgået prostatektomi for prostatakræft og som er inkontinente

Intervention: Bækkenbundstræning Sammenligning: Vanlig behandling							
Outcomes (Tidsramme)	Absolut effekt (95% KI)			Re- lativ ef- fekt 95% CI	Antal del- tagere (studi- er), fol- low-up	Evidens- niveau (GRADE)	Kommen- tarer
	Vanlig behand- ling	Bækken- bundstræ- ning	Forskel med bækkenbunds- træning				
Antal inkontinente (Number with incontinence) (3 måneder)	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 deltagere (10 studier) ⁽²¹⁻³⁰⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ Meget lav	Kritisk outcome. På grund af alvorlig risiko for bias og på grund af meget alvorlig inkonsistente resultater.
Antal inkontinente (Number with incontinence) (12 måneder)	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 deltagere (6 studier) ^(22-24,26,28,30)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ Meget lav	Kritisk outcome. På grund af alvorlig risiko for bias og på grund af meget alvorlig inkonsistente resultater.
Livskvalitet, Mental score (QoL mental score) (3 måneder) <i>Højere=bedre</i>	Gen- snit 51,4		MD 1,1 højere (3,69 højere til 1,49 højere)		122 deltagere (1 studier) ⁽²⁵⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ Meget lav	Kritisk outcome. På grund af alvorlig risiko for bias og på grund af meget alvorlig upræcist effekt-estimat.
Livskvalitet, Mental score (QoL mental score) (12 måneder) <i>Højere=bedre</i>	Gen- snit 53,3		MD 0,7 lavere (1,01 højere til 2,41 lavere)		381 deltagere (1 studie) ⁽²⁴⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ Meget lav	Kritisk outcome. På grund af alvorlig risiko for bias og på grund af meget alvorlig upræcist effekt-estimat.
Livskvalitet, Fysisk score (QoL physical score) (3 måneder) <i>Højere=bedre</i>	Gen- snit 48,7		MD 2,2 højere (3,71 højere til 0,69 lavere)		122 deltagere (1 studie) ⁽²⁵⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ Meget lav	Kritisk outcome. På grund af alvorlig risiko for bias og på grund af meget al-

					vorlig upræcist effekt- estimat.
Livskvalitet, Fysisk score (QoL physical score) (12 måneder) <i>Højere=bedre</i>	Gen- nemsnit 51,2	MD 0,2 højere (1,88 højere til 1,48 lavere)	381 del- tagere (1 stu- die) ⁽²⁴⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ Meget lav	Kritisk outcome. På grund af alvorlig risiko for bias og på grund af meget al- vorlig upræcist effekt- estimat.
Inkontinens- relateret livs- kvalitet (in- continence re- lated QoL) (3 måneder) <i>Lavere=bedre</i>		SMD 0,16 lave- re (0,33 lavere til 0,02 højere)	518 del- tagere (2 studi- er) ^(24,25)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ Lav	Kritisk outcome. På grund af alvorlig risiko for bias og på grund af alvorlig upræcist effekt- estimat.
Seksuel rela- teret livskvali- tet (sexual relat- ed QoL) (End of treat- ment)					Vigtig outcome. Outcome ikke rapporte- ret.
Tilfredshed med seksuel funktion (satisfaction with sexual function) (Længste op- følgning)					Vigtig outcome. Outcome ikke rapporte- ret.
Deltagelse i hverdagsliv (ADL) (End of treat- ment)					Vigtig outcome. Outcome ikke rapporte- ret.
Søvnængde (sleep length) (End of treat- ment)					Vigtig outcome. 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).					
GRADE evidensniveauer: 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 prostatakræft 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 prostatakræft 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 førstevalg.

5.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Patienter med prostatakræft, 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 prostatakræft vil have gavn af sexologisk rådgivning.

5.5 Litteratur

Efter litteratursøgning blev der kun fundet evidens vedrørende patienter, der havde gennemgået prostatektomi, hvorfor der er formuleret to anbefalinger.

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er ét systematisk review⁽³⁴⁾ hvorfra der blev brugt to randomiserede studier^(35,36). Der blev foretaget en opdateret søgning på baggrund af det systematiske review, hvor der ikke blev fundet yderligere studier. Flowcharts findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [her](#).

5.6 Gennemgang af evidensen

Interventionen i det ene studie⁽³⁶⁾ bestod af sexologisk rådgivning i tillæg til medicinsk behandling med Prostaglandin E1, som både interventions- og kontrolgruppen modtog. Det andet inkluderede studie havde en telefonbaseret, sexologisk rådgivning leveret af en sygeplejerske⁽³⁵⁾. Populationen i begge studier var patienter med prostatakræft, der havde gennemgået prostatektomi. Der blev fundet 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 livkvalitet. 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

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Interventionen medfører forbedring af tilfredshed med seksuel funktion. Der er ikke rapporteret skadelige virkninger af interventionen.
Patientpræferencer	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 havde en beskeden 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 prostatektomi, vil tage imod tilbud om sexologisk rådgivning. Kvaliteten af evidensen var samlet set meget lav.

Prostatakræft i sig selv, samt det, at de øvrige behandlingsformer udover prostatektomi 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: Patienter med prostatakræft							
Intervention: Sexologisk rådgivning							
Sammenligning: Vanlig behandling							
Outcomes <i>(Tidsramme)</i>	Absolut effekt (95% KI)			Relativ effekt 95% CI	Antal delta-gere (studier), follow-up	Evidensniveau (GRADE)	Kommentarer
	Vanlig behandling	Sexologisk rådgivning	Forskel med Sexologisk rådgivning				

ning				
Livskvalitet (QoL) (End of treatment)				Kritisk outcome. Outcome ikke rapporteret.
Seksuel relateret livskvalitet (Sexual related QoL) (End of treatment)				Kritisk outcome. Outcome ikke rapporteret.
Tilfredshed med seksuel funktion (satisfaction with sexual function) (End of treatment) Lave-re=bedre	SMD 0,36 lave-re (0,72 lave-re til 0)	156 delta-gere (2 studier) ^(35,36)	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ Meget lav	Kritisk outcome. På grund af meget alvorlig risiko for bias og på grund af alvorlig manglende overførbarehed.
*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). GRADE evidensniveauer: 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.				

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 generelle risiko for at udvikle kardiovaskulær sygdom bør indgå i overvejelsen om at gennemføre en undersøgelse for kardiovaskulære risikofaktorer.

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 eksempelvis iskæmisk hjertesygdom⁽³⁷⁾. 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. Disse kunne være HgbA1c, LDL kolesterol eller blodtryk.

6.5 Litteratur

Der blev ikke fundet studier, der kunne inkluderes til at besvare det fokuserede spørgsmål. Detaljerede resultater af litteratursøgningerne fremgår af flowcharts, der findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [her](#). Anbefalingen baserer sig således på erfaringer i arbejdsgruppen.

6.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens til at besvare det fokuserede spørgsmål
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Undersøgelserne vil muligvis forebygge 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 identificeres og der hermed kan tilbydes 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, hvorfor anbefalingen er derfor en god praksis anbefaling baseret på konsensus i arbejdsgruppen.

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

Dual-energy X-ray Absorptiometry scanning (DXA scanning) af hofte og lænd muliggør en vurdering af patientens 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 frakturrisiko. Knogleskørhed defineres ved T-score under eller lig med -2,5 ved en DXA 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. Efterfølgende blev der søgt efter observationelle studier. Der blev fundet et observationelt studie. Detaljerede resultater af litteratursøgningerne fremgår af flowcharts, der findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [her](#).

7.6 Gennemgang af evidensen

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 DXA scanning (n=1071) og de patienter, som ikke var blevet undersøgt med DXA scanning (n=411). Gruppefordelingen var ikke sket ved randomisering, der sikrede, at alle var fordelt ligeligt imellem grupperne. Studiet analyserer antallet af hofte-nære frakturer imellem de to grupper og studiets konklusion falder ud til fordel for gruppen, der blev DXA scannet. Studier med denne type undersøgelsesdesign kan dog ikke belyse en mulig årsagssammenhæng mellem en given intervention og et udfald hos patienten.

7.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Undersøgelsen involverer røntgenstråling. Det vurderes dog at være af en så lille dosis, at det ikke har klinisk betydning. Muligheden for forkert vurdering af risikoen er til stede, da DXA 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.
Patientpræferencer	Det forventes, at flertallet vil sige ja til undersøgelsen, mens nogen vil finde det for tidskrævende.

7.8 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 rygestop og træning. Anbefalingen bygger på ét observationelt studie.

7.9 Evidensprofil

DXA scanning sammenlignet med ingen DXA scanning af patienter med prostatakræft, der påbegynder kastrationsbaseret behandling							
Population: Patienter med prostatakræft, der påbegynder kastrationsbaseret behandling							
Intervention: DXA scanning							
Sammenligning: Ingen DXA scanning							
Outcomes (Tidsramme)	Absolut effekt (95% KI)			Relativ effekt 95% CI	Antal deltagere (studier), follow-up	Evidensniveau (GRADE)	Kommentarer
	Ingen DXA scanning	DXA scanning	Forskel mellem DEXA eller ingen				
Overlevelse (Survival) (Længste opfølgning))							Vigtig outcome. Outcome ikke rapporteret.
Frakturer	41 per	16 per	24 fær-	0.4	1482 del-	⊕ ⊖ ⊖ ⊖	Kritisk outco-

(Fractures) (<i>Længste opfølgning</i>)	1000	1000 (8 til 31)	re per 1000 (33 fær- re - 9 færre)	(0,2 til 0,78)	tagere (1 stu- die) ⁽⁴²⁾	Meget lav	me. På grund af al- vorlig upræcist effekttestimat og på grund af alvorlig mang- lende overfør- barhed.
Livskvalitet (<i>Quality of Life</i>) (<i>End of treatment</i>)							Kritisk outco- me. 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).							
GRADE evidensniveauer: 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 prostatakraft tilbydes gruppebaseret fremfor individbaseret rehabilitering?

8.2 Anbefaling

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

8.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

I overvejelserne om tilrettelæggelsen 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 der er mulighed for både individuel og gruppebaseret rehabilitering.

8.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Patienter med prostatakraft har forskelligt rehabiliteringsbehov alt efter deres situation og behandling⁽⁴³⁾. Rehabiliteringsindsatser tilbydes både 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 patienter med prostatakraft 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 fremfor individbaseret rehabilitering gavner patienternes rehabiliteringsforløb.

8.5 Litteratur

Der blev ikke fundet studier, der kunne inkluderes til at belyse det fokuserede spørgsmål. Detaljerede resultater af litteratursøgningerne fremgår af flowcharts, som findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [her](#). Anbefalingen baserer sig således på erfaringer i arbejdsgruppen.

8.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens til at besvare det fokuserede spørgsmål.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Patienterne vil ved gruppebaserede rehabiliteringsindsatser 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.
Patientpræferencer	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 for det fokuserede spørgsmål.

9 Referenceliste

- (1) Korfage IJ, de Koning HJ, Roobol M, Schröder FH, Essink-Bot M. Prostate cancer diagnosis: the impact on patients' mental health. *European Journal of Cancer* (Oxford, England: 1990) 2006;42(2):165-170.
- (2) Bourke L. Survivorship and Improving Quality of Life in Men with Prostate Cancer. *Eur Urol* 2015 May 1 [Epub].
- (3) Attard G, Parker C, Eeles RA, Schröder F, Tomlins SA, Tannock I, et al. Prostate cancer. *Lancet* 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* 2012;21(12):1338-1345.
- (5) Meijer A, Roseman M, Milette K, Coyne JC, Stefanek ME, Ziegelstein RC, et al. 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, et al. Adverse Effects of Androgen Deprivation Therapy and Strategies to Mitigate Them. *Eur Urol* 2014 Aug 2 [Epub].
- (7) Taylor LG, Canfield SE, Du XL. Review of major adverse effects of androgen-deprivation therapy in men with prostate cancer. *Cancer* 2009;115(11):2388-2399.
- (8) Bourke L, Smith D, Steed L, Hooper R, Carter A, Catto J, et al. Exercise for Men with Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol* 2015 Nov 26 [Epub].
- (9) Cormie P, Galvão DA, Spry N, Joseph D, Chee R, Taaffe DR, et al. Can supervised exercise prevent treatment toxicity in patients with prostate cancer initiating androgen-deprivation therapy: a randomised controlled trial. *BJU Int* 2015;115(2):256-266.
- (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* 2012;42(4):301-325.
- (11) Taylor AH, Cable NT, Faulkner G, Hillsdon M, Narici M, Van DB. Physical activity and older adults: a review of health benefits and the effectiveness of interventions. *J Sports Sci* 2004;22(8):703-725.
- (12) Bourke L, Gilbert S, Hooper R, Steed LA, Joshi M, Catto JWF, et al. 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* 2014;65(5):865-872.
- (13) Galvado 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. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology* 2010;28(2):340-347.

(14) Segal RJ, Reid RD, Courneya KS, Malone SC, Parliament MB, Scott CG, et al. Resistance exercise in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology* 2003;21(9):1653-1659.

(15) Uth J, Hornstrup T, Schmidt JF, Christensen JF, Frandsen C, Christensen KB, et al. Football training improves lean body mass in men with prostate cancer undergoing androgen deprivation therapy. *Scand J Med Sci Sports* 2014;24 Suppl 1:105-112.

(16) Nilsen TS, Raastad T, Skovlund E, Courneya KS, Langberg CW, Lilleby W, et al. Effects of strength training on body composition, physical functioning, and quality of life in prostate cancer patients during androgen deprivation therapy. *Acta Oncol* 2015;54(10):1805-1813.

(17) Sacco E, Prayer-Galetti T, Pinto F, Fracalanza S, Betto G, Pagano F, et al. 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* 2006;97(6):1234-1241.

(18) Johnson VY. How the principles of exercise physiology influence pelvic floor muscle training. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society / WOCN* 2001;28(3):150-155.

(19) Ficazzola MA, Nitti VW. The etiology of post-radical prostatectomy incontinence and correlation of symptoms with urodynamic findings. *J Urol* 1998;160(4):1317-1320.

(20) Anderson CA, Omar MI, Campbell SE, Hunter KF, Cody JD, Glazener CMA. Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 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* 2010;106(4):515-522.

(22) Filocamo MT, Li Marzi V, Del Popolo G, Ceconi F, Marzocco M, Tosto A, et al. Effectiveness of early pelvic floor rehabilitation treatment for post-prostatectomy incontinence. *Eur Urol* 2005;48(5):734-738.

(23) Franke JJ, Gilbert WB, Grier J, Koch MO, Shyr Y, Smith JA. Early post-prostatectomy pelvic floor biofeedback. *J Urol* 2000;163(1):191-193.

(24) Glazener C, Boachie C, Buckley B, Cochran C, Dorey G, Grant A, et al. Conservative treatment for urinary incontinence in Men After Prostate Surgery (MAPS): two parallel randomised controlled trials. *Health Technol Assess* 2011;15(24):1-290, iii-iv.

(25) Goode PS, Burgio KL, Johnson TM, Clay OJ, Roth DL, Markland AD, et al. Behavioral therapy with or without biofeedback and pelvic floor electrical stimulation for per-

sistent postprostatectomy incontinence: a randomized controlled trial. JAMA 2011;305(2):151-159.

(26) Manassero F, Traversi C, Ales V, Pistolesi D, Panicucci E, Valent F, et al. Contribution of early intensive prolonged pelvic floor exercises on urinary continence recovery after bladder neck-sparing radical prostatectomy: results of a prospective controlled randomized trial. Neurourol Urodyn 2007;26(7):985-989.

(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 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 2008;54(2):438-448.

(29) Ribeiro L, Prota C, Gomes CM, de Bessa J, Boldarine MP, Dall'Oglio MF, et al. Long-term effect of early postoperative pelvic floor biofeedback on continence in men undergoing radical prostatectomy: a prospective, randomized, controlled trial. J Urol 2010;184(3):1034-1039.

(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 2000;355(9198):98-102.

(31) Kliniske retningslinjer: Prostatacancer retningslinjer 2016. DaProCa (Prostatacancer) - Dansk Urologisk Cancer Gruppe (DUCG). Opdateret: 2016. Senest hentet: 16.06.2016. Link: <http://ducg.dk/daproca-prostatacancer/kliniske-retningslinjer/>.

(32) Alemozaffar M, Regan MM, Cooperberg MR, Wei JT, Michalski JM, Sandler HM, et al. Prediction of erectile function following treatment for prostate cancer. JAMA 2011;306(11):1205-1214.

(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. The Journal of Sexual Medicine 2013;10 Suppl 1:102-111.

(34) Candy B, Jones L, Vickerstaff V, Tookman A, King M. Interventions for sexual dysfunction following treatments for cancer in men : [systematic review underway] : personal communication. Cochrane Review [2016].

(35) Chambers SK, Occhipinti S, Schover L, Nielsen L, Zajdlewicz L, Clutton S, et al. A randomised controlled trial of a couples-based sexuality intervention for men with localised prostate cancer and their female partners. Psychooncology 2015;24(7):748-756.

(36) 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. The Journal of Sexual Medicine 2006;3(2):267-273.

- (37) Epstein MM, Edgren G, Rider JR, Mucci LA, Adami H. Temporal trends in cause of death among Swedish and US men with prostate cancer. *J Natl Cancer Inst* 2012;104(17):1335-1342.
- (38) Saylor PJ, Smith MR. Metabolic complications of androgen deprivation therapy for prostate cancer. *J Urol* 2013;189(1):S34-42; discussion S43-44.
- (39) Melton LJ, Lieber MM, Atkinson EJ, Achenbach SJ, Zincke H, Therneau TM, et al. Fracture risk in men with prostate cancer: a population-based study. *Journal of Bone and Mineral Research: The Official Journal of the American Society for Bone and Mineral Research* 2011;26(8):1808-1815.
- (40) Morote J, Orsola A, Abascal JM, Planas J, Trilla E, Raventos CX, et al. Bone mineral density changes in patients with prostate cancer during the first 2 years of androgen suppression. *J Urol* 2006;175(5):1679-1683; discussion 1683.
- (41) Genant HK, Cooper C, Poor G, Reid I, Ehrlich G, Kanis J, et al. Interim Report and Recommendations of the World Health Organization Task-Force for Osteoporosis. *Osteoporosis Int* 1999;10(4):259-264.
- (42) Zhumkhawala A, Gleason JM, Cheetham TC, Niu F, Loo RK, Dell RM, et al. Osteoporosis management program decreases incidence of hip fracture in patients with prostate cancer receiving androgen deprivation therapy. *Urology* 2013;81(5):1010-1015.
- (43) Skolarus TA, Wolf AMD, Erb NL, Brooks DD, Rivers BM, Underwood W, et al. American Cancer Society prostate cancer survivorship care guidelines. *CA: a cancer journal for clinicians* 2014;64(4):225-249.
- (44) Kristiansen M, Adamsen L, Brinkmann FK, Krasnik A, Hendriksen C. Need for strengthened focus on cancer rehabilitation in Danish municipalities. *Danish Medical Journal* 2015;62(4):A5045.
- (45) Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, Juel K. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sygdomsbyrden i Danmark : sygdomme. Sundhedsstyrelsen, 2015. [PDF](#)
- (46) Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *CA: a cancer journal for clinicians* 2016;66(1):7-30.
- (47) Hugosson J, Stranne J, Carlsson SV. Radical retropubic prostatectomy: a review of outcomes and side-effects. *Acta Oncol* 2011;50 Suppl 1:92-97.
- (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* 2013;85(3):686-692.
- (49) Smith MR. Androgen deprivation therapy for prostate cancer: new concepts and concerns. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity* 2007;14(3):247-254.
- (50) Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft - del af samlet forløbsprogram for kræft. Kbh. : Sundhedsstyrelsen, 2012. [PDF](#)

(51) Sundhedsstyrelsen. Opfølgningsprogram for prostatakraft. Version 1.1. Kbh. : Sundhedsstyrelsen, 2015. [PDF](#)

10 Bilag

Bilag 1:	Baggrund
Bilag 2:	Implementering
Bilag 3:	Monitorering
Bilag 4:	Opdatering og videre forskning
Bilag 5:	Beskrivelse af anvendt metode
Bilag 6:	Fokuserede spørgsmål
Bilag 7:	Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer
Bilag 8:	Søgebeskrivelse og evidensvurderinger
Bilag 9:	Arbejdsgruppen og referencegruppen
Bilag 10:	Forkortelser og begreber

Bilag 1: Baggrund

I Danmark lever 18.000 mænd med prostatakraft⁽⁴⁵⁾. Omkring 4.300 diagnosticeres hvert år⁽⁴⁵⁾. Længt de fleste patienter diagnosticeres efter, at de har passeret 55 år og de fleste er ældre end 65 år⁽⁴⁵⁾. Det forventes endvidere, at andelen af patienter med prostatakraft er stigende⁽⁴⁶⁾. Patienterne gennemgår vidt forskellige behandlinger alt efter alvorligheden af den fundne type af prostatakraft⁽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 prostatakraft 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 prostatakraft 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 prostatakraft. 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 sammenfattes 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](#). Værktøjsskassen 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 evidensgradering og anbefalingens styrke.

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 og rehabilitering 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 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](#).

Bilag 6: Fokuserede spørgsmål

For en uddybet beskrivelse af de spørgsmål denne kliniske retningslinje besvarer, se venligst dokumentet vedr. fokuserede spørgsmål [her](#).

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.

- Klinikerne 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

Søgebeskrivelse

Litteratursøgning til denne kliniske retningslinje er foretaget i henhold til Metodehåndbogen for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer. Databaserne er udvalgt til søgning efter nationale kliniske retningslinjer som defineret i Metodehåndbogen.

Der er foretaget tre systematiske søgninger: en søgning efter kliniske retningslinjer og guidelines (guidelines-søgningen); en opfølgende søgning efter sekundærlitteratur (systematiske reviews og meta-analyser) og en opfølgende søgning efter supplerende primærlitteratur til januar 2016. Hvor der ikke er fundet sekundær litteratur, er der søgt primærstudier fra 2005 til januar 2016, hvis ikke andet er angivet. Søgningerne er foretaget ved Kirsten Birkefoss i samarbejde med fagkonsulent Eik Bjerre.

Generelle søgetermer:

Engelske: Prostate cancer, Prostatic cancer, Prostate neoplasms, Prostatic neoplasms, Prostate tumor, Prostatic tumor, Prostate carcinoma, Prostatic carcinoma

Danske: Prostatakræft, prostatacancer, prostatakarcinoma, prostatatumor

Norske: Prostatakreft, Prostatacancer, Prostatakarcinoma, prostatatumor

Svenske: Prostatatumor, Prostatakrebs, Prostatacancer

Tysk: Prostatakarzinom, Prostatakrebs, Prostatatumor

For de opfølgende søgninger er der søgt med individuelle søgetermer for hvert PICO-spørgsmål (se søgeprotokoller for de opfølgende søgninger), der ligger på Sundhedsstyrelsens hjemmeside for denne guideline.

Generelle søgekriterier:

Publikations år: 2005 – januar 2016

Sprog: Engelsk, tysk, dansk, norsk og svensk

Dokumenttyper: Guidelines, clinical guidelines, practical guidelines, MTV, systematiske reviews, metaanalyser, randomiserede studier, observationelle studier (PICO 6 og 7)

Guidelines-søgningen

Den systematiske søgning efter kliniske retningslinjer, guidelines og MTV'er blev foretaget 25.–30.9. 2015 i følgende informationskilder: Guidelines International Network (G-I-N), NICE (UK), National Guideline Clearinghouse (USA), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), CRD/HTA database, SBU (Sverige), Socialstyrelsen (Sverige), Helsedirektoratet (Norge), Kunnskapssenteret (Norge), Helsebiblioteket (Norge),

Center for Kliniske Retningslinjer (Danmark), NHMRC (Australien), Canada Medical Association (Canada), AWMF (Tyskland), Work Loss Data (USA), de skandinaviske biblioteksdata-baser samt Medline, Embase, PsycInfo, Cinahl og Pedro.

De opfølgende søgninger

Søgning efter systematiske reviews og metaanalyser

Den opfølgende søgning efter systematiske reviews og meta-analyser blev foretaget 22. december 2015 – 18. februar 2016. I søgningen indgik søgestrategier for hvert enkelt PI-CO-spørgsmål i databaserne Medline, Embase, Cochrane Library, Cinahl, PsycInfo og Pedro. PICO 2 og 3 blev søgt. Se søgeprotokol for den opfølgende søgning efter sekundærlitteratur på: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationale-kliniske-retningslinjer/udgivelser/>

Der blev identificeret 5393 systematiske reviews og metaanalyser.

Søgning efter primære studier

Den supplerende søgning efter primære studier blev foretaget 5. januar – 19. marts 2016 i databaserne Medline, Embase, Cinahl, PsycInfo og Pedro for randomiserede studier (og observationelle studier PICO 6 og 7). PICO 2 og 3 blev søgt. Se søgeprotokol for den opfølgende søgning efter primærlitteratur på: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationale-kliniske-retningslinjer/udgivelser/>

Der blev identificeret 7544 randomiserede og observationelle studier samt anden primærlitteratur.

Søgeprotokoller

Søgeprotokol samt evidensvurderinger er offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

- AGREE-vurderinger kan tilgås [her](#).
- AMSTAR-vurderinger kan tilgås [her](#).
- RevMan-filer med risiko for bias-vurderinger og meta-analyser samt beskrivelse af in- og ekskluderede studier kan tilgås [her](#).
- Flowcharts kan tilgås [her](#).

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, Cand.psych., Ph.D., Aarhus Universitet, Psykologisk Institut, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Anna Thir Johnsen, Cand.psych., Ph.d., Syddansk Universitet, Institut for Psykologisk, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Annamaria Giraldi, Professor, Overlæge, Ph.d., Psykiatrisk Center København, Sexologisk Klinik, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab
- Annette Møllerup, Klinisk sygeplejespecialist, Postdoc, Roskilde Sygehus, Urologisk afdeling, Syddansk Universitet, Institut for Regional Sundhedsforskning, udpeget af Dansk Sygepleje Selskab
- Charlotte Fryland Filtenbrog, Fysioterapeut, Regionshospitalet Holstebro, udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi
- Helle Hvarnæs, Overlæge, Rigshospitalet, Urologisk klinik, udpeget af Dansk Urologisk Selskab
- Joen Sveistrup, Læge, Ph.d., Rigshospitalet, Onkologisk afdeling, udpeget af Dansk Selskab for Klinisk Onkologi
- Johnny Wejlgaard, Fysioterapeut, Center for Kræft & Sundhed – København, udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi
- Mads Hvid Poulsen, Læge, Ph.d., Odense Universitets Hospital, Urologisk afdeling, udpeget af Dansk Urologisk Selskab
- Mette Moe, Overlæge, Aalborg Universitetshospital, Onkologisk afdeling, udpeget af Dansk Selskab for Klinisk Onkologi
- Ynse de Boer, Speciallæge i almen medicin, udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin

Fagkonsulenten Eik Bjerre her som en del af sekretariatet, jf. nedenfor, været overordnet ansvarlig for litteraturgennemgangen og for at udarbejde et 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 [her](#).

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, Overlæge, Ph.d., Fredericia og Kolding Sygehuse, udpeget af Region Syddanmark
- Christina Birkemose, Specialkonsulent, udpeget af Region Sjælland
- Claus Finne, udpeget af Prostatakræftforeningen
- Grazvydas Tuckus, Afdelingslæge, Aalborg Universitets Hospital, udpeget af Region Nordjylland
- Jens Nielsen, udpeget af Prostatakræftforeningen
- Kirstine Korsager, Fuldmægtig, Sundheds-og Ældreministeriet, udpeget af Sundheds-og Ældreministeriet
- Linea Ohm Søndergaard, Konsulent, Danske Regioner, udpeget af Danske Regioner
- Lone Jørgensen, Afdelingschef, Gentofte Kommune, udpeget af Kommunernes Landsforening
- Marianne Eriksen, Fysioterapeut, Egedal Kommune, udpeget af Kommunernes Landsforening
- Martin Mørck Mortensen, Afdelingslæge, Aarhus Universitetshospital, udpeget af Region Midtjylland
- Mogens Munch Nielsen, udpeget af 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

Peer review og offentlig høring

Den nationale kliniske retningslinje for fedmekirurgi har forud for udgivelsen været i høring blandt følgende høringsparter:

- Dansk Knoglemedicinsk Selskab
- Dansk Prostatacancer Gruppe
- Dansk Prostatacancer Udvalg (DAPROCA)
- Dansk Psykiatrisk Selskab
- Dansk Psykolog Forening
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dansk Selskab for Fysioterapi
- Dansk Selskab for Klinisk Onkologi
- Dansk Sygepleje Selskab
- Dansk Urologisk Selskab
- Danske Fysioterapeuter
- Danske Patienter
- Danske Regioner
- Kommunernes Landsforening
- Kræftens Bekæmpelse
- Læge Videnskabelige Selskaber
- Prostatakræftforeningen
- Rehabiliteringsforum Danmark
- Silkeborg kommune
- Sundheds- og Ældreministeriet
- Sundhedscentret i Høje-Taastrup Kommune

Retningslinjen er desuden i samme periode peer reviewet af:

- Klaus Brasso, professor, overlæge, Rigshospitalet
- Steen Walter, professor dr.med., pensioneret, tidligere ansat på Odense Universitets Hospital og Syddansk Universitet

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.

DXA: 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 eksempel 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.