



POPULÄRVERSION AV

# Nationella riktlinjer för prostatacancer

**ISBN**

978-91-85483-10-5

**Artikelnr**

2007-114-53

**Redaktör**

Birgitta Clarin

**Text**

David Svärd

**Grafisk produktion**

AB Typoform

**Foton**

Matton Images

**Tryck**

Ale Tryckteam, Bohus, mars 2007

# Innehåll

Förord 4

Läsanvisning 6

**KAPITEL 1. Nationella riktlinjer för god vård 8**

**KAPITEL 2. Om prostatacancer 15**

Ohämmad celltillväxt och elakartat beteende 15

**KAPITEL 3. De viktigaste rekommendationerna 18**

Förebyggande åtgärder 18

Behandling 20

Palliativ eller lindrande vård 23

Åtgärder som sjukvården inte ska utföra 24

**KAPITEL 4. Om prioriteringar och rangordningar 26**

**KAPITEL 5. Det tredelade ansvaret 33**

**KAPITEL 6. Hälso- och sjukvårdslagen ger dig möjligheter 35**

**Kontaktinformation 38**

# Förord

Socialstyrelsen har i uppdrag att utarbeta Nationella riktlinjer för god vård. Riktlinjerna ges ut för sjukdomar som rör många människor och tar omfattande samhällsresurser i anspråk. Prostatacancer är en av de sjukdomar som omfattas av riktlinjearbetet. De Nationella riktlinjerna för cancerområdet omfattas också av riktlinjer för bröst- och tjocktarms-ändtarmscancer.

Som patient eller närstående har du rätt att få information om vad riktlinjerna innehåller och på vilka grunder prioriteringar sker i hälso- och sjukvården. Och som sjukvårdspersonal är det viktigt att kunna svara på frågor som rör riktlinjerna för den aktuella sjukdomen.

Därför ger vi från Socialstyrelsen ut en populärversion för var och en av de tre cancerformerna; bröst-, tjocktarms- ändtarmscancer och prostatacancer. Den här versionen riktar sig till patienter och närstående, men även personal inom hälso- och sjukvården kan hämta kunskap om det Nationella riktlinjearbetet i denna version.

## **En tillgänglig populärversion**

Syftet med skriften är att ge kunskap om de Nationella riktlinjernas innehåll samt att skapa förståelse på vilka grunder hälso- och sjukvården gör sina prioriteringar. Förhoppningen är att detta material ska göra det lättare att förstå beslut som fattas i det egna landstinget. Den kan också användas som ett underlag när du vill ställa frågor eller diskutera vård och behandlingar med den medicinska professionen eller de folkvalda.

Texterna i skriften är baserade på det dokument som kallas beslutsstödsdokumentet. Det vill säga det dokument som innehåller rekommendationerna för hur hälso- och sjukvården ska prioritera sina insatser när det gäller vården av de cancersjuka inom bröst, prostata och tjocktarms-ändtarmscancer. Beslutsstödsdokumentet är det underlag som landstingens ledning och de olika verksamheterna ska använda för att prioritera rätt för patienterna.

Riktlinjerna innehåller rekommendationer till hälso- och sjukvården. De ska bidra till att du får god vård på lika villkor oavsett var du bor i landet. Det vill säga att när vården och omsorgen följer rekommendationerna i riktlinjerna får patienterna den vård och behandling som betyder mest för liv, hälsa och livskvalitet oavsett bostadsort.

De Nationella riktlinjerna publiceras i flera delar och är främst skrivna för hälso- och sjukvården och de som fattar beslut. Beslutsfattarna finns både i verksamheten och i landstingens ledning. Dokumenten är omfattande och inte helt enkla att ta till sig för den som inte har medicinska kunskaper eller är väl insatt i ämnet. Det är också ett skäl till varför vi ger ut en mer lättillgänglig sammanfattning.

### **Begränsad information om sjukdomen**

Det är viktigt att understryka att Socialstyrelsen inte har något uppdrag att ge ut patientinformation om specifika sjukdomstillstånd. Därför ger den här skriften ingen heltäckande information om prostatacancer, den är en sammanfattning av de viktigaste delarna i beslutsstödsdokumentet.

Sjukvårdsrådgivningen med flera ger ut information med mycket hög kvalitet om sjukdomen och dess följdverkningar. Sådan information kan du hitta exempelvis på [www.sjukvardsradgivningen.se](http://www.sjukvardsradgivningen.se), eller genom att kontakta den lokala patientföreningen.

Det är vår förhoppning att materialet ska få en stor spridning bland patient- och anhörigföreningar liksom bland sjukvårdens personal så att så många som möjligt får kännedom om de Nationella riktlinjerna, deras syfte och innehåll.

**Kjell Asplund**  
Generaldirektör  
Socialstyrelsen

**Christina Kärvinge**  
Enhetschef  
Socialstyrelsen

# Läsanvisning

Det är viktigt att förstå att den här skriften inte är ett dokument som ska användas för att bringa reda i livet när man fått ett besked om att man insjuknat i prostatacancer. Då behöver du en annan typ av information. Texterna ger dig information om hur vården ska möta behoven för patienter som vårdas för prostatacancer.

Dina egna erfarenheter och intressen avgör vilka delar av dokumentet som du själv kan ha mest nytta av. De olika kapitlen är utformade så att du inte ska behöva läsa alla texter i en följd. Läs istället det som känns mest intressant först för att sedan kunna fördjupa dig för att skaffa mer kunskap.

**I kapitel ett** får du en kort beskrivning av bakgrunden och syftet med de Nationella riktlinjerna och hur de bör fungera i hälso- och sjukvården. Här beskriver vi också på vilket sätt hälso- och sjukvården ska följa upp att riktlinjerna används.

**Det andra kapitlet** innehåller en kort sammanfattande beskrivning om sjukdomen prostatacancer. Vill du läsa mer om sjukdomen rekommenderar vi exempelvis [www.sjukvardsradgivningen.se](http://www.sjukvardsradgivningen.se) eller att du kontaktar den lokala patientföreningen för att få mer information.

**Kapitel tre** är betydelsefullt för dig som vill läsa om de viktigaste rekommendationerna i de Nationella riktlinjerna. Här tar vi upp några av de sjukdomstillstånd och tillhörande behandlingar som i riktlinjerna fått en hög prioritet. Vi beskriver också några av de åtgärder som har lägre prioritet.

I det tredje kapitlet återger vi också de åtgärder som Socialstyrelsen rekommenderat att hälso- och sjukvården inte ska utföra inom prostatacancersjukvården. Vill du läsa mer om detta finns hela listan i beslutsstödsdokumentet. Det hittar du på Socialstyrelsens webbplats: [www.socialstyrelsen.se/Nationella\\_riktlinjer](http://www.socialstyrelsen.se/Nationella_riktlinjer).

**Kapitel fyra** beskriver de principer som ligger till grund för prioritering. Vi förklarar de tre etiska grundvärderingarna som ska ligga till grund för prioritering och som handlar om:

- människovärde
- behov och solidaritet
- kostnadseffektivitet

**Kapitel fem** ger en kort information om hur ansvaret för hälso- och sjukvården fördelas i Sverige.

**Det sjätte kapitlet** består i huvudsak av korta sammanfattningar av de lagar och regelverk som kan vara viktiga att känna till.

I slutet av dokumentet får du viss kontaktinformation.

# Nationella riktlinjer för god vård

I det här kapitlet berättar vi om varför det är viktigt med Nationella riktlinjer, hur de ska användas av de olika nivåerna inom hälso- och sjukvården och hur de rekommendationer som finns i de Nationella riktlinjerna ska uppfattas.

Socialstyrelsen tar fram Nationella riktlinjer för god vård på uppdrag av regeringen. Riktlinjerna ska ge stöd åt de regionala och lokala beslutsfattarna och personalens prioriteringar inom sjukvården och på så sätt bidra till att patienterna får en god vård.

Riktlinjerna innehåller rekommendationer. De ska vägleda sjukvården, men är inte tvingande. Eftersom riktlinjerna är ett resultat av den samlade expertisens kunskaper om ett sjukdomsområde, och ett omfattande förankringsarbete i sjukvårdsregionerna, finns det en vilja både hos personalen och i landstingens ledningar att följa dem.

## **Nationella riktlinjer för prostatacancer**

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen i Sverige. Varje år får 10 000 män diagnosen prostatacancer. Det är en av de stora folksjukdomarna. Antalet som drabbas förväntas också öka i takt med att de äldre i samhället blir fler.

Det finns alltså all anledning att ge ut Nationella riktlinjer för prostatacancersjukvården. Med rätt typ av behandling, omvårdnad och rehabilitering – det som riktlinjerna tar upp – kan sjukvården både upptäcka prostatacancer tidigt och ge dem som drabbas av sjukdomen de bästa möjligheterna till ett bra liv.

### **SEX VERSIONER**

Nationella riktlinjer för bröst, kolorektal- och prostatacancersjukvård ges ut i sex versioner: ett huvuddokument med rekommendationer, tre faktadokument (ett för varje tumörform), ett dokument för de politiskt ansvariga och tre dokument (ett för varje tumörform) för patienter och närstående.





### **Riktlinjerna ger sjukvården en gemensam utgångspunkt**

Den svenska sjukvården ska ge en god vård och erbjuda de mest effektiva behandlingarna över hela landet. För att komma dit behöver vårdpersonal och beslutsfattare ha gemensamma kunskaper om vad som gör mest nytta för både individen och samhället i stort. Socialstyrelsens Nationella riktlinjer ska vara en sådan utgångspunkt.

### **Rangordningen ett stöd**

För alla Nationella riktlinjer för god vård gäller att de bygger på den samlade medicinska kunskapen och beprövade erfarenheten inom respektive sjukdomsområde. De innehåller rekommendationer för vård och behandling av patienter med svåra kroniska sjukdomar. Det finns riktlinjer för till exempel bröst – och tjocktarms-ändtarmstacancer, stroke, diabetes, Astma/KOL och hjärtsjukdomar.

I riktlinjerna rangordnas olika typer av verksamheter, behandlingar och åtgärder. Rangordningen ska ligga till grund för beslut som tas på alla nivåer av sjukvården. Det kan vara beslut om vårdprogram som innebär att många delar inom sjukvården måste samarbeta för att nå ett gemensamt mål. Det kan också vara beslut om att sjukvården ska använda ett särskilt läkemedel, som ger god effekt i förhållande till vad det kostar, för att behandla ett sjukdomstillstånd.

### **Anpassade på gruppnivå**

Det är viktigt att känna till att riktlinjerna är skrivna för att ge mesta nytta åt en hel patientgrupp, i det här fallet prostatacancerpatienter. Det betyder att de gynnar hela gruppen, det vill säga alla som har sjukdomen, men för den skull behöver rekommendationerna inte passa en enskild individ som ingår i gruppen.

Sjukvårdspersonalen måste alltid bedöma från fall till fall vilken behandling och vård som passar den enskilda individen bäst. Den bedömningen sker efter hur svårt sjuk du är och vilka behov du har av vård och behandling.

### **Riktlinjerna är ett stöd för dig**

Som patient eller närstående kan du använda riktlinjerna som ett stöd i dina kontakter med vården och när du samtalar med vårdpersonalen. Om du inte har fått den vård som riktlinjerna rangordnar högt eller om du har fått en behandling som riktlinjerna avråder från kan du ta upp detta till diskussion både med vårdens personal och med landstingets ledning. Med ledning menar vi både de folkvalda och tjänstemannaledningen.

Även patientföreningarna kan självklart ha riktlinjerna som stöd i sitt arbete för att de som insjuknat ska få god vård. Patientföreningarna för de tre tumörformerna bröst-, tjocktarms- och prostatacancer har också varit delaktiga när riktlinjerna tagits fram.

### **Olika sätt att skapa god vård i olika delar av landet**

Att den svenska sjukvården ska ge god vård på lika villkor och vara lika effektiv över hela landet betyder inte att den ska vara organiserad eller bedrivs på exakt samma sätt. I regioner med stora avstånd och långt mellan sjukhus med all specialistkunskap måste landstingen finna andra lösningar för patienterna.

För vissa sjukdomstillstånd är det nödvändigt att handla snabbt. Det kan innebära att det mer akuta tillståndet måste lösas i ambulansen när det är långt till sjukhuset. Det kan också innebära att ett landsting måste ha större beredskap med riktigt snabba transporter, till exempel helikopter. Det kan också vara så att de olika delarna i vården – till exempel ambulansen, akuten och vårdavdelningen – måste finna bättre samarbetslösningar.

Det viktiga är att oavsett var du bor har du alltså rätt till en god vård som utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet.

### **Användningen av de Nationella riktlinjerna**

Eftersom sjukvården har begränsade resurser är ett viktigt mål att ge de patienter som har störst behov, den vård och behandling de behöver. Riktlinjerna ska bidra till att hälso- och sjukvårdens resurser används effektivt och fördelas efter behov. Och att det sker på ett likartat sätt i hela landet – vårdens kvalitet ska vara likvärdig.

#### **...på ledningsnivå**

Med ett systematiskt utvecklingsarbete utifrån de Nationella riktlinjerna och med rätt kompetens, insatser, organisation och samverkan, finns stora möjligheter att patienten och dennes närstående får ett bra liv trots att de har drabbats av prostatacancer

Landsting och regioner kan använda de Nationella riktlinjerna när de tar fram sina regionala och lokala vårdprogram för till exempel prostatacancer. På så sätt är det också enklare att samarbeta mellan olika aktörer inom vården.

#### **...på verksamhetsnivå**

Genom informationen i riktlinjerna om vilka behandlingar som ger bäst resultat kan verksamhetens ledning exempelvis upptäcka att de förbrukat alltför mycket pengar på en dyr medicin istället för en billigare medicin med samma effekt – och då besluta om en förändring som ger pengar till vården och samma nytta för patienten.

Inom till exempel prostatacancer vården säger riktlinjerna att innan man tar ett PSA test för att kontrollera värdet av PSA i blodet ska mannen först ha fått information om för- och nackdelar med testet. Det innebär att man på en verksamhetsnivå ska ta ansvar för att detta sker och följa

upp detta. Det måste finnas rutiner för att informationen finns tillgänglig, att uppföljande samtal skett så att mannen får vägledning i sitt beslut om att ta provet.

### **...på avdelningen**

Även personalen måste självklart prioritera. En läkare måste välja vilken patient som ska få vård först, vilka operationer och behandlingar hon ska utföra och vilka läkemedel hon ska ordinera. En sjuksköterska måste till exempel välja hur trycksår ska förebyggas. Ska hon välja den dyrare madrassen eller anser hon att patienten får tillräckligt god vård genom att regelbundet byta läge på patienten? Inget val behöver vara fel utan avgörs av patientens behov.

### **Användningen av de Nationella riktlinjerna ska följas upp**

Socialstyrelsen har i uppdrag att redovisa till regeringen hur riktlinjerna påverkar medicinsk praxis. Den uppföljning som planeras behöver svara på två frågor:

1. Följer man föreslagen prioritering genom att se till att i första hand möta de behov som fått högst prioritet och fördela resurser för att säkerställa detta?
2. Är vården av god kvalitet?

En sådan kartläggning av praxis kommer att genomföras i anslutning till att riktlinjerna blir färdiga och kommer därefter att upprepas för att göra det möjligt att följa förändringar över tid.

### **Kvalitetsindikatorer för cancersjukvården**

I samband med arbetet med Nationella riktlinjerna för bröst-, tjocktarms- ändtarmscancer och prostatacancersjukvård har Socialstyrelsen tagit fram ett antal kvalitetsindikatorer för cancervården.

Vi har tagit fram kvalitetsindikatorerna utifrån sex kvalitetsområden som tillsammans definierar begreppet god vård. De sex kvalitetsområdena är:

#### **KVALITETSINDIKATORER**

Kvalitetsindikatorer ska visa om landstingen använder de åtgärder som rekommenderas i de Nationella riktlinjerna och som Socialstyrelsen bedömt vara viktiga för vårdens utveckling. De ska man särskilt bevaka.

#### **PRAXIS**

Praxis – det sätt på vilket vården arbetar. Följer man riktlinjerna eller ej.

- *Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård*, som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta varje patients behov på bästa sätt.
- *Säker hälso- och sjukvård*, som aktivt förebygger skador.
- *Patientfokuserad hälso- och sjukvård*, som ges med respekt och lyhördhet för varje patients behov.
- *Effektiv hälso- och sjukvård*, som utnyttjar tillgängliga resurser på bästa sätt för att nå uppsatta mål.
- *Jämlig hälso- och sjukvård*, som ges och fördelas på lika villkor för alla.
- *Hälso- och sjukvård i rimlig tid*, som innebär att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på vårdinsatser.

De indikatorer som väljs ut belyser antingen sjukvårdens resultat eller i vilken utsträckning man arbetar med behandlingsmetoder som visats ha betydelse för behandlingsresultatet.

### **Gemensamma kvalitetsindikatorer**

Totalt sett finns det för de tre cancerformerna bröst, tjocktarms- ändtarms- och prostatacancer 27 stycken kvalitetsindikatorer som ska mäta vårdens arbetssätt och resultat. Nedan finns de gemensamma kvalitetsindikatorerna eller mätområden som Socialstyrelsen anser att sjukvården ska följa upp:

- Överlevnad och dödlighet
- Multidisciplinär bedömning i enlighet med fastställda vårdprogram
- Täckningsgrad i nationellt kvalitetsregister med tillhörande regionalt/nationellt vårdprogram
- Tid från remissutfärdande till första besök hos läkare på specialistmottagning
- Tid från diagnostisk åtgärd till besked om diagnos
- Tid från behandlingsbeslut till terapeutisk åtgärd vid nyupptäckt cancer
- Användning av NRS skala (Numeric Rating Scale, 0–10) för skattning av smärta i det palliativa skedet
- Registrering av dödsfall i svenska palliativregistret
- Ordination av morfinpreparat vid behov mot smärta till patient i livets slutskede
- Tillgång till kontaktsjuksköterska/motsvarande med tydligt definierat uppdrag och koordinerande funktion inom respektive verksamhet



### **Tumörspecifika kvalitetsindikatorer – prostatacancer**

Bland de specifika kvalitetsindikatorerna för prostatacancer är;

- Andel män som före PSA-prov tagit del av den nationella, skriftliga informationen
- Andel patienter yngre än 65 år med nyupptäckt lokaliserad prostatacancer (T1-T2) som får kurativt syftande behandling

Vill du läsa mer om de kvalitetsindikatorer som gäller för prostatacancervården kan du söka informationen på [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) och länken Nationella riktlinjer

### **De Nationella riktlinjerna ett stöd för tillsynen**

Socialstyrelsens bedriver tillsyn över hälso- och sjukvården med det övergripande syftet att förebygga skador och eliminera risker i hälso- och sjukvården. Tillsynen utgår dels från anmälningar t.ex. anmälan enligt Lex Maria och anmälan från patienter/anhöriga, dels från myndighetens egna initiativ, s.k. stödjande verksamhetstillsyn med fokus på patientsäkerhet. I detta arbete kan de Nationella riktlinjerna fungera som ett stöd.

# Om prostatacancer

## Ohämmad celltillväxt och elakartat beteende

Cancer innebär att en eller möjligen ett fåtal av cellerna förändras. Av något skäl fungerar inte cellen som den ska. Den har blivit en cancercell och lyder inte längre de lagar som råder för normal celltillväxt.

Cancercellen delar sig och tumören växer. Ett gemensamt drag för alla cancertyper är att celledningen inte längre är kontrollerad. Det innebär att celledningen inte avstannar när normal mängd vävnad bildats utan att delningen ständigt pågår. Det betyder att cancercellerna hela tiden blir allt fler och bildar en tumör (cancersvulst). Men oftast dröjer det flera år innan canceren ger upphov till symtom och upptäcks.

Ett annat gemensamt drag är det elakartade beteendet. Det innebär att canceren förstör den vävnad den växer i, och samtidigt växer den ihop med andra omgivande delar. Det gör den för att få näring för att överleva, precis som kroppens övriga celler behöver tumörcellen näring. Tumörens grad av elakartat beteende beror på vilken celltyp den har sitt ursprung i. Vissa cancerformer växer och sprider sig snabbt, medan andra tar lång tid på sig.

Om canceren växer in i blod- och lymfkärl eller i någon av de stora kroppshålorna (lungsäck och bukhåla) öppnas vägar för spridning till andra organ. Då kan det skapas dottersvulster (metastaser) i andra delar av kroppen.

### LYMFSYSTEMET

Lymfsystemet är precis som blodsystemet utbredd över hela kroppen. Det försvarar kroppen mot infektioner, inte bara genom immunförsvaret, utan även genom att bland annat direkt ta hand om bakterier. Cancercellerna transporteras via lymfsystemet till andra delar av kroppen.

Vanligast är att cancer sprids via lymfbanorna. Vid till exempel bröstcancer kan det skapas dottersvulster i armhållans lymfkörtlar eftersom lymfbanorna från bröstet leder dit.

### **Cirka 200 olika cancersjukdomar**

Det finns cirka 200 olika cancersjukdomar. Sjukdomarna delas in i olika grupper efter den celltyp som canceren utgår från. En cancer som utgår från en bröstkörtel hör till en grupp och en cancer som bildas i tjocktarmens slemhinna hör till en annan grupp.

### **Vanligaste cancerformen i Sverige**

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen i Sverige. 35 procent av alla cancerfall bland män är prostatacancer. Varje år upptäcks omkring 10 000 nya fall. En av tio män får sjukdomen under sin livstid.

Sjukdomen är mycket ovanlig bland män yngre än 50 år. Därefter ökar förekomsten med stigande ålder, och hälften av fallen hittas hos män som är över 70 år. Den vanligaste åldersgruppen som får prostatacancer är män mellan 60–70 år.

### **Antalet insjuknande ökar**

Antalet prostatacancerdiagnoser har ökat markant under de senaste 40 åren, från omkring 2 000 diagnoser per år i början på 1960-talet till strax under 10 000 diagnoser 2004. Ökningen har varit speciellt markant sedan slutet på 1990-talet och beror till största delen på en ökad diagnostisk aktivitet genom användning av PSA-prov.

### **Ett av tio fall är ärftligt**

Vad som orsakar prostatacancer är okänt. Det man vet är att cancerformen är beroende av det manliga könshormonet testosteron för att kunna utvecklas. Man vet också att ungefär var tionde fall av prostatacancer är ärftligt. Sjukdomen är vanlig i Skandinavien och USA men mycket ovanlig i Kina och Japan. Det tyder på att orsakerna skulle kunna hänga samman med livsstil och miljö.

### **Behandling varierar från fall till fall**

Vilken typ av behandling av prostatacancer som är bäst varierar mycket från fall till fall. Det beror också på vilket stadium canceren är i. Tidiga stadier av prostatacancer växer inte in i omkringliggande vävnader. Då



är det möjligt att ta bort hela tumören genom operation eller strålbehandling. Hos äldre män brukar man ändå avvakta i dessa fall och nöja sig med regelbundna kontroller.

### **Hela prostatakörteln tas bort**

Det är vanligt att man tar bort hela prostatan och sädesblåsorna (mynnar ut vid prostatan), så kallad radikal prostatektomi. På så sätt vill man ta bort all cancervävnad, men då får inte canceren ha spridit sig.

# De viktigaste rekommendationerna

I det här kapitlet sammanfattar vi de viktigaste rekommendationerna. Hela rangordningslistan finns i Nationella riktlinjer för bröst-, tjocktarms- ändtarms- och prostatacancersjukvård 2006 – Beslutsstöd för prioriteringar. Den kan du ladda hem som pdf-fil eller beställa som bok på [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).

De Nationella riktlinjerna täcker in alla delar av vården. De innehåller rekommendationer om åtgärder före, under och efter prostatacancerpatientens sjukhusvistelse. Det handlar om förebyggande och akuta åtgärder, behandling, rehabilitering och palliativ vård. Vi har också tagit med åtgärder som vi avråder sjukvården från att använda.

## Förebyggande åtgärder

### **Prostatacancer – förebyggande hälsovård**

Rökstopp och ökad fysisk aktivitet kan möjligen minska risken för prostatacancer. Att dessa åtgärder samtidigt får andra viktiga hälsoeffekter råder det ingen tvekan om. Rökning är ju bland annat en mycket stor riskfaktor för lungcancer.

### **Inte moget införa screening för prostatacancer**

Screening för prostatacancer genom att ta PSA-prov ligger i forsknings- och utvecklingslistan. Det beror på att det i dag inte finns tillräckligt med vetenskapligt underlag för att bedöma effekterna av screening med PSA för prostatacancer.

#### **PSA – PROSTATASPECIFIKT ANTIGEN**

PSA – Prostataspecifikt antigen är ett äggviteämne som bildas i prostatakörteln. Mer PSA  $\mu\text{g/l}$  läker ut i blodet vid cancer än normalt då det mesta utsöndras via sädesvätskan. Även vid andra tillstånd än cancer kan PSA-halten vara något förhöjd.

Förvisso finns det ett visst vetenskapligt underlag för att screening med PSA i åldersgruppen 50–70 år skulle kunna leda till ökad upptäckt och därmed minskad dödlighet i prostatacancer. Men samtidigt finns det skäl att tro att screeningen skulle leda till stor överdiagnostik och överbehandling av tumörer. Med det menar man att många tumörer kommer att upptäckas och behandlas i onödan.

Det hänger ihop med att det inte finns någon bra metod för att bestämma om det är snabbväxande cancer eller inte. Om det är en långsamt växande cancer är kirurgi eller strålbehandling inte alltid det bästa alternativet. I många fall är det inte ens säkert att canceren överhuvudtaget skulle ha upptäckts under mannens livstid. I ljuset av det kan det vara bättre att leva i ovetskap om sin cancer, istället för att gå igenom årtal av behandlingar och oro som en konstaterad cancer innebär.

De allra flesta män med ett måttligt förhöjt PSA har en godartad prostataförstoring och inte cancer. Denna grupp skulle behöva gå igenom onödiga undersökningar och därmed onödigt lidande bara för att få veta att de är friska. Dessutom är inte ett test som visar ett normalt PSA-värde en garanti för att slippa prostatacancer.

Ytterligare ett argument som talar emot screening med PSA är att det skulle innebära stora kostnader som är svåra att motivera eftersom det innebär att man använder pengarna till något som inte säkert innebär någon nytta för patienterna.

### **Skriftlig information före PSA-provet**

En man som sjukvården ska ta ett PSA-prov på, ska innan provtagningen få en strukturerad skriftlig information om både nackdelar och fördelar med provet (som vi tar upp ovan). Dessutom ska informationen följas upp av behandlande läkare så att patienten får stöd i sitt beslut om att ta eller inte ta ett PSA prov. Åtgärden har fått hög prioritet i riktlinjerna.

# Behandling

## **Lokaliserad prostatacancer**

Vid lokaliserad prostatacancer är risken för förtida död beroende av tumörutbredning, PSA-nivå och tumörens aggressivitet. Patienterna indelas därför i tre grupper från låg- till högrisk.

När det gäller prostatacancer finns det också skäl att ta hänsyn till förväntad återstående livslängd, eftersom prostatacancers naturliga förlopp kan leda till att en åtgärd inte hinner få effekt innan patienten avlider i någon annan sjukdom. I den kliniska situationen måste man göra en individuell bedömning av patientens förväntade livslängd. Det innebär att en 80-åring kan ha en sådan biologisk status att han har en förväntad livslängd så lång att han har stor nytta av att få aktiv behandling mot sin prostatacancer. Medan en multisjuk 60-åring kan ha en alltför kort förväntad livslängd för att hinna få nytta av åtgärden.

De behandlingsalternativ som kan övervägas är:

- Radikal prostatektomi – att kirurgiskt avlägsna prostatakörteln
- Strålbehandling (extern eller sk brachyterapi)
- Aktiv bevakning av patienten inför senare beslut om behandling
- Symtomstyrd behandling

Kirurgi och strålbehandling har fått samma rangordning eftersom behandlingsresultaten för extern strålbehandling och brachyterapi är jämförbara med dem från operera bort prostatakörteln vid lokaliserad prostatacancer.

För de olika riskgrupperna har behandlingsalternativen fått olika prioritet.

## **Förväntad överlevnad mer än 10 år**

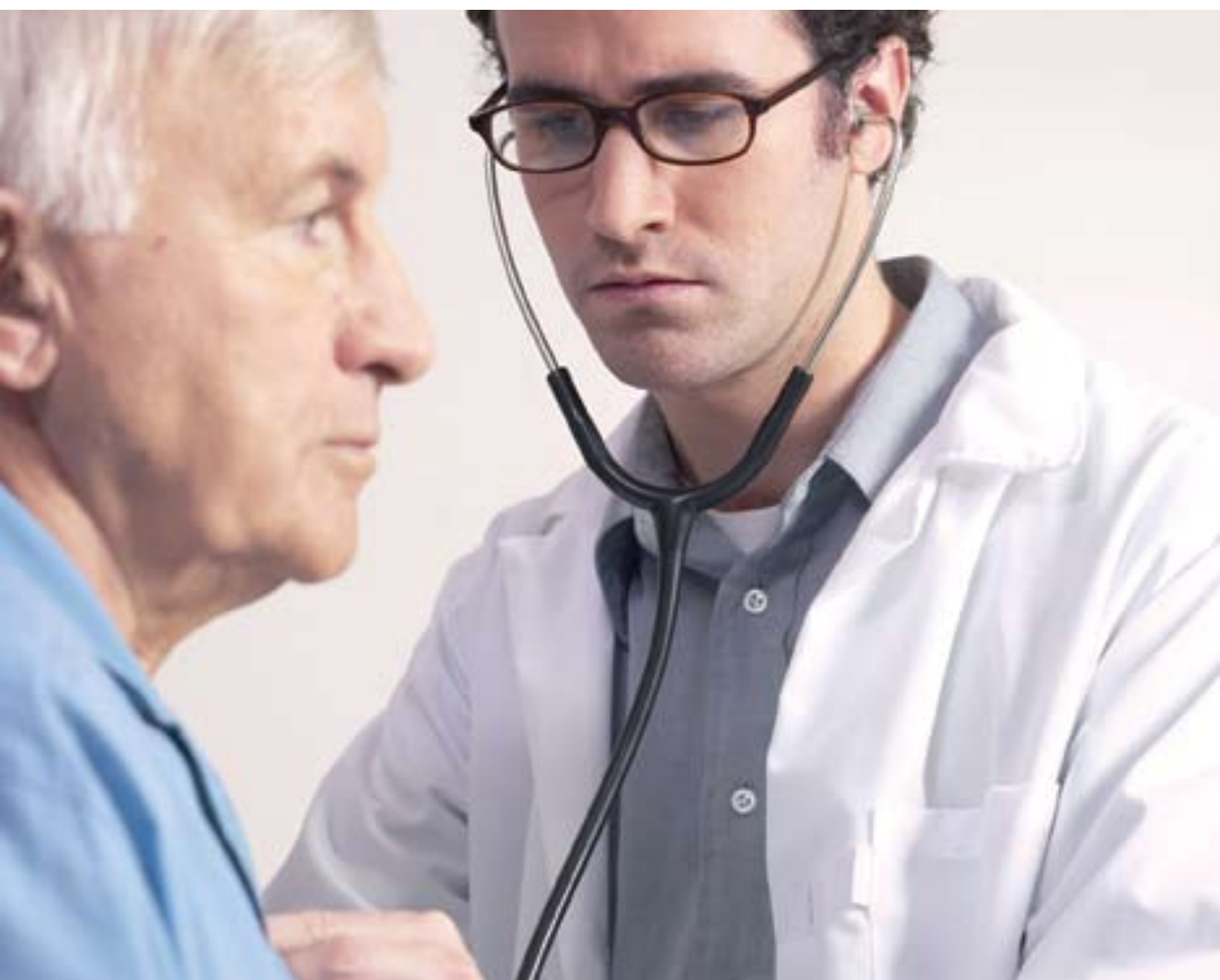
### *Lågriskgrupp*

Tillämpa i första hand aktiv kontinuerlig bevakning av sjukdomens utveckling för att senare ta ställning till val av behandling.

Erbjud i andra hand radikal prostatektomi eller extern strålbehandling.

### *Intermediär/högriskgrupp*

Erbjud i första hand radikal prostatektomi eller strålbehandling där dosen höjs stegvis.



Använd inte symtomstyrd behandling annat än efter patientens uttryckliga begäran på grund av risken för bildning av metastaser och förtida död.

#### **BRAKYTERAPI**

Brachyterapi eller brakyterapi kan användas vid lokaliserad prostatacancer. Denna kan ges utifrån eller inuti tumören (brakyterapi). Det sistnämnda innebär att grova nålar sticks in i tumören och att en radionuklid förs in i dessa så att intensiv lokal strålning ges en kort stund. Alternativt kan små korn med radionuklid placeras i tumören och lämnas kvar. En biverkan av strålning är en period av irritation i urinblåsa och ändtarm.

KÄLLA: NATIONALENCYKLOPEDIEN

## **Förväntad överlevnad mindre än 10 år**

Använd i första hand symtomstyrd behandling.

### *Lokalt avancerad prostatacancer*

Vid lokalt avancerad cancer har tumören vuxit utanför prostatan och ibland även in i intilliggande områden. Då ges behandling för att minska produktionen av det manliga könshormonet testosteron i syfte att hålla tumören i schack. Ofta krymper tumören och blir inaktiv.

De behandlingar som är aktuella:

- Kombination av strålbehandling och hormonbehandling
- Behandling med antiandrogener
- Kirurgisk kastraktion
- Medicinsk kastraktion
- Symtomstyrd behandling

Även här skiljer sig patienternas nytta av de olika behandlingsalternativen beroende på förväntad återstående livslängd.

## **Förväntad återstående livslängd mer än 5 år**

För i övrigt relativt friska patienter med lång förväntad överlevnad bör man i första hand överväga kombination av strålbehandling och hormonbehandling.

Jämfört med symtomstyrd behandling ger såväl antiandrogenbehandling som medicinsk eller kirurgisk kastration förlängd överlevnad, god symtomlindring och minskad risk för dottertumörer.

## **Förväntad återstående livslängd mindre än 5 år**

Om patienten är symtomfri överväg i första hand hormonell behandling som ges först vid när symtom visar sig. Vid symtom tillämpa kirurgisk eller medicinsk kastration.

### **ANTIANDROGENER**

Behandling med antiandrogener har fått högre prioritet för denna grupp än medicinsk eller kirurgisk kastration eftersom den vanligtvis inte påverkar sexlusten eller förmågan att få erektion, vilket de andra två behandlingarna gör. Den ger också mindre biverkningar i form av blodvallningar och osteoporos.

Kastration ger för denna grupp mindre riskökning för benskörhet, samtidigt som bieffekter i form av minskad sexuell funktion och fysisk kapacitet sällan är av betydelse för denna patientgrupp.

#### *Lindrande behandling*

Palliativ behandling med cellgifter har först nyligen visat sig ge resultat för patienter med prostatacancer.

Vid smärtor från skelettmetastaser ska palliativ strålbehandling alltid övervägas.

## Palliativ eller lindrade vård

Från och med att den botande behandlingen avslutats fram till att patienten avlider kallas vården för palliativ, det vill säga lindrande vård. Den palliativa vården ska ge trygghet och bästa möjliga symtomlindring, så att patienten kan leva ett liv med kvalitet ända fram till döden.

Många av de palliativa åtgärderna är inte knutna till någon av de specifika tumorsjukdomarna. Det beror på att ett stort antal problem och symtom är generella för alla cancersjukdomar. Smärta, trötthet, muntorrhet, aptitlöshet, förstoppning, illamående och kräkningar är några av de symtom som drabbar många cancerpatienter i den palliativa fasen.

#### **Före och efter brytpunkten**

I samband med palliativ vård brukar man skilja mellan före och efter brytpunkten. För lindrande vård före brytpunkten finns fortfarande målen att både förlänga liv och förbättra livskvaliteten. Efter brytpunkten finns endast målet att upprätthålla bästa möjliga livskvalitet för både patienten och de närstående.

#### **PALLIATIV BEHANDLING**

Palliativ behandling innebär att man inte riktar in vården på att bota sjukdomen utan att ge vård som lindrar sjukdomens effekter. I följande beskrivning använder vi både begreppen palliativ och lindrande vård.

### **Palliativa insatser har hög prioritet**

Överlag har palliativa insatser som har god effekt fått hög prioritet. Det beror på att tillstånden som ska åtgärdas är mycket svåra. Så trots att åtgärderna inte alltid kunnat utvärderas vetenskapligt och trots att de inte är botande har de fått hög prioritet.

Oftast är det inte etiskt försvarbart att genomföra studier inom palliativ medicin där man jämför två grupper.

### **Allmän omvårdnad**

Palliativa insatser handlar som sagt om att höja eller behålla patientens livskvalitet. En av de allmänna omvårdnadsinsatser som fått hög prioritet både före och efter brytpunkten är att göra det möjligt för patienten att klara vardagliga aktiviteter, som att tvätta och klä sig, bädda sängen, laga mat och diska. Det kan innebära att patienten får sitt hem anpassat efter den nya livssituationen, till exempel att man sätter in en toalettstolsförhöjning eller att man tar bort trösklar. Munvård och förebyggande av trycksår är andra insatser som fått hög prioritet i riktlinjerna.

### **Smärta och illamående**

Vid tumörsmärta har analys av smärtan och läkemedelsbehandling fått hög prioritet både före och efter brytpunkten.

Likaså har behandling vid illamående fått hög prioritet före brytpunkten. Behandling med läkemedel efter brytpunkten är fortfarande lika viktig, medan behandling av orsaken fått låg rangordning.

## Åtgärder som sjukvården inte ska utföra

### **Strålbehandling och kirurgi för låg och högriskgrupper**

För män med oförändrat men förhöjt PSA-värde (3–10 µg/ml) efter två omgångar prostatabiopsier utan säkerställd prostatacancerdiagnos, är rekommendationen att vården inte ska utföra en tredje eller ytterligare omgångar systematiska mellannålsbiopsier av prostata. En sådan åtgärd har mycket liten nytta för patienten.

För patienter med lokaliserad prostatacancer som beräknas ha en förväntad återstående livslängd mindre än tio år och som tillhör



högriskgruppen rekommenderas inte operativt avlägsnande av prostata med nervsparande teknik. Detta eftersom man riskerar att avlägsnandet av prostata i sådana fall inte blir total.

Dessa två åtgärder tillhör de åtgärder som finns på Icke – göra listan. Den listan finns i beslutsstödsdokumentet. Det kan du hämta på socialstyrelsens webbplats [www.socialstyrelsen.se/riktlinjer](http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer)

# Om prioriteringar och rangordningar

I Nationella riktlinjer för prostatacancersjukvården är hela sjukdomsprocessen indelad i olika sjukdomstillstånd som kopplas ihop med en specifik åtgärd. Det finns 180 kombinationer av sjukdomstillstånd och åtgärder vid prostatacancer och dessutom ytterligare 35 kombinationer som berör olika lindrande åtgärder och som är gemensamma med bröstcancer och tjocktarms-ändtarmscancer. Här nedan ser du exempel på två kombinationer:

TILLSTÅND	ÅTGÄRD
PSA 4–10 µg/ml hos symptomfria män. Förväntad överlevnad >10–15 år	Palpation+TRUL+ultraljudsledd systematisk mellannålsbiopsi
Intermediär riskgrupp Förväntad överlevnad >10 år	Öppen retropubisk eller laparoskopisk RPE n

Varje tillstånds- och åtgärdspar är rangordnat i en skala från 1 till 10. En åtgärd som fått siffran 1 har alltså högst prioritet. Det betyder att vi har värderat den som en mycket viktig åtgärd. Åtgärder mellan 1 och 9 bör sjukvården kunna erbjuda om det finns resurser till det. En åtgärd som fått rangordningen 10 har mycket liten medicinsk nytta, eller liten medicinsk nytta i förhållande till kostnaden. Sjukvården bör alltså vara restriktiv med att ge prioritet till en åtgärd med rangordningen 10.

En princip för rangordningen är att svåra sjukdomstillstånd och relativt sett billiga åtgärder rangordnas högre, medan mindre allvarliga sjukdomstillstånd och relativt sett dyrare åtgärder rangordnas lägre.

Åtgärder som har fått samma rangordning, till exempel 4, har ingen inbördes rangordning.



### **Gruppen och den enskilda patientens behov**

Som vi tidigare framhållit: Åtgärderna är rangordnade på gruppnivå. Rangordningen gynnar alltså hela gruppen med en speciell sjukdom/ diagnos, men behöver för den skull inte passa alla individer i gruppen.

När det handlar om vilken behandling och vård som passar bäst för den enskilda individen måste sjukvårdspersonalen bedöma det från fall till fall. Det kan till exempel finnas sådant i patientens sjukdomsbild som talar emot att använda en viss åtgärd oberoende om den är högt eller lågt rangordnad.

Det finns också åtgärder som varken har en bevisad effekt eller stöd i beprövad erfarenhet. Socialstyrelsen rekommenderar sjukvården att inte använda sådana åtgärder alls, eller i varje fall inte rutinmässigt.

Rangordningen är en samlad bedömning av

- sjukdomstillståndets svårighetsgrad
- patientnyttan
- kostnadseffektivitet
- evidens (bevis, vetenskap eller beprövad erfarenhet, för åtgärdens effekt).

HÄLSO-TILLSTÅND Åtgärd	SJUKDOMENS SVÅRIGHETS- GRAD	EFFEKT AV ÅTGÄRD	EVIDENS FÖR EFFEKT*	KOSTNAD PER VUNNET LEVNADS- ÅR/ QALY**	HÄLSO- EKONOMISK EVIDENS	REKOM- MENDA- TION	KOMMENTAR
PSA 4-10 µg/ml hos symtomfria män Förväntad över- levnad >10-15 år	Förekomst av cancer ca 25%. Om rektalpal- pationsfyndet också är positivt har över 50 % prostatacancer.	Goda chanser till bot av de patienter som visar sig ha cancer, speciellt om tumören ej är palpabel och har en Gleasonsumma ≤ 7 (kring 80%).	Gott veten- skapligt underlag	Ej bedöm- ningsbar	Ej bedöm- ningsbar	2	relativt hög andel (25%) cancer samt god chans till bot.
Palpation + TRUL + ultraljudsledd systematisk mellannålsbiopsi							

\* **Evidens för effekt:** Hur tillförlitlig är de vetenskapliga bevisen för att en viss åtgärd innebär att patienten har nytta av behandlingen/vården.

\*\* **Kostnad per vunnet levnadsår:** Här görs en bedömning eller uträkning, när det är möjligt, på vad kostnaden är för den tid man vinner i förlängt liv. Mycket hög kostnad för en åtgärd har satts till 1 miljon kronor per år.

Beslutsfattare och sjukvårdspersonal ska använda rangordningslistan som ett underlag när de prioriterar verksamheter, vård och behandling.

### **Utdrag ur rangordningslistan**

På s. 28 finns ett utdrag från rangordningslistan. Hela listan finns i Nationella riktlinjer för bröst-, tjocktarms-ändtarms- och prostatacancersjukvård – Beslutsstöd för prioriteringar. Den kan du ladda hem som pdf eller beställa som bok på [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se). Det går också bra att beställa boken. Så här ser rangordningslistan ut. Tabellen visar ett exempel ur rangordningslistan för prostatacancer.

### **Rangordningslistan täcker in hela vården**

Rangordningslistan täcker in alla delar i sjukdomsförloppet: det som händer före, under och efter sjukhusvistelsen. Den rangordnar åtgärder som sjukvården gör innan patienten kommer till sjukhuset. Det kan vara åtgärder som SOS alarm och ambulanssjukvården gör. Den rangordnar åtgärder på landets sjukhus, till exempel på akutavdelningar och vårdavdelningar. Och den rangordnar åtgärder som rehabiliteringsavdelningar och primärvården utför.

Men rangordningslistan tar inte bara upp vad varje del för sig utför. Många sjukdomstillstånd kräver att flera delar av sjukvården är aktiva samtidigt för att patienten ska få bästa möjliga vård. Därför har samverkan mellan olika specialiteter, s k multidisciplinär bedömning fått hög prioritet.

### **Prioriteringarna ska vara öppna**

Skälen till sjukvårdens prioriteringar ska vara tydliga och genomtänkta, så kallade öppna prioriteringar. Det ska vara möjligt att kontrollera och ifrågasätta prioriteringarna. I korthet innebär öppna prioriteringar att det ska vara tydligt

- vilka val som ligger bakom prioriteringarna
- vilka grunder eller principer som ligger bakom prioriteringarna
- vilka följder prioriteringarna får.

Dessutom ska besluten, grunderna och följderna av prioriteringarna vara tillgängliga för alla.

### **Experterna utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet**

Åtgärderna är granskade utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Det innebär att våra arbetsgrupper i första hand har bedömt varje

åtgärd utifrån om det finns vetenskaplig forskning om åtgärden och i andra hand utifrån om det finns erfarenheter av åtgärden i sjukvården.

Urvalet i vetenskapliga studier motsvarar dock inte alltid alla de grupper vi måste ta hänsyn till i prioriteringsarbetet. Därför har vi i många fall värderat åtgärderna utifrån beprövad erfarenhet.

Landets ledande experter inom prostatacancerområdet har tagit fram ett medicinskt och hälsoekonomiskt faktaunderlag. Det innehåller en genomgång av prostatacancersjukvården utifrån dels ett medicinskt perspektiv, dels ett hälsoekonomiskt perspektiv. I den hälsoekonomiska delen har experterna gjort analyser av vilken nytta patienterna har av en behandling och också vägt in om det är en effektiv behandling ur kostnadssynpunkt.

De som rangordnat åtgärderna är representanter inom vården (till exempel läkare, specialistsjuksköterskor och sjukgymnaster) och olika vårdnivåer (till exempel vårdcentraler och akut- och vårdavdelningar). Det har också varit viktigt att de kommer från olika geografiska delar av Sverige.

### **Rangordning utifrån etiska värderingar**

Prioriteringarna i sjukvården måste också vara etiskt godtagbara. Riksdagen har beslutat att prioriteringarna ska vila på tre etiska principer: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

#### *Människovärdesprincipen*

Alla människor är lika mycket värda och har samma rätt. Prioriteringarna får inte göras utifrån personliga egenskaper, ålder, inkomst eller social ställning i samhället.

Människovärdesprincipen utgår från vilket värde vården och behandlingen har för patienten. Det är den totala bedömningen av patientens behov och vilken nytta patienten har av vården som ska avgöra insatsen. Bedömningen ska leda till att patienten får optimal behand-

### **BEPRÖVAD ERFARENHET**

Beprovad erfarenhet innebär att en åtgärd måste ha använts på flera sjukhus, där de ansvariga inom sjukvården är eniga om åtgärdens positiva effekt.

ling, det vill säga bästa möjliga behandling för just den patienten. Det är inte alltid samma sak som maximal behandling då alla tillgängliga resurser sätts in.

Ju svårare ett sjukdomstillstånd är, desto större värde har åtgärden för patienten. För att bedöma hur svårt ett sjukdomstillstånd är, har vi tagit hänsyn till det aktuella tillståndet liksom risken för framtida skada eller för tidig död. Bedömningen av sjukdomstillståndet baseras på symtom, funktionsförmåga och livskvalitet. Vilka symtom ger sjukdomstillståndet? Hur påverkas patientens funktionsförmåga? Hur påverkas patientens livskvalitet?

### **Behovs- och solidaritetsprincipen**

Pengarna ska satsas där behoven är störst. Resurserna ska först och främst ges till dem med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Det kan leda till att inte alla får sina behov uppfyllda. För att kunna ta ställning till vem som har störst behov behöver sjukvården jämföra enskilda patienter och hela patientgrupper med varandra.

Behovs- och solidaritetsprincipen innebär också att sjukvården måste ta hänsyn till behoven hos de svagaste i samhället, till exempel den som har mindre möjligheter än andra att göra sin röst hörd eller kunna utnyttja sina rättigheter.

Även patientens förmåga att tillgodogöra sig en behandling är en del av behovsbegreppet. En patient som inte kan tillgodogöra sig en behandling har heller inget behov av den. Med andra ord: man behöver inte det man inte har nytta av.

När det gäller nyttan för patienten har vi utgått från åtgärdens effekt på sjukdomstillståndets symtom, patientens kroppsliga och mentala funktioner samt livskvalitet. Hur åtgärden påverkar risken för förtida död och varaktig sjukdom har också betydelse för bedömningen.

### **Kostnadseffektivitetsprincipen**

Pengar och personal ska användas så effektivt som möjligt. Det ska finnas en rimlig relation mellan å ena sidan kostnaderna och å andra sidan effekterna mätt i förbättrad hälsa och livskvalitet för patienten. När en behandling både kostar mindre och ger större hälsovinst än en annan åtgärd är valet enkelt. Det är dock vanligare att större hälsovinster kostar mer.

Kostnadseffektiviteten mäts i förhållande till nyttan för patienten. De kostnader som mäts är direkta kostnader för åtgärderna och indirekta kostnader, till exempel hur mycket det kostar samhället att patienten och kanske även en anhörig är borta från sina arbeten under en längre tid.

När man jämför två behandlingar för samma sjukdomstillstånd ska den dyrare behandlingens merkostnad jämföras med den extra nytta som den ger. Om den ökade nyttan överväger den ökade kostnaden får den dyrare behandlingen en högre rangordning.

Även om vi bedömer att en behandling har en hög kostnad kan vi ge den en hög rangordning om den behandlar ett allvarligt sjukdomstillstånd och är bevisat effektiv. Kostnadseffektivitetsprincipen innebär också att ju lindrigare ett sjukdomstillstånd är, desto högre krav måste vi ställa på åtgärdens kostnadseffektivitet.

### **Sammanvägningen gör det möjligt att prioritera**

Målet med de Nationella riktlinjerna är att skapa förutsättningar för god vård på lika villkor vård i hela Sverige. För att komma dit måste sjukvården prioritera vissa verksamheter och behandlingar framför andra. Men det finns ingen absolut formel som löser detta åt sjukvården.

Bakom våra rangordningar ligger, som vi hoppas har framgått, noggranna genomgångar av sjukdomstillstånd och åtgärder, nyttan för patienten och kostnader för samhället. Samtidigt går det inte att komma ifrån att vi måste göra avvägningar mellan de olika principerna. Hur vi gör dessa avvägningar handlar i slutänden om värderingar. När vi har bedömt åtgärdernas kvalitet och kostnadseffektivitet har vi utgått från bästa tillgängliga information. Det betyder att vi i viss utsträckning fått bedöma vad som är beprövad erfarenhet inom det medicinska området. Samma gäller för kostnadseffektiviteten där vi fått göra egna kalkyler och skattningar.

Vid den slutliga rangordningen har vi vägt samman behovets storlek och kostnadseffektiviteten. Vi har även tagit hänsyn till sjukdomstillståndets svårighetsgrad och den medicinska effekten och ställt oss frågan: Är kostnaden för åtgärden rimlig i förhållande till sjukdomstillståndets svårighetsgrad och nyttan för patienten? Ingen enskild faktor är ensamt styrande när det gäller den rangordning ett tillstånds/åtgärdspar har fått.



# Det tredelade ansvaret

Ansvaret för hälso- och sjukvården är tredelat. Det delas mellan staten, landstingen och kommunerna.

## **Staten och Socialstyrelsen**

Staten, det vill säga riksdagen stiftar lagar och ser till att lagarna följs. Till sin hjälp har staten en oberoende/opolitisk myndighet, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen är den nationella expert- och tillsynsmyndigheten för all vård och omsorg. Det innebär att Socialstyrelsen fastställer regler och ser till att reglerna följs. Vi ska också föra ut kunskap till landsting, kommuner och personal inom hälso- och sjukvården.

En av våra viktigare uppgifter är att genomföra uppdrag som regeringen ger oss. Ett sådant uppdrag är att vi ska ge ut Nationella riktlinjer för god vård.

Vår tillsyn styrs delvis av att vi tar hand om anmälningar mot sjukvården. Ett annat viktigt arbete för tillsynen inom Socialstyrelsen är att göra tillsynsbesök. Med fokus på patienternas säkerhet besöker vi utvalda verksamheter inom hälso- och sjukvården. I tillsynsbesöken ingår många delar. Generellt är sjukvårdens arbete med kvalitet och säkerhet, avvikelshantering och riskanalys något vi särskilt intresserar oss för.

Vi har också en Riskdatabas. I den finns cirka 21 000 ärenden registrerade. Genom att analysera ärendena kan vi upptäcka riskområden som gäller hela hälso- och sjukvården. Vi kan också upptäcka risker som är typiska för vissa verksamheter.

## **Landstingen och kommunerna**

Regionalt är det landstingen som planerar, finansierar och driver sjukvården. Landstingens politiker beslutar hur mycket pengar den offentliga hälso- och sjukvården ska få. Politikerna fördelar också pengarna mellan olika specialiteter och verksamheter inom hälso- och sjukvården.

Landstingen äger och ansvarar för de offentligt finansierade sjukhusen, vårdcentralerna och andra hälso- och sjukvårdsinrättningar. Privata aktörer kan också arbeta på uppdrag av landstingen, de har då ingått avtal med landstinget om att bedriva vård mot ersättning.

Även kommunerna ansvarar för hälso- och sjukvård lokalt. I första hand handlar det om hälso- och sjukvård för äldre och svårt funktionshindrade i särskilda boenden.

# Hälso- och sjukvårdslagen ger dig möjligheter

*Hälso- och sjukvårdslagen* (HSL) innehåller de grundläggande reglerna för all hälso- och sjukvård. Den fastställer krav på god vård. I övrigt finns bestämmelser som klarlägger landstingens och kommunernas ansvar för olika delar av hälso- och sjukvården.

## **Vård på patientens villkor**

Den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska få vård först. Det framgår av hälso- och sjukvårdslagen. Detta leder fram till nödvändiga prioriteringar inom vården.

Hälso- och sjukvården ska dessutom uppfylla kraven på god vård. Den ska bland annat vara lätt tillgänglig, ge patienten möjlighet att vara med och bestämma över sin vård och underlätta goda kontakter mellan patienten och sjukvårdspersonalen. Vården ska genomföras i samråd med patienten.

Hälso- och sjukvården ska också se till att insatserna för patienten samordnas på bästa sätt. Det innebär att olika verksamheter inom vården måste samarbeta för att ge patienten bästa möjliga vård.

## **Information och delaktighet**

Patienten ska få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Hälso- och sjukvården ska också ge patienten upplysningar om metoder för att förebygga sjukdomar och skador.

När det finns flera behandlingsalternativ ska hälso- och sjukvården ge dig som patient tillgång till de alternativ som finns för just din sjukdom. Landstinget ska också erbjuda funktionshinderade rehabilitering och hjälpmedel. Även rehabiliteringen ska planeras i samverkan med den enskilde.

## Rätt till sjukresor

Landstinget ska också se till att personer får den transport till och från sjukhus som sjukdomstillståndet kräver. Det kan till exempel innebära att vissa typer av behandlingar kommer igång redan i ambulansen.

## Landstingens uppgift

Landstinget ska planera sin hälso- och sjukvård efter befolkningens behov. Här ingår också att samverka med andra samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare för att kunna erbjuda den vård som behövs.

Lagen säger också att hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den ger en vård med hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. För att kunna erbjuda hög kvalitet måste sjukvården ständigt utveckla och säkra sin verksamhet. (Källa: Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

## Vårdgarantin

Vårdgarantin handlar om tillgänglighet till vården. Tanken med vårdgarantin är att det är ineffektivt att ha patienter väntande i en kö för en redan beslutad behandling. Då är det bättre både ur ett medicinskt och resursmässigt perspektiv att låta något annat landsting som inte har någon väntetid utföra behandlingen.

Garantin innebär bland annat att när patienten fått beslut om en behandling ska denna erbjudas henne/honom inom 90 dagar. Garantin gäller fullt ut i hela landet och omfattar all behandling inom landstingens planerade vård.

### VÅRDGARANTI

Vårdgarantin omfattar tidsgränser inom alla delar av vårdkedjan:

- 0 Primärvården ska erbjuda kontakt i telefon eller på plats samma dag.
- 7 Om läkarbesök inom primärvården behövs ska det kunna erbjudas inom högst sju dagar.
- 90 Efter beslut om remiss eller vårdbegäran ska ett besök inom den specialiserade vården – om sådant behövs – kunna erbjudas inom högst 90 dagar efter beslutsdagen.
- 90 Efter beslut om behandling ska denna kunna erbjudas inom högst 90 dagar.

KÄLLA: SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING, WWW.SKL.SE

Patienten ska i första hand bli erbjuden behandling i sitt eget landsting. Om hemlandstinget inte kan erbjuda patienten vård inom 90 dagar ska hon/han inom den tiden få hjälp till vård inom ett annat landsting. Hemlandstinget ska då ge patienten hjälp utan att det betyder några extrakostnader för henne/honom.

## Kontaktinformation

Här nedan får du några exempel på var du kan vända dig om du vill ha mer information. Till Socialstyrelsen vänder du dig om du har frågor som rör de Nationella riktlinjerna. Vill du ha mer information om din sjukdom rekommenderar vi att du tar kontakt med Prostatacancerförbundets riksorganisation. De kan exempelvis ge upplysningar om ytterligare litteratur om prostatacancer eller hjälpa dig att få kontakt med den lokala patientföreningen.

### **Socialstyrelsen**

106 30 Stockholm

Besöksadress: Rålambsvägen 3

Telefon 08-555 530 00 Telefax 08-555 532 52

Texttelefon 08-555 532 48

E-post [socialstyrelsen@socialstyrelsen.se](mailto:socialstyrelsen@socialstyrelsen.se)

[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

### **Prostatacancerförbundet**

Barks väg 14, 170 73 Solna

Telefon 08-655 44 30

E-post [kansli@prostatacancerforbundet.se](mailto:kansli@prostatacancerforbundet.se)

[www.prostatacancerforbundet.se](http://www.prostatacancerforbundet.se)

### **Sjukvårdsrådgivningens webbplats**

På denna webbplats finns faktagranskad och därmed medicinskt godkänd information. Här finns också möjligheter att ställa frågor om de inte är av brådskande natur.

[www.sjukvardsradgivningen.se](http://www.sjukvardsradgivningen.se)



Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utarbeta Nationella riktlinjer för god vård för patienter med svåra kroniska sjukdomar, i det här fallet prostatacancer.

Varje Nationell riktlinje består av en dokumentserie som vänder sig till specifika målgrupper inom hälso- och sjukvården. Det här är en populärversion av beslutsstödsdokumentet som innehåller stöd för prioriteringar.

Populärversionen kan med fördel läsas och användas av patienter och deras närstående, även vårdpersonal kan ha nytta av att läsa publikationen.

För den som vill veta mer och fördjupa sig i prioriteringarna rekommenderar vi det fullständiga beslutsstödsdokumentet.

Övriga dokument i serien är

- Huvuddokumentet som kallas beslutsstödsdokumentet. I det ingår rekommendationerna som stöd för prioriteringar. Det vänder sig främst till beslutsfattare (politiker, cheftjänstemän och verksamhetschefer) och hälso- och sjukvårdspersonal.
- Som underlag till rekommendationerna finns ett medicinskt och hälsoekonomiskt dokument där studier och fakta presenteras, både ur ett medicinskt- och ett hälsoekonomiskt perspektiv. Det vänder sig enbart till hälso- och sjukvårdspersonal.
- Och slutligen en version som ska ge stöd åt hälso- och sjukvårdens politiska företrädare.

Populärversion av nationella riktlinjer  
för prostatacancer  
(artikelnummer 2007-114-53)  
kan beställas från:  
Socialstyrelsens kundtjänst, 120 88 Stockholm  
Fax: 08-779 96 67  
e-post: [socialstyrelsen@strd.se](mailto:socialstyrelsen@strd.se)  
Webbutik: [www.socialstyrelsen.se/publicerat](http://www.socialstyrelsen.se/publicerat)

Rapporten kan också laddas ner från  
Socialstyrelsens webbplats  
[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)