



Rehabilitering af patienter med prostatakkræft



National klinisk retningslinje



Kontaktperson

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
nkrsekretariat@sst.dk
+45 72227400

Ansvarsfraskrivelse

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, således at borgere og patienter også kan 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, fordi den passer bedre til patientens situation. Sundhedspersoner skal generelt inddrage patienten, når de vælger behandling.

ISBN elektronisk 2. udgave: 978-87-7014-233-5

Indhold

Centrale budskaber	4
1 - Læsevejledning.....	8
2 - Indledning.....	10
3 - Systematisk vurdering for depression (2020)	12
4 - Superviseret træning ved kastrationsbaseret behandling (2020).....	21
5 - Superviseret bækkenbundstræning (2016)	33
6 - Sexologisk rådgivning (2020).....	38
7 - Undersøgelse af kardiovaskulære risikofaktorer (2016).....	45
8 - Undersøgelse for knoglemineraltæthed (2016).....	47
9 - Baggrund	50
10 - Eksempler på patientcases.....	51
11 - Implementering.....	53
12 - Monitorering	54
13 - Opdatering og videre forskning	55
14 - Beskrivelse af anvendt metode.....	56
15 - Fokuserede spørgsmål	57
16 - Beskrivelse af anbefaling styrke og implikationer	64
17 - Søgebeskrivelse	66
18 - Evidensvurderinger.....	69
19 - Arbejdsgruppen og referencegruppen	70
20 - Forkortelser og begreber	73
Referencer	77

Centrale budskaber

1 - Læsevejledning

2 - Indledning

3 - Systematisk vurdering for depression (2020)

 Svag anbefaling mod

Brug ikke rutinemæssigt et screeningsredskab for depression til patienter med prostatakæft, da den gavnlige effekt er usikker.

Anbefalingen er opdateret og ændret i 2020

Remark: Sundhedsprofessionelle bør ved mødet med patienter med prostatakæft være særligt opmærksomme på patientens psykiske velbefindende og spørge aktivt ind til dette. Sundhedsfaglige bør samtidigt være særligt opmærksomme på, om patienten udviser depressive symptomer.

Alle patienter med prostatakæft bør informeres om, at depressive symptomer er almindelige. Dette er særligt vigtigt, da ikke alle patienter selv vil bringe emnet på bane, selv om de oplever symptomer.

Ved mistanke om depression bør behandlere spørge specifikt ind til depressive symptomer, så som nedtrykthed, manglende lyst og interesse, nedsat energi/øget træthed, selvbeprejdelse, skyldfølelse, tanker om død eller selvmord, koncentrationsbesvær, appetitændringer og søvnforstyrrelser.

Ved mistanke om depressive symptomer eller depression bør sundhedsfaglige informere om, hvor patienten kan få relevant hjælp til udredning og behandling, herunder hjælp hos egen læge.

Sundhedsfaglige bør udvise særlig opmærksomhed på depressive symptomer ved diagnostidspunktet, ved skift i behandling og hos patienter i medicinsk behandling, da de er i særlig risiko for at udvikle depression.

4 - Superviseret træning ved kastrationsbaseret behandling (2020)

Stærk anbefaling

Tilbyd moderat til intensiv superviseret træning til patienter i kastrationsbaseret behandling.

Anbefalingen er opdateret og ændret i 2020

Remark: Superviseret træning omfatter træning, der er instrueret, superviseret og monitoreret af en fagprofessionel/sundhedsprofessionel med relevante kompetencer.

Superviseret træning kan startes umiddelbart efter begyndelse af kastrationsbaseret behandling. Patienter, der har været i længerevarende kastrationsbaseret behandling, har lige så god effekt af et superviseret træningsforløb, som ved tidlig start.

Træningsintensiteten bør være minimum 60-85 % af 1 repetition maximum for styrketræning og minimum 60-85% af den estimerede maksimale hjertefrekvens for konditionstræning. Intensiteten bør fastlægges individuelt og progredieres løbende, så det sikres, at træningen har effekt.

Styrketræning bør inddrage de store muskelgrupper i både over- og underekstremitet.

Træningen bør endvidere tilpasses individuelt efter patientens funktionsniveau, ressourcer, sygdomsgrad og præferencer.

For utrænede personer, der ikke er vant til kontaktsport, bør andre træningsformer end kontaktsport overvejes. Skader blev i højere grad rapporteret i studier hvor interventionen var fodboldtræning. Samtidig er det usikkert, om der er øget risiko for frakturer ved fodboldtræning.

Superviseret træning kan foregå som individuel træning eller holdtræning. Samlet træningsvarighed bør være minimum 12 uger med superviserede træningssessioner 2-3 gange ugentligt.

Nogle patienter vil have behov for en motiverende intervention eller samtale forud for deltagelse i superviseret træning.

5 - Superviseret bækkenbundstræning (2016)

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde superviseret bækkenbundstræning frem for udlevering af instruktionsmateriale eller ingen bækkenbundstræning til mænd, som efter prostatektomi for prostatakæft er inkontinente.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Remark: 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.

6 - Sexologisk rådgivning (2020)

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde sexologisk rådgivning til patienter med prostatakræft.

Anbefalingen er opdateret og ændret i 2020

Remark: Seksuelle bivirkninger og dysfunktioner kan være et tabu, og ikke alle patienter vil selv bringe emnet op.

Alle patienter informeres om, at seksuelle problemer er almindelige efter behandling af prostatakræft, og at mulige behandlinger for seksuelle dysfunktioner herunder både medicinsk behandling og sexologisk rådgivning eksisterer.

Sexologisk rådgivning kan tilbydes alle patienter, der efter information om mulige seksuelle bivirkninger og mulige behandlinger har et ønske om at modtage sexologisk rådgivning, og hvor det sundhedsfagligt vurderes at rådgivningen kan have effekt.

Det forventes, at patienter, der har et aktivt seksualliv før behandling for prostatakræft, vil have en øget interesse for interventionen.

Sexologisk rådgivning kan indeholde elementer af psykoedukation, parkommunikation/parterapi, intimitets- og sensualitetstræning eventuelt inklusiv hjemmeøvelser, information/rådgivning om mulige behandlinger/afhjælpende tiltag for seksuelle problematikker. Rådgivningen kan kombineres med anden behandling herunder medicinsk behandling.

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

7 - Undersøgelse af kardiovaskulære risikofaktorer (2016)

God praksis (konsensus)

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

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Remark: Patientens generelle risiko for at udvikle kardiovaskulær sygdom bør indgå i overvejselsen om at gennemføre en undersøgelse for kardiovaskulære risikofaktorer

8 - Undersøgelse for knoglemineraltæthed (2016)

Svag anbefaling

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

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Remark: Dual-energy X-ray Absorptiometry scanning (DXA scanning) af hofter 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.

9 - Baggrund

10 - Eksempler på patientcases

11 - Implementering

12 - Monitorering

13 - Opdatering og videre forskning

14 - Beskrivelse af anvendt metode

15 - Fokuserede spørgsmål

16 - Beskrivelse af anbefaling styrke og implikationer

17 - Søgebeskrivelse

18 - Evidensvurderinger

19 - Arbejdsgruppen og referencegruppen

20 - Forkortelser og begreber

1 - Læsevejledning

Retningslinjen er bygget op i to lag:

1. Lag - Anbefalingen

Stærk anbefaling

Der gives en stærk anbefaling for, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne. Det betyder, at alle, eller næsten alle, patienter vil ønske den anbefalede intervention.

Stærk anbefaling mod

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

Svag anbefaling

Der gives en svag/betinget anbefaling for interventionen, når det vurderes, 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. Denne anbefaling anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

Svag anbefaling mod

Der gives en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når det vurderes, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Denne anbefaling anvendes også, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelige at afgøre. Ligeledes anvendes den også, når det vurderes, at patientens præferencer varierer.

God praksis (konsensus)

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

Se bilag "Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer" for mere information

2. Lag - Grundlaget for anbefalingen

Klik på anbefalingen, hvis du vil vide mere om grundlaget for anbefalingen

Evidensprofilen: De samlede effektestimater samt referencer til studierne.

Sammenfatning: Overblik over samt kort gennemgang af den tilgrundliggende evidens

Kvaliteten af evidensen:

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.

Nøgleinformation: Kort beskrivelse af gavnlige og skadelige virkninger, kvaliteten af evidensen og overvejelser om patientpræferencer.

Rationale: Beskrivelse af hvorledes de ovenstående elementer blev vægtet i forhold til hinanden og resulterede i den aktuelle

anbefalings retning og styrke.

Praktiske oplysninger: Praktisk information vedrørende behandlingen og oplysninger om eventuelle særlige patientovervejelser.

Adaption: Såfremt anbefalingen er adapteret fra en anden retningslinje, findes her en beskrivelse af eventuelle ændringer.

Diskussion: Hvis du er logget ind som bruger, kan du her komme med kommentarer til specifikke anbefalinger.

Referencer: Referenceliste for anbefalingen.

Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baseres på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

For en hurtig og informativ introduktion til GRADE anbefales følgende artikel G.Goldet, J.Howick. Understanding GRADE: an introduction. <http://www.gradeworkinggroup.org>

Desuden henvises der til Sundhedsstyrelsens [metodehåndbog](#) for en overordnet introduktion til metoden bag udarbejdelsen af de Nationale Kliniske Retningslinjer.

2 - Indledning

Formål

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

En national klinisk retningslinje indeholder alene konkrete handlingsanvisninger indenfor udvalgte, velafgrænsede kliniske problemstillinger (dvs. hvad der skal gøres og hvem er det relevant for). Den har ikke som primært formål at afklare visitation og organisering af indsatsen (hvem der skal tilbyde indsatsen) eller samfundsøkonomiske konsekvenser (hvad er den afledte effekt på ressourcerne og er disse til stede). Disse typer af problemstillinger kan eksempelvis håndteres i en visitationsretningslinje, et pakkeforløb, et forløbsprogram eller en medicinsk teknologivurdering (MTV).

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

Afgrænsning af patientgruppe

Denne nationale kliniske retningslinje omhandler patienter med prostatakraft, som efter faglig vurdering tilbydes rehabilitering i forbindelse med nyopstået prostatakraft eller tilbagefald af tidligere prostatakraft og behandling heraf.

Målgruppe/brugere

Den nationale kliniske retningslinje for rehabilitering til patienter med prostatakraft 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 prostatakraft.

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

Emneafgrænsning

Denne nationale kliniske retningslinje indeholder alene konkrete handlingsanvisninger indenfor 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 til patienter hvor prostatakraft diagnosen allerede er stillet og afgrænser sig fra udredning for prostatakraft, selve behandlingen af prostatakraft samt terminalpleje og -behandling. Retningslinjen omfatter dels symptom- og sygdomsspecifikke indsatser og mere generelle sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser ved kræftsygdom. Metodisk bygger den på systematiske litteratursøgninger samt en standardiseret kvalitetsvurdering og efterfølgende sammenfatning af evidensen.

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

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

"Rehabilitering kan defineres som en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulige funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund" (Sundhedsstyrelsens oversættelse af WHO-definition jf. World Report on Disability, 2011 [87]).

De valgte interventioner i retningslinjen omhandler undersøgelse for depression, superviseret træning, bækkenbundstræning, sexologisk rådgivning, undersøgelse for kardiovaskulære risikofaktorer og undersøgelse for knoglemineraltæthed.

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

Rationale for valg af opdatering i 2020

Beslutningen om at opdatere retningslinjen er truffet på baggrund en opdateret litteratursøgning efter guidelines og systematiske Cochrane reviews, samt en forespørgsel i de faglige selskaber, der deltog i arbejdsgruppen vedrørende udarbejdelsen af den oprindelige

NKR. Det har som udgangspunkt ikke været muligt at stille nye fokuserede spørgsmål i opdateringen, hvorfor der ved opdatringen kun er taget stilling til de eksisterende fokuserede spørgsmål fra 2016.

Følgende fokuserede spørgsmål blev valgt ud til opdatering i 2020:

- Fokuseret spørgsmål 1 (2016 og 2020): Bør alle patienter med prostatakraft tilbydes systematisk vurdering for depression fremfor vanlig praksis?
- Fokuseret spørgsmål 2 (2016): Bør patienter med prostatakraft, der påbegynder kastrationsbaseret behandling, tilbydes moderat til intensiv superviseret træning fremfor vanlig aktivitet?
- Fokuseret spørgsmål 3 (2016): Bør patienter med prostatakraft, der har været i kastrationsbaseret behandling i mindst 6 måneder, tilbydes moderat til intensiv superviseret træning?
- Fokuseret spørgsmål 5 (2016 og 2020): Bør patienter med prostatakraft tilbydes sexologisk rådgivning?

De tidligere fokuserede spørgsmål 2 og 3 er ved opdateringen i 2020 blevet sammenlagt til et nyt fokuseret spørgsmål.

- Fokuseret spørgsmål 2 (2020): Bør patienter der modtager kastrationsbaseret behandling for prostatakraft tilbydes superviseret træning?

Aspektet omkring tidlig og senere træningsopstart vil blive adresseret i subruppeanalyser.

Arbejdsgruppen har besluttet, at følgende fokuserede spørgsmål og tilhørende anbefaling fra 2016 udgaven udgår i 2020:

- Fokuseret spørgsmål 8 (2016): Bør patienter med prostatakraft tilbydes gruppebaseret rehabilitering fremfor individbaseret?

Aspektet omkring gruppebaseret eller individuel rehabilitering vil blive adresseret i de enkelte spørgsmål, der er valgt til opdatering (superviseret træning og sexologisk rådgivning).

Der er ikke foretaget ændringer i de øvrige fokuserede spørgsmål samt tilhørende kapitler, der ikke er opdateret i 2020.

Patientperspektivet

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

I den oprindelige retningslinje fra 2016 er patientperspektivet repræsenteret med følgende patientforeninger: Prostatakraftforeningen og Kræftens Bekæmpelse. Begge foreninger 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 kapitlet "Arbejdsgruppen og referencegruppen".

I opdateringsfasen for denne NKR blev selskaber fra den oprindelige arbejdsgruppe inviteret til at deltage i en ny arbejdsgruppe, ligesom den opdaterede version er blevet sendt i høring med opfordring til udvalgte organisationer, selskaber og foreninger til at afgive høringssvar, herunder Prostatakraftforeningen, DAPROCA og Kræftens Bekæmpelse.

3 - Systematisk vurdering for depression (2020)

Prostatakraft kan medføre en betydelig psykisk belastning for den enkelte patient [21], og forekomsten af depression blandt patienter med prostatakraft er også forholdsmeget høj sammenlignet med forekomsten blandt alderssvarende mænd [84]. Den høje forekomst ses på tværs af hele sygdomsforløbet med forekomster på henholdsvis 17 % ved diagnosetidspunkt og under aktiv overvågning, 15 % blandt patienter, der modtager aktiv behandling og 18 % blandt mænd, der har afsluttet primærbehandling og befinder sig i rehabiliteringsfasen af sygdomsforløbet [84]. Der er samtidig fundet øget selvmordsrisiko blandt mænd med prostatakraft [21].

Systematisk screening for depression og psykisk velbefindende blandt patienter med kræft og prostatakraft anbefales bredt [49][50][59][60][65], men disse anbefalinger bygger oftest på konsensus blandt professionelle frem for evidens [59][60][65]. Evidensen i tidligere systematiske reviews er yderst sparsom og ofte modstridende, og det er fortsat uafklaret, om systematisk vurdering for depression hos alle kræftpatienter har en positiv effekt [45][65].

I den oprindelige NKR fra 2016 blev der ikke fundet litteratur, der kunne belyse spørgsmålet om systematisk vurdering for depression hos patienter med prostatakraft.

Arbejdsgruppen har på denne baggrund vurderet, at det fortsat er relevant at afdække effekten af systematisk vurdering for depression blandt patienter med prostatakraft. Det ønskes afklaret, om systematisk vurdering for depression med et screeningsredskab fører til bedre livskvalitet end vanlig praksis uden systematisk vurdering for depression, herunder at sundhedsprofessionelle udviser særlig opmærksomhed på psykisk velbefindende og depressive symptomer.

Svag anbefaling mod

Brug ikke rutinemæssigt et screeningsredskab for depression til patienter med prostatakraft, da den gavnlige effekt er usikker.

Anbefalingen er opdateret og ændret i 2020

Sundhedsprofessionelle bør ved mødet med patienter med prostatakraft være særligt opmærksomme på patientens psykiske velbefindende og spørge aktivt ind til dette. Sundhedsfaglige bør samtidigt være særligt opmærksomme på, om patienten udviser depressive symptomer.

Alle patienter med prostatakraft bør informeres om, at depressive symptomer er almindelige. Dette er særligt vigtigt, da ikke alle patienter selv vil bringe emnet på bane, selv om de oplever symptomer.

Ved mistanke om depression bør behandlere spørge specifikt ind til depressive symptomer, så som nedtrykthed, manglende lyst og interesse, nedsat energi/øget træthed, selvbeprejdelser, skyldfølelse, tanker om død eller selvmord, koncentrationsbesvær, appetitændringer og søvnforstyrrelser.

Ved mistanke om depressive symptomer eller depression bør sundhedsfaglige informere om, hvor patienten kan få relevant hjælp til udredning og behandling, herunder hjælp hos egen læge.

Sundhedsfaglige bør udvise særlig opmærksomhed på depressive symptomer ved diagnosetidspunktet, ved skift i behandling og hos patienter i medicinsk behandling, da de er i særlig risiko for at udvikle depression.

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Sammenlignet med vanlig praksis medfører systematisk vurdering for depression med et valideret redskab muligvis ikke klinisk relevante forskelle for det kritiske outcome 'diagnosespecifik livskvalitet ved længste follow-up'. Det er samtidig usikkert, om der er klinisk relevante forskelle i effekt for 'diagnosespecifik livskvalitet ved tidlig opfølgning' eller for 'helbredsrelateret livskvalitet'.

For de to vigtige outcome 'depressive symptomer ved længste follow-up' og 'tidlig opfølgning', er der muligvis ingen klinisk relevante forskelle mellem systematisk vurdering for depression og vanlig praksis.

Det er usikkert, om systematisk vurdering for depression med et valideret redskab fører til, at flere patienter henvises til psykologisk behandling sammenlignet med vanlig praksis, men det kan ikke udelukkes. Det er dog usikkert, om et øget antal henviste til psykologisk behandling medfører klinisk relevant forbedring af livskvalitet og depressive symptomer både målt ved længste follow-up og ved tidlig opfølgning.

Kvaliteten af evidensen

Meget lav

Kvaliteten af evidensen for de kritiske outcomes var samlet set meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, alvorlig manglende overførbarhed og alvorligt upræcist effektestimater.

Tiltroen til evidensen var lav for 'diagnosespecifik livskvalitet ved længste follow-up' og meget lav for 'helbredsrelateret livskvalitet ved længste follow-up'.

Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Arbejdsgruppen forventer, at der vil være varierende patientpræferencer for systematisk vurdering for depression. Det forventes, at nogle patienter vil foretrække systematisk vurdering for depression med et valideret redskab eller struktureret spørgsmål, mens andre ikke ønsker det. Det forventes, at nogle patienter vil synes systematisk vurdering er for tidskrævende, mens andre måske vil opleve spørgsmålene som belastende.

Arbejdsgruppen forventer, at de fleste patienter vil være meget positive overfor, at sundhedsprofessionelle udviser særlig opmærksomhed på, om de udviser depressive symptomer. Det forventes, at langt de fleste patienter vil være positive overfor at sundhedsprofessionelle spørger aktivt ind til deres psykiske velbefindende og ved mistanke om depression spørger specifikt ind til depressive symptomer.

Andre overvejelser

Sundhedsprofessionelle bør især ved diagnostidspunkt, ved behandlingsskift og hos patienter i medicinsk behandling have særlig opmærksomhed på patientens psykiske velbefindende og depressive symptomer.

Rationale

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at det er usikkert, om systematisk vurdering for depression med et valideret redskab medfører klinisk relevante forskelle i livskvalitet sammenlignet med vanlig praksis. Der blev samtidig lagt vægt på, at der muligvis ikke er klinisk relevante forskelle i effekt på depressive symptomer. Det kan ikke udelukkes, at flere patienter henvises til psykologisk behandling ved systematisk vurdering for depression, men da det samtidig er usikkert, om et øget antal henviste patienter medfører øget livskvalitet, blev dette tillagt mindre værdi. Kvaliteten af evidensen var samlet set meget lav.

Der blev lagt vægt på, at der forventes at være varierende patientpræferencer for systematisk vurdering for depression med et screeningsredskab. Derimod forventes det, at de fleste patienter vil være positive overfor, at sundhedsprofessionelle udviser særlig opmærksomhed på depressive symptomer, og spørger aktivt ind til psykisk velbefindende.

Fokuseret Spørgsmål

- Population:** Alle patienter med prostatakraft
Intervention: Systematisk vurdering for depression med et screeningsredskab
Sammenligning: Vanlig praksis

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget i den oprindelige NKR består af et systematisk review [44], hvorfra der ikke blev inkluderet primærstudier. En opdateret primærsøgning identificerede ingen randomiserede primærstudier (RCT), der kunne inkluderes. I den oprindelige NKR var populationen i søgestrategien afgrænset til patienter med prostatakæft, og det inkluderede review, der dækkede alle kræftformer [44], blev fundet tilfældigt i søgningen.

Ved opdateringen af NKR blev der initielt udført en opdateret søgning efter primær litteratur fra den oprindelige NKR seneste søgedato og frem. Populationen i søgningen var afgrænset til patienter med prostatakæft. Der blev ikke identificeret primærstudier, der kunne inkluderes.

Det blev derfor besluttet at udføre en opdateret søgning efter sekundær litteratur, der omfattede patienter med alle former for kræft. Søgningen identificerede et systematisk Cochrane review [65], hvorfra der blev inkluderet tre RCT-studier med populationer af patienter med forskellige kræftdiagnoser [35][71][72][82]. En opdateret litteratursøgning efter primærstudier, der omfattede hele kræftpopulationen, identificerede yderligere et RCT-studie, der kunne inkluderes [3].

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består derfor af fire randomiserede forsøg [3][35][71][72][82], heraf et klynge-RCT [71][72]. Flowcharts findes på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#).

Gennemgang af evidensen

Populationerne i de inkluderede studier var voksne kræftpatienter, og flere forskellige kræftdiagnoser var inkluderet i studierne.

Et RCT-studie randomiserede 286 patienter med forskellige kræftformer til en interventionsgruppe, der modtog systematisk vurdering for depression og to kontrolgrupper, en attention-kontrolgruppe og en standardkontrolgruppe [82]. I analyserne i denne NKR anvender vi udelukkende data for interventions- og standardkontrolgruppen. I studiet var 27 % af deltagerne mænd, ingen af de inkluderede mænd havde prostatakæft og gennemsnitsalderen var 55 år [82]. Patienter i interventionsgruppen udfyldte Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) og European Organization for Research and Treatment of Cancer-Core Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) forud for ambulante lægebesøg. Før hver patientkonsultation modtog den behandlende læge resultatet af spørgeskemaerne. Der var ingen retningslinjer for, hvornår specifikke tiltag skulle iværksættes. De deltagende læger var på forhånd trænet i fortolkning af resultaterne. Patienter i attention-kontrol gruppen udfyldte de samme spørgeskemaer, men den behandlende læge modtog ingen information om resultatet. Standardkontrolgruppen udfyldte ingen spørgeskemaer. Alle deltagere modtog op til tre konsultationer fordelt over 2-3 måneder [82].

Arving et al. [3] undersøgte effekten af en trinvis stresshåndteringsintervention baseret på kognitiv adfærdsterapi blandt 291 patienter med en nylig kræftdiagnose. I studiet havde 43 % af populationen prostatakæft, og 53 % var mænd. Gennemsnitsalderen var 61 år [3]. Deltagerne blev randomiseret til en interventionsgruppe eller kontrolgruppe. I trin 1 blev alle deltagere i interventionsgruppen tilbudt én rådgivende konsultation indeholdende psykoedukation og stresshåndtering. I slutningen af konsultationen blev deltagerne screenet for angst- og depressionssymptomer med HADS og for cancerrelateret stress med The Impact of Event Scale (IES). Ud af de 138 screenede deltagere havde 66 (48%) klinisk relevante symptomer defineret som >7 på HADS eller >8 på IES. Disse patienter gik videre til trin 2, hvor de blev tilbudt 3-8 opfølgende sessioner med stresshåndtering baseret på kognitive teknikker og afspændingsøvelser. Kontrolgruppen modtog afdelingens vanlige behandling bestående af regelmæssig kontakt med sundhedspersonale og deltagelse i et rehabiliteringsprogram med psykoedukation og fysisk træning [3].

Et klynge-RCT randomiserede 13 kræftafdelinger (heraf 2 urologiske afdelinger) til henholdsvis interventions- og kontrolbehandling. I alt indgik 1012 patienter hvoraf 12 % havde prostatakæft. I alt 62 % var mænd og gennemsnitsalderen var 64 år [71][72]. Patienter på interventionsafdelingerne blev screenet for depression med Patient Health Questionnaire Short form (PHQ) og for angst med General Anxiety Screener. Resultaterne blev sendt til den behandlingsansvarlige læge, og ved næste konsultation blev resultatet diskuteret med patienten. Ved behov kunne patienten henvises til psykologisk behandling. Alle behandlende læger i interventionsgruppen var trænet i fortolkning af spørgeskemaerne. De var desuden trænet i at håndtere psykologiske symptomer og vurdere patientens ønsker og behov for psykologisk støtte [71][72]. Kontrolgruppen modtog afdelingens standardbehandling og kunne ligesom interventionsgruppen henvises til psykologisk behandling efter behov. De behandlende læger i kontrolgruppen havde ikke modtaget specifik træning i håndtering af psykologiske symptomer.

I studiet af Hollingworth et al. [35] blev 220 kræftpatienter i behandling med kemo- eller stråleterapi randomiseret til screening for psykologiske problemer med Distress Thermometer (DT) and Problem List (PL) eller til en kontrolgruppe, der

modtog afdelingens standardbehandling. I alt havde 27% af den inkluderede population urologisk cancer og 36 % var mænd. Gennemsnitsalderen var 62 år [35]. Interventionsgruppen udfyldte DT og PL ved det første ambulante besøg efter inklusion. Ved en terapeutisk samtale blev resultatet og mulige løsninger diskuteret, herunder henvisning til psykologisk behandling. Personalet var trænet i brug af screeningsredskabet og i at håndtere patienter med psykologiske symptomer. Patienterne blev umiddelbart kun screenet én gang men kunne på foranledning af patienten screenes igen ved behandlingsafslutning [35]. Deltagerne i kontrolgruppen kunne henvises til psykologisk behandling efter behov.

Resultater for kritiske og vigtige outcomes

Det kritiske outcome 'diagnosespecifik livskvalitet ved længste follow-up' var belyst i to studier [35][82]. Resultaterne viste ingen kliniske relevante forskelle i effekt. Den standardiserede gennemsnitlige forskel (SMD) blev beregnet til 0.04 (95 % CI: -0.16, 0.24), hvilket svarer til en MD på 0.7 point (95 % CI: - 2.7, 4.0) på Functional Assessment of Cancer Therapy - General (FACT-G) (range 0-108). Estimatet er omregnet ud fra standarddeviationen på final mean i kontrolgruppen fra Velikova 2004 (SD: 16.64) [82]. Resultatet er under den mindste kliniske relevante forskel på 7 point for denne skala. Tiltroen til estimatet var lav, da der blev nedgraderet i alt to gange. En gang for alvorlig risiko for bias på grund af manglende blinding og en gang for alvorlig manglende overførbarehed, da populationen i de inkluderede studier var patienter med forskellige kræftdiagnoser (forskelle mellem målpopulation og studiepopulation).

To studier rapporterede data for det vigtige outcome 'diagnosespecifik livskvalitet ved tidlig opfølgning' [35][82]. Resultaterne viste ingen kliniske relevante forskelle i effekt. SMD blev beregnet til 0.22 (95 % CI: -0.61, 0.18), hvilket svarer til en gennemsnitlig forskel på 3.66 point på FACT-G (0-108) (95 % CI: -3.0, 10.2). Estimatet er omregnet ud fra standarddeviationen på final mean i kontrolgruppen fra Velikova 2004 (SD: 16.64) [82]. Resultatet er under den mindste kliniske relevante forskel på 7 point for denne skala, men den øvre konfidensgrænse kan ikke udelukke en klinisk relevant forskel i effekt til fordel for systematisk opsporing for depression. Tiltroen til estimatet var meget lav, da der blev nedgraderet i alt tre gange, en gang for alvorlig risiko for bias på grund af manglende blinding, en gang for alvorligt upræcist effekttestimat (brede konfidensintervaller) og en gang for alvorlig manglende overførbarehed (forskelle mellem målpopulation og studiepopulation).

Det ene af de ovenstående studier belyste tillige 'diagnosespecifik livskvalitet ved tidlig opfølgning' (efter 2-3 måneder) opgjort som antal deltagere, der opnåede klinisk relevant forbedring defineret som en forbedring på 7 point eller mere på FACT-G [82]. Resultaterne viste øget sandsynlighed for at opnå klinisk relevant forbedring af diagnosespecifik livskvalitet ved systematisk opsporing for depression, RR var 1.71 (95% CI: 1.08 - 2.70). Den absolutte forskel var 168 flere personer med klinisk relevant forbedring per 1000 deltagere ved systematisk opsporing for depression (95% CI: 40 flere til 401 flere) sammenlignet med vanlig praksis. Tiltroen til estimatet var meget lav, da der blev nedgraderet for alvorlig risiko for bias på grund af manglende blinding, alvorligt upræcist effekttestimat (kun ét studie) og alvorlig manglende overførbarehed på grund af forskelle mellem målpopulation og studiepopulation.

Et studie belyste 'helbredsrelateret livskvalitet' ved både tidlig opfølgning (vigtigt outcome) og længste follow up (kritisk outcome) målt med EQ-5D (-0.59 til 1) [35]. Ved ingen af de to måletidspunkter var der kliniske relevante forskelle mellem systematisk opsporing for depression og vanlig praksis. Estimatene var henholdsvis en gennemsnitlig forskel på 0.05 (95 % CI: -0.03, 0.12) ved længste follow-up (12 måneder) og 0.01 (95 % CI: -0.06, 0.07) ved tidlig opfølgning (6 måneder). Tiltroen til begge estimater var meget lav, da der blev nedgraderet for alvorlig risiko for bias på grund af manglende blinding, alvorligt upræcist effekttestimat (kun ét studie) og alvorlig manglende overførbarehed, da der var forskelle mellem målpopulation og studiepopulation.

Der var ikke rapporteret data for det kritiske outcome 'selvmord' i de inkluderede studier. Det vigtige outcome 'antal i depressionsbehandling' var ikke belyst direkte i de inkluderede studier, men to studier belyste outcomet indirekte, idet de rapporterede data for antallet af henviste til psykologisk eller psykiatisk behandling [35][72]. I studiet af Hollingworth et al. blev 2 % af patienterne i interventionsgruppen (2 ud af 112) henvist til psykologisk/psykiatrisk behandling mod 3 % i kontrolgruppen (3 ud af 108) [35]. Hos Singer et al. blev 22 % af de screenede deltagere (128 ud af 570) henvist til psykologisk behandling mod 3 % blandt deltagere i kontrolgruppen (13 ud af 442) [72]. Tiltroen til estimaterne er meget lav på grund af alvorlig risiko for bias (manglende blinding), alvorligt upræcist effekttestimat og alvorlig manglende overførbarehed (forskelle mellem målpopulation og studiepopulation). Det er således usikkert, om systematisk vurdering for depression medfører at flere patienter henvises til psykologisk behandling, og det kan derfor ikke udelukkes, at systematisk vurdering for depression fører til, at flere patienter bliver henvist til psykologisk behandling.

De vigtige outcomes 'deltagelse i hverdagsliv' og 'self-efficacy' var ikke belyst i de inkluderede studier.

To studier belyste depressions symptomer [3][35]. Depressionssymptomer var ikke et prædefineret outcome, men arbejdsgruppen valgte i forbindelse med dataekstraktionen, at outcomet er vigtigt i forhold til at informere en anbefaling om

systematisk vurdering for depression. Depressionssymptomer blev derfor tilføjet som outcome til det fokuserede spørgsmål med de to tidsrammer, der allerede var valgt for outcomet 'livskvalitet' (tidlig opfølgning og længste follow-up). Studierne rapporterede depressionssymptomer med henholdsvis HADS depression subscale (0-21) [3] og Profile of Mood States Depression-dejection subscale (0-60) [35]. Der blev ikke fundet kliniske relevante forskelle i effekt mellem grupperne, SMD var 0.05 point (95 % CI -0.23, 0.33) ved længste follow-up og -0.07 (95% CI -0.25, 0.11) ved tidlig opfølgning. Når resultaterne omregnes til en gennemsnitlig forskel på HADS (0-21) svarer det til 0.1 (95% CI -0.5, 0.7) ved længste follow-up og -0.2 (95 % CI -0.7, 0.3) ved tidlig opfølgning. Begge resultater er under den mindste kliniske relevante forskel på 2 point på HADS. De omregnede gennemsnitlige estimater er beregnet ud fra standarddeviationer på final mean værdier i kontrolgruppen fra Arving 2019 (SD 2.3 ved længste follow-up og SD 2.9 ved tidlig opfølgning) [3]. Tiltroen til estimaterne er lav, da der blev nedgraderet for alvorlig risiko for bias (manglende blinding) og alvorlig manglende overførbarehed (forskelle i populationer).

Ingen af de inkluderede studier undersøgte, hvorvidt de anvendte vurderingsredskaber kunne identificere cancerpatienter med depression, men undersøgte udelukkende effekten af at tilbyde systematisk vurdering med et valideret redskab.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		Vanlig praksis	Systematisk vurdering for depression med et screeningsredskab		
<p>Selv mord (suicide) Antal personer Længste follow-up</p> <p>9 Kritisk</p>	<p>Baseret på data fra patienter i 0 studier.</p>				<p>Det er arbejdsgruppens vurdering, at det er usikkert, om systematisk vurdering for depression påvirker forekomsten af selvmord hos patienter med prostatakæft sammenlignet med vanlig praksis.</p>
<p>Diagnosespecifik livskvalitet (disease related quality of life) Antal med klinisk relevant forbedring Tidlig opfølgning</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Relative risiko 1.71 (CI 95% 1.08 - 2.7) Baseret på data fra 216 patienter i 1 studier. ¹</p>	<p>236 per 1.000</p>	<p>404 per 1.000</p>	<p>Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorligt upræcist effekttestimat, på grund af alvorlig manglende overførbarehed ²</p>	<p>Det er usikkert, om systematisk vurdering for depression øger antal personer med klinisk relevant forbedring af diagnosespecifik livskvalitet målt ved tidlig opfølgning sammenlignet med vanlig praksis</p>
<p>Antal i behandling for depression (numbers receiving treatment for depression) Længste follow-up</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Baseret på data fra patienter i 0 studier.</p>				<p>Det er arbejdsgruppens vurdering at det er usikkert, om systematisk vurdering for depression påvirker antal i behandling for depression</p>

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		Vanlig praksis	Systematisk vurdering for depression med et screeningsredskab		
<p>Diagnosespecifik livskvalitet (disease related quality of life) Længste follow-up</p> <p>9 Kritisk</p>	<p>Højere bedre Baseret på data fra: 425 patienter i 2 studier. ³</p>	<p>Forskel: SMD 0.04 højere (CI 95% 0.16 lavere - 0.24 højere)</p>		<p>Lav på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig risiko for bias ⁴</p>	<p>Systematisk vurdering for depression medfører muligvis ikke kliniske relevante forskelle på diagnosespecifik livskvalitet ved længste follow-up sammenlignet med vanlig praksis. Forskellen svarer til 0.7 point på FACT-G (0-108) (95% CI -2.7, 4.0). MCID 7 point</p>
<p>Helbredsrelateret livskvalitet (health related quality of life) Længste follow-up</p> <p>9 Kritisk</p>	<p>Målt med: EQ-5D Skala: -0.59-1 Højere bedre Baseret på data fra: 209 patienter i 1 studier. ⁵</p>	<p>0.79 (gennemsnit)</p>	<p>0.74 (gennemsnit)</p>	<p>Meget lav på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorligt upræcist effektimat ⁶</p>	<p>Det er usikkert, om systematisk vurdering for depression medfører kliniske relevante forskelle på helbredsrelateret livskvalitet ved længste follow-up sammenlignet med vanlig praksis</p>
<p>Diagnosespecifik livskvalitet (disease related quality of life) Tidlig opfølgning</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Højere bedre Baseret på data fra: 423 patienter i 2 studier. ⁷</p>	<p>Forskel: SMD 0.22 højere (CI 95% 0.18 lavere - 0.61 højere)</p>		<p>Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorligt upræcist effektimat ⁸</p>	<p>Det er usikkert, om systematisk vurdering for depression forbedrer diagnosespecifik livskvalitet ved tidlig opfølgning sammenlignet med vanlig praksis. Forskellen svarer til 3.66 point på FACT-G (0-108) (95% CI -3.0, 10.2) MCID 7 point</p>
<p>Helbredsrelateret livskvalitet (health related quality of life) Tidlig opfølgning</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Målt med: EQ-5D Skala: -0.59-1 Højere bedre Baseret på data fra: 209 patienter i 1 studier. ⁹</p>	<p>0.79 (gennemsnit)</p>	<p>0.78 (gennemsnit)</p>	<p>Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorligt upræcist effektimat ¹⁰</p>	<p>Det er usikkert, om systematisk vurdering for depression medfører kliniske relevante forskelle på helbredsrelateret livskvalitet ved tidlig opfølgning sammenlignet med vanlig praksis</p>
<p>Depressive symptomer (depressive symptoms) ¹¹ Længste follow-up</p>	<p>Lavere bedre Baseret på data fra: 460 patienter i 2 studier. ¹²</p>	<p>Forskel: SMD 0.05 højere (CI 95% 0.23 lavere - 0.33 højere)</p>		<p>Lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed ¹³</p>	<p>Systematisk vurdering for depression medfører muligvis ikke kliniske relevante forskelle på depressive symptomer ved længste follow-up sammenlignet med vanlig praksis</p>

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater Vanlig praksis Systematisk vurdering for depression med et screeningsredskab	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
<p>6 Vigtig</p> <p>Depressive symptomer (depressive symptoms)¹⁴ Tidlig opfølgning</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Lavere bedre Baseret på data fra: 473 patienter i 2 studier.¹⁵</p>	<p>Forskel: SMD 0.07 lavere (CI 95% 0.25 lavere - 0.11 højere)</p>	<p>Lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbare¹⁶</p>	<p>praksis. Forskellen svarer til 0.1 point på HADS (0-21) (95% CI -0.5, 0.7) MCID 2 point</p> <p>Systematisk vurdering for depression medfører muligvis ikke kliniske relevante forskelle på depressive symptomer ved tidlig opfølgning sammenlignet med vanlig praksis. Forskellen svarer til -0.2 på HADS (0-21) (95% CI -0.7, 0.3) MCID 2 point (SD 2.9)</p>
<p>Deltagelse i hverdagsliv (participation in daily activities) Længste follow-up</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Baseret på data fra: patienter i 0 studier.</p>			<p>CI 95%</p>
<p>Self-efficacy</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Baseret på data fra: patienter i 0 studier.</p>	<p>CI 95%</p>		<p>Det er arbejdsgruppens vurdering, at det er usikkert, om systematisk vurdering for depression påvirker self-efficacy sammenlignet med vanlig praksis</p>

1. Systematisk oversigtsartikel [91] med inkluderede studier: Velikova 2004. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
2. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, utilstrækkelig/manglende blinding i evalueringen. **Manglende overførbare:** **Alvorligt.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation. Studiet inkluderer en bred population af cancerpatienter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun data fra ét studie.
3. Systematisk oversigtsartikel [91] med inkluderede studier: Hollingworth 2013, Velikova 2004. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
4. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, utilstrækkelig/manglende blinding i evalueringen. **Manglende overførbare:** **Alvorligt.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation. Studierne inkluderer en bred population af cancerpatienter. **Upræcist effekttestimat: Ingen betydelig.** Hele konfidensintervallet ligger inden for den mindste klinisk relevante forskel.
5. Systematisk oversigtsartikel [91] med inkluderede studier: Hollingworth 2013. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
6. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, utilstrækkelig/manglende blinding i evalueringen. **Manglende overførbare:** **Alvorligt.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation. Studierne inkluderer en bred population af cancerpatienter. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Kun data fra ét studie.

7. Systematisk oversigtsartikel [91] med inkluderede studier: Velikova 2004, Hollingworth 2013. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
8. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, utilstrækkelig/manglende blinding i evalueringen. **Manglende overførbarhed: Alvorligt.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation. Studierne inkluderer en bred population af cancerpatienter. Forskelle mellem relevante og rapportede udfald: måler depressive symptomer med HADS. **Upræcist effektestimater: Alvorligt.** Brede konfidensintervaller, der favoriserer både ingen effekt og mulig effekt af systematisk vurdering.
9. Systematisk oversigtsartikel [91] med inkluderede studier: Hollingworth 2013. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
10. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, utilstrækkelig/manglende blinding i evalueringen. **Manglende overførbarhed: Alvorligt.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation. Studiet inkluderer en bred population af cancerpatienter. **Upræcist effektestimater: Alvorligt.** Kun data fra ét studie.
11. Weelbeing målt med HADS
12. Systematisk oversigtsartikel [91] med inkluderede studier: [35], Arving 2019. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
13. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, utilstrækkelig/manglende blinding i evalueringen. **Manglende overførbarhed: Alvorligt.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation. Studiet inkluderer en bred population af cancerpatienter. **Upræcist effektestimater: Ingen betydelig.** Hele konfidensintervallet ligger indenfor den mindste kliniske relevante forskel på 2 point på HADS.
14. Weelbeing målt med HADS
15. Systematisk oversigtsartikel [91] med inkluderede studier: [35], Arving 2019. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
16. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, utilstrækkelig/manglende blinding i evalueringen. **Manglende overførbarhed: Alvorligt.** Forskelle mellem målpopulation og studiepopulation. Studierne inkluderer en bred population af cancerpatienter. **Upræcist effektestimater: Ingen betydelig.** Hele konfidensintervallet ligger indenfor den mindste kliniske relevante forskel på 2 point på HADS.

Referencer

3. Arving C., Assmus J., Thormodsen I., Berntsen S., Nordin K. : Early rehabilitation of cancer patients-An individual randomized stepped-care stress-management intervention. *Psycho-oncology* 2019;28(2):301-308 [Journal](#)
21. Fervaha G., Izard JP, Tripp DA, Rajan S., Leong DP, Siemens DR : Depression and prostate cancer: A focused review for the clinician. *Urologic oncology* 2019;37(4):282-288 [Journal](#)
35. Hollingworth W., Metcalfe C., Mancero S., Harris S., Campbell R., Biddle L., et al. : Are needs assessments cost effective in reducing distress among patients with cancer? A randomized controlled trial using the Distress Thermometer and Problem List. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2013;31(29):3631-3638 [Journal](#)
44. Meijer A, Roseman M, Milete 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 [Pubmed Journal Link](#)
45. Meijer A., Roseman M., Delisle VC, Milete K., Levis B., Syamchandra A., et al. : Effects of screening for psychological distress on patient outcomes in cancer: a systematic review. *Journal of psychosomatic research* 2013;75(1):1-17 [Journal](#)
49. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) : Distress management : version 1.2021 . NCCN (NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines)) September 2020;NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) [Link](#)
50. National Institute for Clinical Excellence (NICE) : Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer : The Manual. NICE (Guidance on Cancer Services) 2004;Guidance on Cancer Services [Link](#)
59. Prostate Cancer Foundation of Australia (PCFA), NHMRC Centre for Research Excellence in Prostate Cancer Survivorship (NHMRC CRE-PCS) : A psychosocial care model for men with prostate cancer. Prostate Cancer Foundation of Australia (PCFA) September 2019; [Link](#)

60. Prostate Cancer Foundation of Australia (PCFA), NHMRC Centre for Research Excellence in Prostate Cancer Survivorship (NHMRC CRE-PCS) : Position statement on screening for distress and psychosocial care for men with prostate cancer. Prostate Cancer Foundation of Australia (PCFA) 2019; [Link](#)

65. Schouten B., Avau B., Bekkering GTE, Vankrunkelsven P., Mebis J., Hellings J., et al. : Systematic screening and assessment of psychosocial well-being and care needs of people with cancer. The Cochrane database of systematic reviews 2019;3(3):CD012387 [Journal](#)

71. Singer S., Danker H., Briest S., Dietrich A., Dietz A., Einenkel J., et al. : Effect of a structured psycho-oncological screening and treatment model on mental health in cancer patients (STEPPED CARE): study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials* 2014;15 482-6215-15-482 [Journal](#)

72. Singer S., Danker H., Roick J., Einenkel J., Briest S., Spieker H., et al. : Effects of stepped psychooncological care on referral to psychosocial services and emotional well-being in cancer patients: A cluster-randomized phase III trial. *Psycho-oncology* 2017;26(10):1675-1683 [Journal](#)

82. Velikova G., Booth L., Smith AB, Brown PM, Lynch P., Brown JM, et al. : Measuring quality of life in routine oncology practice improves communication and patient well-being: a randomized controlled trial. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2004;22(4):714-724 [Journal](#)

84. Watts S., Leydon G., Birch B., Prescott P., Lai L., Eardley S., et al. : Depression and anxiety in prostate cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ open* 2014;4(3):e003901-2013-003901 [Journal](#)

91. NKR 38 systematisk vurdering for depression.

4 - Superviseret træning ved kastrationsbaseret behandling (2020)

Kastrationsbaseret behandling er vigtig i behandlingen af prostatakæft, der har spredt sig uden for prostata [4]. Behandlingen sænker niveauet af det mandlige kønshormon testosteron markant, hvilket medfører reduceret tumurvækst. Desværre har behandlingen samtidig en række negative konsekvenser blandt andet i form af reduceret muskelmasse, større frakturrisiko og forøgelse af fedtvæv, samtidig med at patientens livskvalitet kan påvirkes i negativ retning [4][19][55][78]. Moderat til intensiv fysisk træning har hos raske ældre vist sig netop at kunne forbedre muskelmasse, knoglestyrke og reducere mængden af fedtvæv [29][78].

Siden den oprindelige NKR blev udgivet i 2016 er der publiceret en række nye RCT-studier, der undersøger effekten af superviseret træning ved kastrationsbaseret behandling. Arbejdsgruppen vurderer på denne baggrund, at spørgsmålet om superviseret træning ved kastrationsbaseret behandling bør opdateres.

I den oprindelige NKR fra 2016 blev der formuleret to fokuserede spørgsmål for at belyse effekten af både tidlig og senere træningsopstart. De to oprindelige PICO-spørgsmål var stort set identiske. Den eneste forskel var, at populationen i det ene spørgsmål var patienter med prostatakæft inden for den første måned efter påbegyndt kastrationsbaseret behandling, mens den i det andet spørgsmål var patienter, der havde været i kastrationsbaseret behandling i mindst 6 måneder. De oprindelige anbefalinger for de to spørgsmål var enslydende. Arbejdsgruppen ønsker derfor at slå de to oprindelige spørgsmål sammen til ét fokuseret spørgsmål, så det bliver muligt at komme med én samlet anbefaling for hele populationen af patienter, der modtager kastrationsbaseret behandling. Effekten af henholdsvis tidlig og senere træningsstart vil i stedet blive belyst ved subgruppeanalyser, hvis der er betydende heterogenitet i resultaterne.

Stærk anbefaling

Tilbyd moderat til intensiv superviseret træning til patienter i kastrationsbaseret behandling.

Anbefalingen er opdateret og ændret i 2020

Superviseret træning omfatter træning, der er instrueret, superviseret og monitoreret af en fagprofessionel/sundhedsprofessionel med relevante kompetencer.

Superviseret træning kan startes umiddelbart efter begyndelse af kastrationsbaseret behandling. Patienter, der har været i længerevarende kastrationsbaseret behandling, har lige så god effekt af et superviseret træningsforløb, som ved tidlig start.

Træningsintensiteten bør være minimum 60-85 % af 1 repetition maximum for styrketræning og minimum 60-85% af den estimerede maksimale hjertefrekvens for konditionstræning. Intensiteten bør fastlægges individuelt og progredieres løbende, så det sikres, at træningen har effekt.

Styrketræning bør inddrage de store muskelgrupper i både over- og underekstremitet.

Træningen bør endvidere tilpasses individuelt efter patientens funktionsniveau, ressourcer, sygdomsgrad og præferencer.

For utrænede personer, der ikke er vant til kontaktsport, bør andre træningsformer end kontaktsport overvejes. Skader blev i højere grad rapporteret i studier hvor interventionen var fodboldtræning. Samtidig er det usikkert, om der er øget risiko for frakturer ved fodboldtræning.

Superviseret træning kan foregå som individuel træning eller holdtræning. Samlet træningsvarighed bør være minimum 12 uger med superviserede træningssessioner 2-3 gange ugentligt.

Nogle patienter vil have behov for en motiverende intervention eller samtale forud for deltagelse i superviseret træning.

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelige virkninger

Superviseret træning øger sandsynligvis 'diagnosespecifik livskvalitet' og 'fysisk funktion (gangfunktion)' i nogen grad. Den

Overvejende fordele ved det anbefalede alternativ

gennemsnitlige effekt er omkring 8 point på FACT-P for 'diagnosespecifik livskvalitet', og omkring 26 sekunders reduktion på 400 meter gangtest.

Der er sandsynligvis også en væsentlig forbedring af muskelstyrke og nogen klinisk relevant effekt på maksimal iltoptagelse, hvor den gennemsnitlige forbedring af konditallet er på omkring 8 %.

Der er rapporteret flere skadevirkninger ved superviseret træning sammenlignet med vanlig aktivitet, men det absolutte antal skader er lavt. Der er 8 personer per 1000 med træningsrelaterede skader ved superviseret træning sammenlignet med 0 per 1000 ved vanlig aktivitet. Der blev udelukkende rapporteret skader i de studier, hvor interventionen var styrketræning eller fodboldtræning. Skaderne omfattede både overbelastningsskader og akutte skader. Det er usikkert, om superviseret træning påvirker antal personer med frakturer.

Kvaliteten af evidensen

Moderat

Kvaliteten af evidensen for de kritiske outcomes var samlet set moderat på grund af alvorlig risiko for bias.

Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Arbejdsgruppen forventer, at der vil være varierende patientpræferencer. Det forventes, at de fleste patienter vil vælge at tage imod et tilbud om superviseret træning, når de informeres om gavnlige og skadelige effekter, men at nogle patienter stadig vil afstå.

Patienter med tidligere træningserfaring vil sandsynligvis have større præference for træning og vil have lettere ved at påbegynde træning.

Det forventes, at patienter vil have forskellige præferencer for henholdsvis individuel og gruppebaseret træning. Ved gruppebaserede træningssindsatser vil patienterne kunne have gavn af at udveksle erfaringer med andre i samme situation. Omvendt kan træning i grupper mindske villigheden til at gøre opmærksom på egne behov.

Andre overvejelser

Det forventes, at patientens motivation for at deltage i superviseret træning spiller en afgørende rolle for, om patienten ønsker at tage imod et tilbud om superviseret træning.

Der kan derfor være behov for at supplere et træningstilbud med en motiverende intervention eller samtale.

Oplysninger om træningsintensitet, -hyppighed og -varighed, samt individuel progression i den superviserede træning i de inkluderede studier, danner baggrund for de handlingsanvisende anbefalinger i støtteteksten til anbefalingen.

Superviseret træning omfatter træning, der er instrueret, superviseret og monitoreret af en fagperson/sundhedsprofessionel med relevante kompetencer. Den sundhedsprofessionelle skal have kompetencer både i forhold målgruppen, træningsfysiologi og træningspsykologi.

Rationale

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at superviseret træning forbedrer diagnosespecifik livskvalitet og fysisk funktion, samtidig med at muskelstyrke og maksimal iltoptagelse også forbedres. Der er i mindre omfang rapporteret træningsrelaterede skader ved superviseret træning. Der er udelukkende rapporteret skader ved interventioner, der omfatter styrketræning og fodboldtræning. Kvaliteten af evidensen var samlet set moderat.

Arbejdsgruppen vurderer, at de gavnlige virkninger af superviseret træning klart overstiger de skadelige virkninger.

Der er en forventning om, at de fleste patienter vil tage imod et tilbud om superviseret træning, men at nogle patienter vil afstå.

Fokuseret Spørgsmål

Population:	Patienter med prostatakæft der modtager kastrationsbaseret behandling
Intervention:	Superviseret træning
Sammenligning:	vanlig aktivitet

Sammenfatning

Litteratur

I den oprindelige NKR fra 2016 var der inkluderet seks randomiserede forsøg [9][15][26][56][67][80]. Heraf blev fem RCT-studier [9][15][26][67][80] identificeret i et systematisk review fra 2015 [8] og et RCT-studie blev identificeret i en opdateret primærsøgning [56].

I forbindelse med opdateringen af NKR, hvor de to oprindelige fokuserede spørgsmål om superviseret træning blev samlet til et nyt fokuseret spørgsmål, blev primærreferencer fra det oprindeligt inkluderede systematiske review [8] gennemgået igen. Det resulterede i, at yderligere et RCT-studie blev inkluderet [68]. På samme måde blev fuldttekster fra den oprindelige litteratursøgning efter primærstudier gennemgået igen, og yderligere et RCT-studie rapporteret i to publikationer [85][86] blev inkluderet.

Ved opdateringen af NKR er der udført en opdateret primærsøgning fra den seneste søgeddato i den oprindelige NKR. Fra denne søgning blev der inkluderet 9 RCT-studier rapporteret i 16 publikationer [5][6][7][38][17][24][27][32][33][34][51][76][77][53][54][83], samt data fra Harrison 2018 publiceret på [Clinicaltrials.gov](https://clinicaltrials.gov) (NCT0225611).

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består derfor af 17 randomiserede forsøg rapporteret i 25 publikationer [5][6][7][9][15][17][24][26][27][32][33][34][38][51][53][54][56][67][68][76][77][80][83][85][86] samt data fra clinicaltrials.gov (NCT0225611). Flow charts findes [her](#).

Gennemgang af evidensen

Populationerne i de inkluderede studier var mænd med prostatakæft. Langt hovedparten af studierne inkluderede udelukkende mænd, der var i kastrationsbaseret behandling (ADT-behandling) [9][15][17][24][26][32][33][34][38][51][53][54][56][67][76][77][80][83][85][86]. I studiet af Galvao et al. fra 2018 var 95 % i ADT-behandling [27] og i Segal et al. fra 2009 var 61 % i ADT-behandling [68]. Hos Bjerre et al. var 41 % i ADT-behandling [6]. Studiet rapporterede separate data for ADT-populationen for alle outcomes på nær frafald, og det er de separate data, der indgår i analyserne [6]. Fire studier inkluderede mænd, der havde startet kastrationsbaseret behandling indenfor den seneste måned [15][32][51][54][76]. I de resterende studier havde mændene været i kastrationsbaseret behandling i mellem 2 måneder og 3 år før træningsstart [6][7][9][17][24][26][27][33][34][38][53][56][67][77][80][83][85][86]. Segal et al. fra 2009 rapporterede ingen oplysninger om varigheden af den kastrationsbaserede behandling.

Interventionerne i de inkluderede studier bestod af moderat til intensiv superviseret træning. I hovedparten af studierne bestod træningen af en kombination af konditions- og styrketræning [9][15][24][26][27][32][33][34][51][54][76]. I et studie var træningen suppleret med bevægelighedstræning [27] i et andet med impacttræning [54][76]. To studier havde to aktive træningsarme foruden en kontrolgruppe. I det ene af disse studier var der en gruppe, der modtog styrke- og impacttræning og en kombineret konditions- og styrketræningsgruppe [53][77][83]. Det andet studie havde en styrketræningsgruppe og en konditionstræningsgruppe [68]. I fire studier indeholdt interventionen udelukkende styrketræning [17][38][56][67][85][86], og i to studier bestod interventionen af fodboldtræning [6][7][80]. Træningsintensiteten i studierne lå mellem 55-90 % af 1 repetition maximum (RM) for styrketræning og mellem 60-85 % af den estimerede maksimale hjertefrekvens for konditionstræning. Træningsintensiteten blev individuet fastlagt og progredieret.

Træningsinterventionerne havde en varighed på henholdsvis 12 uger [9][15][17][24][26][27][38][51], 16 uger [32][56][67][80], 6 måneder [6][7][68] og 12 måneder [33][34][54][76][77][53][83][85][86]. For to af de sidste studier anvender vi data fra 6 måneders follow-up, da kontrolgruppen herefter modtog superviseret træning [53][54][76][77][83]. Langt de fleste studier havde 2-3 superviserede sessioner pr. uge [6][7][15][17][24][26][27][32][38][51][53][54][56][67][68][76][77][80][83][85][86]. I studiet af Bourke et al. var der 1-2

ugentlige superviserede sessioner [9] og Hojan et al. havde 3-5 ugentlige superviserede sessioner [33][34]. Begge studier havde hyppigere supervision i de første 6-8 interventionsuger [9][33][34]. Sessionslængden i de inkluderede studier varierede mellem 45-90 minutter, oftest var sessionlængden 60 min.

I hovedparten af studierne var interventionen holdtræning [6][7][9][15][17][24][26][27][38][53][54][76][77][80][83][85][86]. I et studie var interventionen konditionstræning på hold og individuel styrketræning [33][34]. Et studie gav udelukkende individuel træning [67], og fire studier havde ingen oplysninger om, hvorvidt interventionen var individuel eller holdbaseret [32][51][56][68].

I 14 studier modtog kontrolgruppen vanlig behandling

[6][7][9][15][24][26][27][32][33][34][51][53][54][56][68][76][77][80][83]. Kontrolgruppernes behandling var oftest uspecificeret. I tre studier modtog kontrolgrupperne information om generelle anbefalinger for fysisk aktivitet [6][7][24][33][34], i et studie var kontrolbehandlingen et hjemmetræningsprogram bestående af bevægelighedstræning [17][38], og i et studie modtog kontrolgruppen superviseret træning i form af bevægeligheds- og afslapningsøvelser [85][86]. I studiet af Segal et al. stod deltagerne i kontrolgruppen på venteliste til superviseret træning [67].

De fleste inkluderede studier var relativt små og inkluderede mellem 26 og 79 deltagere i ADT-behandling

[6][7][15][17][24][26][27][32][33][34][38][51][56][80][85][86]. Fem studier inkluderede mellem 100 og 163 deltagere [9][53][54][67][68][76][77][83].

Resultater for kritiske outcomes

I alt 11 studier rapporterede data for det kritiske outcome 'diagnosespecifik livskvalitet' [6][9][17][26][32][34][51][56][68][67][86], og der blev fundet en klinisk relevant forskel i effekt til fordel for superviseret træning. SMD blev beregnet til 0.45 (95 % CI: 0.30, 0.59), hvilket svarer til en gennemsnitlig forskel på 8.55 på FACT-P (0-156) (95 % CI: 5.7, 11.21). Estimatet er omregnet ud fra standarddeviationen på final mean i kontrolgruppen fra Ndjavera 2020 (SD: 19) [51]. Resultatet er over den mindste kliniske relevante forskel på 6-10 point på denne skala. En sensitivitetanalyse med udelukkelse af det ene studie, hvor kun 61 % af populationen var i ADT-behandling [67], ændrede ikke resultatet betydeligt, SMD 0.44 (95 % CI: 0.26, 0.63).

Det kritiske outcome 'fysisk funktion' blev belyst af data for henholdsvis gangtest (kritisk) og rejse/sætte sig-test (vigtigt),

hvor gangtest på forhånd var prioriteret højest af arbejdsgruppen. Ti studier rapporterede data for gangtest [15][17][24][26][27][32][34][77][53][54][76][83][86]. Resultaterne viste en klinisk relevant forskel i effekt til fordel for superviseret træning. SMD var -0.45 (95 % CI: -0.64, -0.25) hvilket svarer til 26 sekunders reduktion på 400 meters gangtest (95 % CI: 14,36): Estimatet er omregnet ud fra standarddeviationen på final mean i kontrolgruppen fra Newton et al. 2020 (SD: 56.9) [54]. Den mindste klinisk relevante forskel på 400 meters gangtest ligger på 20-30 sekunder.

Subgruppeanalyser for de to kritiske outcomes, hvor studierne blev opdelt efter tidlig og senere træningsopstart, viste ingen signifikante subgruppeforskelle, hverken for diagnosespecifik livskvalitet (p-værdi for subgruppeforskel = 0.22) eller for fysisk funktion målt ved gangtest (p-værdi for subgruppeforskel = 0.91). Der var heller ikke relevante subgruppeforskelle, når studierne blev opdelt efter træningstyper. P-værdi for subgruppeforskel var 0.37 for 'diagnosespecifik livskvalitet' (opdelt i træningstyperne styrke, kondition, kombineret og fodboldtræning). P-værdi for subgruppeforskel var 0.90 for 'fysisk funktion' (gangtest) (opdelt i træningstyperne styrketræning og kombineret træning). Der kunne ikke udføres meningsfulde subgruppeanalyser af individuel træning sammenlignet med gruppebaseret træning, da kun ét studie udelukkende havde rapporteret individuel træning. Tiltroen til evidensen for de kritiske outcomes var samlet set moderat, da der blev nedgraderet for alvorlig risiko for bias på grund af selvrapporterede outcomes og manglende blinding af deltagere.

Resultater for vigtige outcomes

Syv studier rapporterede data for det vigtige outcome fysisk funktion målt med rejse/sætte sig-test [15][26][32][56][54][76][80][86], og resultaterne viste at superviseret træning muligvis forbedrer fysisk funktion i nogen grad. Der var en mulig effektforskel til fordel for superviseret træning. SMD var 0.33 (95 % CI: 0.08, 0.57), hvilket svarer til én gentagelse mere på 30 sekunders rejse/sætte sig-test (95 % CI: 0.24, 1.71): Estimatet er omregnet ud fra SD på final mean i kontrolgruppen fra Nilsen et al. 2015 (SD: 3) [56]. Dette ligger lige omkring den mindste kliniske relevante forskel på 1-2 gentagelser for denne test. Tiltroen til evidensen var lav på grund af alvorlig risiko for bias (manglende blinding) og alvorligt upræcist effektestimater.

Superviseret træning medfører sandsynligvis en væsentlig forbedring af det vigtige outcome 'muskelstyrke', idet analysen af data fra 14 studier [15][17][24][26][27][32][51][56][54][76][67][68][53][77][80][83][86] viste en SMD på 0.46 (95 % CI: 0.26, 0.65) til fordel for superviseret træning. Heterogeniteten i denne analyse var moderat ($I^2 = 51\%$). En subgruppeanalyse med opdeling af studierne i forhold til træningstyper (styrketræning, kombineret træning og fodboldtræning) kunne forklare

heterogeniteten. I subgruppeanalysen faldt I^2 til 16 % blandt studierne med kombineret træning, men blandt styrketræningsstudierne var der fortsat høj heterogenitet, $I^2 = 69$ %. Dette kunne forklares ud fra intensiteten i styrketræningsstudierne. I to ud af fem styrketræningsstudier var intensiteten over 90 % af 1 RM, hvorimod intensiteten i de andre styrketræningsstudier lå mellem 60-70 % af 1 RM. Når de to højintensitetsstudier blev udelukket af analysen, faldt I^2 til 0 % både i subgruppeanalysen og den samlede analyse. På denne baggrund valgte arbejdsgruppen ikke at nedgradere for heterogenitet. Der blev nedgraderet for alvorlig risiko for bias på grund af manglende blinding af deltagere og manglende blinding i evalueringen. Tiltroen til evidensen var moderat.

Det vigtige outcome 'maksimal iltoptagelse' blev belyst i seks studier [15][32][51][68][53][77][80][83]. Superviseret træning gav en gennemsnitlig forbedring af konditallet på 1.76 (95 % CI: 0.82, 2.69) sammenlignet med vanlig aktivitet. Forskellen svarer til 8 % forøgelse af den maksimale iltoptagelse i forhold vanlig aktivitet (95 % CI: 4 %, 13 %). Arbejdsgruppen vurderede denne forskel som klinisk relevant for den undersøgte population. Tiltroen til estimatet var moderat, da der blev nedgraderet for alvorlig risiko for bias.

Fire studier rapporterede data for det vigtige outcome 'helbredsrelateret livskvalitet' [6][15][26][27], resultaterne viste ingen kliniske relevante forskelle i effekt, hverken målt på den fysiske eller mentale skala på SF-36. Den gennemsnitlige effekt var 1.34 (95 % CI: -1.99, 4.67) for den fysiske skala og 3.30 (95 % CI: 0.87, 5.74) for den mentale skala. Begge resultater er lavere end den mindste kliniske relevante forskel på 4-10 point på SF-36 (0-100). Tiltroen til estimatet var moderat, da der blev nedgraderet for alvorlig risiko for bias.

Det vigtige outcome 'frakturer' var belyst i 16 studier [6][9][15][17][24][26][27][32][34][51][53][54][76][56][68][77][80][83][86], men der var kun rapporterede hændelser i de to studier, hvor interventionen var fodboldtræning (tre hændelser i interventionsgrupperne og én hændelse i kontrolgrupperne). Resultaterne viste øget risiko for frakturer ved superviseret træning, RR var 1.86 (95 % CI: 0.25, 13.99). Den absolutte forskel beregnet ud fra en analyse af risikoforskelle viste, at der var én person mere med frakturer per 1000 deltagere ved superviseret træning (95 % CI: 15 færre til 17 flere) sammenlignet med vanlig aktivitet. Der var samlet set meget få hændelser, tre personer med frakturer per 1000 deltagere ved superviseret træning mod to per 1000 ved vanlig aktivitet. Der var lav tiltro til estimatet på grund af meget alvorligt upræcist effektestimater (brede konfidensintervaller og få hændelser), og arbejdsgruppen vurderede, at det er usikkert, om superviseret træning har en beskyttende effekt mod frakturer. Ligesom det er usikkert, om der eventuelt er en skadelig effekt i forhold til frakturer ved fodboldtræning.

Det vigtige outcome 'træningsrelaterede skader' blev rapporteret i 14 studier [9][15][17][24][26][27][32][34][51][56][68][77][53][80][83][86]. Resultaterne viste, at superviseret træning sandsynligvis øger antallet af personer med træningsrelaterede skader i mindre grad, RR var 6.18 (95 % CI: 1.41, 27.14). Tiltroen til estimatet var moderat på grund af alvorligt upræcist effektestimater (brede konfidensintervaller). Den absolutte forskel beregnet ud fra en analyse af risikoforskelle viste, at der var 8 flere per 1000 med træningsrelaterede skader ved superviseret træning (95 % CI: 11 færre til 26 flere). Der blev udelukkende rapporteret skader i de studier, hvor interventionen var styrketræning eller fodboldtræning. De rapporterede skader i styrketræningsstudierne omfattede fem personer med overbelastningsskader og en person med en akut skade. Alle skader var muskuloskeletale [17][24][33][34]. I et studie med fodboldtræning var der i alt fem personer med træningsrelaterede skader (to fibula frakturer, én patiel achillesseneruptur, én ankelforvridning og én muskelfiberforstrækning) [80]. Data fra ét studie med fodboldtræning kunne ikke indgå i analysen, da der kun var rapporteret data for antal skader i fodboldtræningsgruppen [6][7]. Der blev i studiet rapporteret i alt 60 træningsrelaterede skader blandt de 109 deltagere i fodboldtræningsgruppen, heraf var der 19 overbelastningsskader og 41 akutte skader. Skaderne omfattede trykribben, dislocation, meniskskade, seneirritationer, senerupturer, kontusioner, hudafskrabninger, fibersprængninger og irritation af bursa.

Det blev fundet, at superviseret træning sandsynligvis ikke medfører øget frafald, RR 0.74 (95 % CI: 0.55, 1.00). Den beregnede absolutte forskel viste, at der var 43 færre per 1000, der faldt fra superviseret træning sammenlignet med vanlig aktivitet. Tiltroen til resultatet var moderat, da der var alvorlig risiko for bias på grund af manglende blinding. En subgruppeanalyse med opdeling af studierne i henholdsvis tidlig træningsstart (indenfor en måned) og senere opstart af træning, viste en signifikant subgrupp-effekt (p-værdi for subgrupp-forskel = 0.03). Der var signifikant lavere risiko for frafald i de studier, hvor deltagerne påbegyndte træning indenfor en måned efter kastrationsbaseret behandlingsstart. Effektestimateret i disse studier var RR 0.36 (95 % CI: 0.18, 0.73) mod 0.85 (95 % CI: 0.62, 1.15) i studierne med senere træningsstart.

De vigtige outcomes 'forekomst af hjertekar-sygdom', 'forekomst af diabetes' og 'forekomst af depression' var ikke belyst i de inkluderede studier, men forekomst af depression var indirekte belyst, idet to studier rapporterede data for depressive symptomer målt på henholdsvis Brief Symptom Inventory (0-24) og Studies Depression Scale (0-60) [15][17]. Resultaterne viste ingen kliniske relevante forskelle, den gennemsnitlige forskel var -1.50 (95 % CI: -3.21, 2.04) på Brief Symptom

Inventory og -1.00 (95 % CI: -6.21, 4.21) på Studies Depression Scale. En pooled analyse med standardiserede gennemsnit (SMD) viste en SMD på -0.34 (95 % CI: -0.76,0.08). Tiltroen til evidensen var meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, alvorlig manglende overførbare og alvorligt upræcist effektestimat.

For de vigtige outcomes kunne der ikke udføres meningsfulde subgruppeanalyser af individuel træning sammenlignet med gruppebaseret træning, da kun ét studie udelukkende rapporterede individuel træning. Bortset fra den rapporterede subgruppeforskel for 'frafald' var der ingen signifikante subgruppeforskelle for de vigtige outcomes, hverken når studierne blev opdelt i tidlig og senere træningsopstart eller efter træningstype.

Sensitivitetsanalyser for de vigtige outcomes med udelukkelse af det ene studie, hvor kun 61 % af populationen var i ADT-behandling [68], ændrede ikke nogen resultater betydeligt.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		vanlig aktivitet	Superviseret træning		
Frakturer (fractures) antal personer med ¹ Længste follow-up 6 Vigtig	Relative risiko 1.86 (CI 95% 0.25 - 13.99) Baseret på data fra 1,071 patienter i 16 studier. ²	2 per 1.000	3 per 1.000	Lav på grund af meget alvorligt upræcist effektestimat ³	Det er usikkert, om superviseret træning påvirker antallet af personer med frakturer. Det er både usikkert om der er en beskyttende eller eventuelt en skadelig effekt. Se tillige narrativ beskrivelse i sammenfatningen
Træningsrelaterede skader (exercise related injuries) antal personer med ⁴ Efter endt behandling 6 Vigtig	Relative risiko 6.18 (CI 95% 1.41 - 27.14) Baseret på data fra 880 patienter i 14 studier. ⁵	0 per 1.000	8 per 1.000	Moderat på grund af alvorligt upræcist effektestimat ⁶	Superviseret træning øger sandsynligvis antallet af personer med træningsrelaterede skader i mindre grad. Se tillige narrativ beskrivelse i sammenfatningen
Frafald (dropouts) risk ratio, antal personer Efter endt behandling 6 Vigtig	Relative risiko 0.74 (CI 95% 0.55 - 1) Baseret på data fra 1,417 patienter i 17 studier. ⁷	148 per 1.000	110 per 1.000	Moderat på grund af alvorlig risiko for bias ⁸	Superviseret træning medfører sandsynligvis ikke øget frafald
Forekomst af hjertekar-sygdom Længste follow-up 6 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier.				Det er arbejdsgruppens vurdering, at det er usikkert, om superviseret træning påvirker forekomsten af hjertekar- sygdomme hos patienter

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater vanlig aktivitet Superviseret træning		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
<p>Forekomst af diabetes længste follow-up</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Baseret på data fra patienter i 0 studier.</p>				<p>med prostatakraft. Det er dog velkendt at fysisk træning generelt forebygger forekomsten af hjertekar-sygdom.</p> <p>Det er arbejdsgruppens vurdering, at det er usikkert, om superviseret træning påvirker forekomsten af diabetes hos patienter med prostatakraft. Det er dog velkendt at fysisk træning generelt forebygger forekomsten af diabetes.</p>
<p>Livskvalitet (quality of life) diagnosespecifik livskvalitet Efter endt behandling</p> <p>9 Kritisk</p>	<p>Højere bedre Baseret på data fra: 767 patienter i 11 studier. ⁹</p>	<p>Forskel: SMD 0.45 højere (CI 95% 0.3 højere - 0.59 højere)</p>		<p>Moderat på grund af alvorlig risiko for bias ¹⁰</p>	<p>Superviseret træning øger sandsynligvis diagnosespecifik livskvalitet i nogen grad. Forskellen svarer til 8.55 på FACT-P (0-156) (95% CI 5.7,11.21). MCID 6-10</p>
<p>Livskvalitet (quality of life) helbredsrelateret livskvalitet Efter endt behandling</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Målt med: SF-36, physical score Skala: 0-100 Højere bedre Baseret på data fra: 246 patienter i 4 studier. ¹¹</p>	<p>44.8 (gennemsnit)</p>	<p>46.15 (gennemsnit)</p>	<p>Moderat på grund af alvorlig risiko for bias ¹²</p>	<p>Superviseret træning påvirker sandsynligvis ikke generel livskvalitet i betydelig grad</p>
<p>Livskvalitet (quality of life) helbredsrelateret livskvalitet</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Målt med: SF-36, mental score Skala: 0-100 Højere bedre Baseret på data fra: 198 patienter i 3 studier. (Randomiserede studier)</p>	<p>49.2 (gennemsnit)</p>	<p>52.5 (gennemsnit)</p>	<p>Moderat på grund af alvorlig risiko for bias ¹³</p>	<p>Superviseret træning påvirker sandsynligvis ikke generel livskvalitet i betydelig grad</p>
<p>Fysisk funktion (physical function) gangtest Efter endt</p>	<p>Lavere bedre Baseret på data fra: 612 patienter i 10 studier. ¹⁴</p>	<p>Forskel: SMD 0.45 lavere (CI 95% 0.64 lavere - 0.25 lavere)</p>		<p>Moderat på grund af alvorlig risiko for bias ¹⁵</p>	<p>Superviseret træning forbedrer sandsynligvis fysisk funktion (gangtest) i nogen grad. Forskellen</p>

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater vanlig aktivitet Superviseret træning		Tiltro til estimererne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
behandling 9 Kritisk					svarer til 26 sekunders reduktion på 400 meters gangtest (95% CI 14,36). MCID 20-30 sekunder
Fysisk funktion (physical function) rejse/sætte sig- test Efter endt behandling 6 Vigtig	Højere bedre Baseret på data fra: 404 patienter i 7 studier. ¹⁶	Forskel: SMD 0.33 højere (CI 95% 0.08 højere - 0.57 højere)		Lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorligt upræcist effektestimat ¹⁷	Superviseret træning forbedrer muligvis fysisk funktion (rejse/sætte sig test) i nogen grad. Forskellen svarer til en gentagelse mere på 30 sek. (95% CI 0, 2). MCID 1-2
Muskelstyrke (muscle strength) Efter endt behandling 6 Vigtig	Højere bedre Baseret på data fra: 968 patienter i 14 studier. ¹⁸	Forskel: SMD 0.46 højere (CI 95% 0.26 højere - 0.65 højere)		Moderat på grund af alvorlig risiko for bias ¹⁹	Superviseret træning medfører sandsynligvis en væsentlig forbedring af muskelstyrke
Maximal iltoptagelse (VO2 max) (VO2 peak) Efter endt behandling 6 Vigtig	Målt med: ml/kg/min (kondital) Højere bedre Baseret på data fra: 406 patienter i 6 studier. ²⁰	22.2 (gennemsnit)	24 (gennemsnit)	Moderat på grund af alvorlig risiko for bias ²¹	Superviseret træning øger sandsynligvis maximal iltoptagelse i nogen grad. Forskellen svarer til 8 % forøgelse i forhold til vanlig aktivitet, 95% CI (4 % forøgelse til 13 % forøgelse)
Forekomst af depression (depression) længste follow-up 6 Vigtig	Målt med: Depressive symptomer (Brief Symptom Inventory BSI-18 og Epidemiologic Studies Depression Scale Lavere bedre Baseret på data fra: 89 patienter i 2 studier. ²²	Forskel: SMD 0.34 lavere (CI 95% 0.76 lavere - 0.08 højere)		Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorlig manglende overførbarehed, på grund af alvorligt upræcist effektestimat ²³	Det er usikkert, om superviseret træning påvirker forekomst af depression

1. De absolutte værdier er baseret på en risk difference analyse
2. Systematisk oversigtsartikel [92] med inkluderede studier: Galvao 2010, Galvao 2018, Harrison 2018, Hojan 2017, Bjerre 2019, Bourke 2014, Cormie 2015, Focht 2018, Dawson 2018, Taaffe 2017/Newton 2019/Wall 2017, Uth 2014, Winters Stone 2015, Ndjavera 2020, Newton 2020/Taaffe 2018, Nielsen 2015, Segal 2009. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.

3. **Risiko for bias: Ingen betydelig.** Manglende blinding, utilstrækkelig/manglende blinding i evalueringen. **Upræcist effekttestimat: Meget alvorligt.** Brede konfidensintervaller, få events.
4. De absolutte værdier er baseret på en risk difference analyse
5. Systematisk oversigtsartikel [92] med inkluderede studier: Hojan 2017, Ndjavera 2020, Nielsen 2015, Segal 2009, Dawson 2018, Galvao 2010, Galvao 2018, Harrison 2018, Focht 2018, Bourke 2014, Cormie 2015, Taaffe 2017/Newton 2019/Wall 2017, Uth 2014, Winters Stone 2015. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
6. **Risiko for bias: Ingen betydelig.** Manglende blinding, utilstrækkelig/manglende blinding i evalueringen. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Brede konfidensintervaller.
7. Systematisk oversigtsartikel [92] med inkluderede studier: Segal 2009, Taaffe 2017/Newton 2019/Wall 2017, Uth 2014, Winters Stone 2015, Ndjavera 2020, Newton 2020/Taaffe 2018, Nielsen 2015, Segal 2003, Galvao 2010, Galvao 2018, Harrison 2018, Hojan 2017, Bjerre 2019, Bourke 2014, Cormie 2015, Focht 2018, Dawson 2018. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
8. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, utilstrækkelig/manglende blinding i evalueringen. **Upræcist effekttestimat: Ingen betydelig.** Brede konfidensintervaller, men ikke upræcist i forhold til anbefaling. Det ser ikke ud til at superviseret træning medfører et øget frafald.
9. Systematisk oversigtsartikel [92] med inkluderede studier: [26], Winters Stone 2015, Segal 2003, Segal 2009, Ndjavera 2020, Nielsen 2015, Harrison 2018, Hojan 2017, Bourke 2014, Dawson 2018, Bjerre 2019. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
10. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, utilstrækkelig/manglende blinding i evalueringen, selvrapporteret outcome og manglende blinding af deltagere. **Upræcist effekttestimat: Ingen betydelig.**
11. Systematisk oversigtsartikel [92] med inkluderede studier: Galvao 2018, Cormie 2015, Galvao 2010, Bjerre 2019. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
12. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, utilstrækkelig/manglende blinding i evalueringen, selvrapporteret outcome og manglende blinding af deltagere.
13. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, utilstrækkelig/manglende blinding i evalueringen, selvrapporteret outcome og manglende blinding af deltagere.
14. Systematisk oversigtsartikel [92] med inkluderede studier: Cormie 2015, Winters Stone 2015, Newton 2020/Taaffe 2018, Taaffe 2017/Newton 2019/Wall 2017, Harrison 2018, Hojan 2017, Galvao 2010, Galvao 2018, Dawson 2018, Focht 2018. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
15. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, utilstrækkelig/manglende blinding i evalueringen.. **Upræcist effekttestimat: Ingen betydelig.**
16. Systematisk oversigtsartikel [92] med inkluderede studier: Uth 2014, Winters Stone 2015, Newton 2020/Taaffe 2018, Nielsen 2015, Galvao 2010, Harrison 2018, Cormie 2015. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
17. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, utilstrækkelig/manglende blinding i evalueringen. **Upræcist effekttestimat: Alvorligt.** Brede konfidensintervaller der overlapper mindste klinisk relevante forskel. Når estimeret på 0.33 SMD omregnes til gennemsnitlig forskel på 30 sekunders gangtest svarer forskellen til 1 ekstra gentagelse på rejse/sætte sig test (95% CI 0.24, 1,71). Konfidensintervallets nedre grænse overlapper således den mindste klinisk relevante forskel. Omregnet ud fra SD på mean final i kontrolgruppen fra Newton 2020/Taaffe. MCID 1-2..
18. Systematisk oversigtsartikel [92] med inkluderede studier: Winters Stone 2015, Uth 2014, Segal 2003, Nielsen 2015, Taaffe 2017/Newton 2019/Wall 2017, Segal 2009, Galvao 2018, Newton 2020/Taaffe 2018, Harrison 2018, Ndjavera 2020, Dawson 2018, Focht 2018, Galvao 2010, Cormie 2015. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
19. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, utilstrækkelig/manglende blinding i evalueringen. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig.** Subgruppeanalyse med opdeling i Fodboldtræning vs styrke/udholdenhed vs blandet træning: Subgruppe effekt, P = 0.03 Denne analyse kan delvis forklare heterogenitet I2 er 57% før subgruppeopdeling, ved subgruppeopdeling er I2 6% i blandt de studier med blandet træningsintervention, men 73% blandt de fire studier med ren styrketræning, dette kan dog delvist forklares ud fra intensitet i disse studier, Segal træner ved op til 70% af 1 RM, Nielsen med op til 90% af 1 RM og Dawson med op til 93% af en RM, Segal: intensitet uoplyst. Når Segal og Winterstone udelukkes falder I2 til 49%.
20. Systematisk oversigtsartikel [92] med inkluderede studier: Harrison 2018, Cormie 2015, Segal 2009, Ndjavera 2020, Uth 2014, Taaffe 2017/Newton 2019/Wall 2017. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
21. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, utilstrækkelig/manglende blinding i evalueringen. **Upræcist effekttestimat:**

Ingen betydelig. Brede konfidensintervaller, estimatet svarer til 8.1 % forøgelse 95% CI (3,5% forøgelse til 12.7 % forøgelse) 3,5 % er vurderet som klinisk relevant ændring hos denne population af arbejdsgruppen.

22. Systematisk oversigtsartikel [92] med inkluderede studier: Dawson 2018, Cormie 2015. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.

23. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, utilstrækkelig/manglende blinding i evalueringen, selvrapporteret outcome og manglende blinding af deltagere. **Manglende overførbarehed: Alvorligt.** Forskelle mellem relevante og rapporterede udfald. Vi havde defineret forekomst af depression som outcome, studierne måler depressionssymptomer. **Upræcist effektestimater: Alvorligt.** Få patienter (<100) inkluderet i studierne.

Referencer

4. Attard G, Parker C, Eeles RA, Schröder F, Tomlins SA, Tannock I, et al. : Prostate cancer. Lancet (London, England) 2016;387(10013):70-82 [Pubmed](#) [Journal Link](#)
5. Bjerre E., Bruun DM, Tolver A., Brasso K., Krustrup P., Johansen C., et al. : Effectiveness of community-based football compared to usual care in men with prostate cancer: Protocol for a randomised, controlled, parallel group, multicenter superiority trial (The FC Prostate Community Trial). BMC cancer 2016;16(1):767-016-2805-0 [Journal](#)
6. Bjerre ED, Brasso K., Jørgensen AB, Petersen TH, Eriksen AR, Tolver A., et al. : Football Compared with Usual Care in Men with Prostate Cancer (FC Prostate Community Trial): A Pragmatic Multicentre Randomized Controlled Trial. Sports medicine (Auckland, N.Z.) 2019;49(1):145-158 [Journal](#)
7. Bjerre ED, Petersen TH, Jørgensen AB, Johansen C., Krustrup P., Langdahl B., et al. : Community-based football in men with prostate cancer: 1-year follow-up on a pragmatic, multicentre randomised controlled trial. PLoS medicine 2019;16(10):e1002936 [Journal](#)
9. 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. European urology 2014;65(5):865-872 [Pubmed](#) [Journal Link](#)
15. Cormie P, Galvao 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 international 2015;115(2):256-266 [Pubmed](#) [Journal Link](#)
17. Dawson JK, Dorff TB, Todd Schroeder E., Lane CJ, Gross ME, Dieli-Conwright CM : Impact of resistance training on body composition and metabolic syndrome variables during androgen deprivation therapy for prostate cancer: a pilot randomized controlled trial. BMC cancer 2018;18(1):368-018-4306-9 [Journal](#)
19. Edmunds K., Tuffaha H., Galvão DA, Scuffham P., Newton RU : Incidence of the adverse effects of androgen deprivation therapy for prostate cancer: a systematic literature review. Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer 2020;28(5):2079-2093 [Journal](#)
24. Focht BC, Lucas AR, Grainger E., Simpson C., Fairman CM, Thomas-Ahner JM, et al. : Effects of a Group-Mediated Exercise and Dietary Intervention in the Treatment of Prostate Cancer Patients Undergoing Androgen Deprivation Therapy: Results From the IDEA-P Trial. Annals of Behavioral Medicine : A Publication of the Society of Behavioral Medicine 2018;52(5):412-428 [Journal](#)
26. Galvao 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 [Pubmed](#) [Journal Link](#)
27. Galvão DA, Taaffe DR, Spry N., Cormie P., Joseph D., Chambers SK, et al. : Exercise Preserves Physical Function in Prostate Cancer Patients with Bone Metastases. Medicine and science in sports and exercise 2018;50(3):393-399 [Journal](#)
29. Gomez-Cabello A., Ara I., Gonzalez-Aguero A., Casajus JA, Vicente-Rodriguez G. : Effects of training on bone mass in older adults: a systematic review. Sports medicine (Auckland, N.Z.) 2012;42(4):301-325 [Pubmed](#) [Journal Link](#)
32. Harrison M.R., Davis P.G., Khouri M.G., Gupta R.T., Armstrong A.J., McNamara M.A., et al. : EXTEND: Safety and efficacy

of exercise training in men receiving enzalutamide (ENZ) in combination with conventional androgen deprivation therapy (ADT) for hormone naive prostate cancer (HSPC). *Annals of Oncology* 2018;Conference 43r

33. Hojan K., Kwiatkowska-Borowczyk E., Leporowska E., Górecki M., Ozga-Majchrzak O., Milecki T., et al. : Physical exercise for functional capacity, blood immune function, fatigue, and quality of life in high-risk prostate cancer patients during radiotherapy: a prospective, randomized clinical study. *European journal of physical and rehabilitation medicine* 2016;52(4):489-501 [Journal](#)

34. Hojan K., Kwiatkowska-Borowczyk E., Leporowska E., Milecki P. : Inflammation, cardiometabolic markers, and functional changes in men with prostate cancer. A randomized controlled trial of a 12-month exercise program. *Polish archives of internal medicine* 2017;127(1):25-35 [Journal](#)

38. Kiwata JL, Dorff TB, Todd Schroeder E., Salem GJ, Lane CJ, Rice JC, et al. : A pilot randomised controlled trial of a periodised resistance training and protein supplementation intervention in prostate cancer survivors on androgen deprivation therapy. *BMJ open* 2017;7(7):e016910-2017-016910 [Journal](#)

51. Ndjavera W., Orange ST, O'Doherty AF, Leicht AS, Rochester M., Mills R., et al. : Exercise-induced attenuation of treatment side-effects in patients with newly diagnosed prostate cancer beginning androgen-deprivation therapy: a randomised controlled trial. *BJU international* 2020;125(1):28-37 [Journal](#)

53. Newton RU, Galvão DA, Spry N., Joseph D., Chambers SK, Gardiner RA, et al. : Exercise Mode Specificity for Preserving Spine and Hip Bone Mineral Density in Prostate Cancer Patients. *Medicine and science in sports and exercise* 2019;51(4):607-614 [Journal](#)

54. Newton RU, Galvão DA, Spry N., Joseph D., Chambers SK, Gardiner RA, et al. : Timing of exercise for muscle strength and physical function in men initiating ADT for prostate cancer. *Prostate cancer and prostatic diseases* 2020;23(3):457-464 [Journal](#)

55. 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. *European urology* 2014; [Pubmed Journal Link](#)

56. 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 Oncologica (Stockholm, Sweden)* 2015;54(10):1805-1813 [Pubmed Journal Link](#)

67. 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 [Pubmed Journal Link](#)

68. Segal RJ, Reid RD, Courneya KS, Sigal RJ, Kenny GP, Prud'Homme DG, et al. : Randomized controlled trial of resistance or aerobic exercise in men receiving radiation therapy for prostate cancer. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2009;27(3):344-351 [Journal](#)

76. Taaffe DR, Galvão DA, Spry N., Joseph D., Chambers SK, Gardiner RA, et al. : Immediate versus delayed exercise in men initiating androgen deprivation: effects on bone density and soft tissue composition. *BJU international* 2019;123(2):261-269 [Journal](#)

77. Taaffe DR, Newton RU, Spry N., Joseph D., Chambers SK, Gardiner RA, et al. : Effects of Different Exercise Modalities on Fatigue in Prostate Cancer Patients Undergoing Androgen Deprivation Therapy: A Year-long Randomised Controlled Trial. *European urology* 2017;72(2):293-299 [Journal](#)

78. 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 [Pubmed Journal Link](#)

80. 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. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 2014;24 Suppl 1 105-112 [Pubmed Journal Link](#)

83. Wall BA, GALVÃO DA, Fatehee N., Taaffe DR, Spry N., Joseph D., et al. : Exercise Improves V̇O₂max and Body Composition in Androgen Deprivation Therapy-treated Prostate Cancer Patients. *Medicine and science in sports and exercise* 2017;49(8):1503-1510 [Journal](#)

85. Winters-Stone KM, Dobek JC, Bennett JA, Maddalozzo GF, Ryan CW, Beer TM : Skeletal response to resistance and impact training in prostate cancer survivors. *Medicine and science in sports and exercise* 2014;46(8):1482-1488 [Journal](#)

86. Winters-Stone KM, Dobek JC, Bennett JA, Dieckmann NF, Maddalozzo GF, Ryan CW, et al. : Resistance training reduces disability in prostate cancer survivors on androgen deprivation therapy: evidence from a randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2015;96(1):7-14 [Journal](#)

92. NKR_38_opdat_Supervised training for men with prostate cancer in ADT_treatment.

5 - Superviseret bækkenbundstræning (2016)

Mænd, der får bortopereret deres prostata, er i risiko for at blive inkontinente [63]. 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 [37]. Muskulaturen omkring urinrøret indvirker på evnen til at kontrollere vandladningen [22]. Der er forskellige øvelses- og træningstilgange til bækkenbundstræning, og disse varierer i intensitet, træningshyppighed og varighed [37].

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.

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde superviseret bækkenbundstræning frem for udlevering af instruktionsmateriale eller ingen bækkenbundstræning til mænd, som efter prostatektomi for prostatakæft er inkontinente.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

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.

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelige virkninger

Bækkenbundstræning hjælper muligvis flere patienter til at blive kontinente.

Der er ikke rapporteret skadelige virkninger af interventionen.

Kvaliteten af evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, meget alvorlige inkonsistente resultater og meget alvorlige upræcise effektestimater.

Patientpræferencer

De fleste patienter, der er inkontinente, vil formodentlig tage imod interventionen

Rationale

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 prostatakæft, vil tage imod et tilbud om bækkenbundstræning. Kvaliteten af evidensen var samlet set meget lav.

Fokuseret Spørgsmål

Population: Mænd som har gennemgået prostatektomi for prostatakæft og som er inkontinente
Intervention: Bækkenbundstræning
Sammenligning: vanlig behandling

Sammenfatning

Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er ét systematisk review [2], hvorfra der blev brugt 10 randomiserede studier [18][23][25][30][31][42][47][57][62][81]. Der blev foretaget en opdateret søgning på baggrund af det systematiske review, hvor der ikke blev fundet flere studier. Flowcharts findes på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#).

Gennemgang af evidensen

De inkluderede studier var randomiserede studier. Interventionen bestod af bækkenbundstræning i minimum otte uger med forudgående vurdering af knibefunktionen og instruktion i øvelser. Sammenligningerne var kort instruktion i bækkenbunds anatomi og knibeteknik og udlevering af materiale eller ingen intervention. Populationen var mænd, som grundet prostatakæft 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.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		vanlig beh	Bækkenbundstræning		
Antal inkontinente 3 måneder 9 Kritisk	Relative risiko 0.75 (CI 95% 0.61 - 0.91) Baseret på data fra 1,281 patienter i 10 studier. ¹ (Randomiserede studier)	759 per 1.000	569 per 1.000	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorlige inkonsistente resultater ²	
Antal inkontinente 12 måneder 9 Kritisk	Relative risiko 0.49 (CI 95% 0.28 - 0.84) Baseret på data fra 977 patienter i 6 studier. ³ (Randomiserede studier)	448 per 1.000	220 per 1.000	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorlige inkonsistente resultater ⁴	
Livskvalitet, mental 3 måneder 9 Kritisk	Målt med: SF-36 Skala: 0-100 Højere bedre Baseret på data fra: 122 patienter i 1 studier. ⁵ (Randomiserede studier)	51.4 (gennemsnit)	52.5 (gennemsnit)	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorligt upræcist effektestimat ⁶	
		Forskel: 190 færre per 1.000 (CI 95% 296 færre - 68 færre)			
		Forskel: 228 færre per 1.000 (CI 95% 323 færre - 72 færre)			
		Forskel: MD 1.1 højere (CI 95% 1.49 lavere - 3.69 højere)			

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimatene (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		vanlig beh	Bækkenbundstræning		
<p>Livskvalitet, mental 12 måneder</p> <p>9 Kritisk</p>	<p>Målt med: SF-36 Skala: 0-100 Højere bedre</p> <p>Baseret på data fra: 381 patienter i 1 studier.⁷ (Randomiserede studier)</p>	<p>53.6 (gennemsnit)</p>	<p>52.9 (gennemsnit)</p>	<p>Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorligt upræcist effektestimat⁸</p>	
<p>Livskvalitet, fysisk 3 måneder</p> <p>9 Kritisk</p>	<p>Målt med: SF-36 Skala: 0-100 Højere bedre</p> <p>Baseret på data fra: 122 patienter i 1 studier.⁹ (Randomiserede studier)</p>	<p>48.7 (gennemsnit)</p>	<p>50.9 (gennemsnit)</p>	<p>Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorligt upræcist effektestimat¹⁰</p>	
<p>Livskvalitet, fysisk 12 måneder</p> <p>9 Kritisk</p>	<p>Målt med: SF-36 Skala: 0-100 Højere bedre</p> <p>Baseret på data fra: 381 patienter i 1 studier.¹¹ (Randomiserede studier)</p>	<p>51.2 (gennemsnit)</p>	<p>51.4 (gennemsnit)</p>	<p>Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorligt upræcist effektestimat¹²</p>	
<p>Inkontinensrelateret livskvalitet 3 måneder</p> <p>9 Kritisk</p>	<p>Målt med: Selvrapporeret valideret spørgeskema Lavere bedre</p> <p>Baseret på data fra: 518 patienter i 2 studier.¹³ (Randomiserede studier)</p>	<p>Forskel: SMD 0.16 højere (CI 95% 0.33 højere - 0.02 højere)</p>		<p>Lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorligt upræcist effektestimat¹⁴</p>	
<p>Seksuel relateret livskvalitet Efter endt behandling</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Baseret på data fra: patienter i 0 studier.</p>	<p>CI 95%</p>			<p>Vi fandt ingen studier, der opgjorde seksuel relateret livskvalitet</p>
<p>Tilfredshed med seksuel funktion Længste opfølgning</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Baseret på data fra: patienter i 0 studier.</p>	<p>CI 95%</p>			<p>Vi fandt ingen studier, der opgjorde tilfredshed med seksuel funktion</p>
<p>Deltagelse i hverdagsliv Efter endt behandling</p>	<p>Baseret på data fra:</p>	<p>CI 95%</p>			<p>Vi fandt ingen studier, der opgjorde deltagelse i hverdagsliv</p>

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater vanlig beh Bækkenbundstræning	Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
6 Vigtig	patienter i 0 studier.			
Søvnmængde Efter endt behandling				
6 Vigtig	Baseret på data fra: patienter i 0 studier.	CI 95%		Vi fandt ingen studier, der opgjorde søvnmængde

1. Systematisk oversigtsartikel [95] med inkluderede studier: Moore 1999, VanKampen 2000, Ribeiro 2010, Franke 2000, Manassero 2007, Goode 2011, Overgard 2008, Filocamo 2005, Dubbelman 2010, Glazener 2011. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
2. **Risiko for bias: Alvorligt. Inkonsistente resultater: Meget alvorligt. .**
3. Systematisk oversigtsartikel [95] med inkluderede studier: Manassero 2007, Filocamo 2005, Glazener 2011, VanKampen 2000, Overgard 2008, Franke 2000. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
4. **Risiko for bias: Alvorligt. Inkonsistente resultater: Meget alvorligt.**
5. Systematisk oversigtsartikel [95] med inkluderede studier: Goode 2011. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
6. **Risiko for bias: Alvorligt. Upræcist effektestimat: Meget alvorligt.**
7. Systematisk oversigtsartikel [95] med inkluderede studier: Glazener 2011. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
8. **Risiko for bias: Alvorligt. Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarehed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Meget alvorligt. Publikationsbias: Ingen betydelig.**
9. Systematisk oversigtsartikel [95] med inkluderede studier: Goode 2011. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
10. **Risiko for bias: Alvorligt. Upræcist effektestimat: Meget alvorligt.**
11. Systematisk oversigtsartikel [95] med inkluderede studier: Glazener 2011. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
12. **Risiko for bias: Alvorligt. Upræcist effektestimat: Meget alvorligt.**
13. Systematisk oversigtsartikel [95] med inkluderede studier: Glazener 2011, Goode 2011. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
14. **Risiko for bias: Alvorligt. Manglende overførbarehed: Ingen betydelig. Upræcist effektestimat: Alvorligt.**

Referencer

2. 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 [Pubmed Journal](#)

18. 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 international 2010;106(4):515-522 [Pubmed Journal Link](#)

23. Filocamo MT, Li Marzi V, Del Popolo G, Cecconi F, Marzocco M, Tosto A, et al. : Effectiveness of early pelvic floor rehabilitation treatment for post-prostatectomy incontinence. European urology 2005;48(5):734-738 [Pubmed Journal Link](#)

25. Franke JJ, Gilbert WB, Grier J, Koch MO, Shyr Y, Smith JA : Early post-prostatectomy pelvic floor biofeedback. *The Journal of urology* 2000;163(1):191-193 [Pubmed Link](#)
30. 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 technology assessment (Winchester, England)* 2011;15(24):1-290, iii-iv [Pubmed Journal Link](#)
31. 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 persistent postprostatectomy incontinence: a randomized controlled trial. *JAMA* 2011;305(2):151-159 [Pubmed Journal Link](#)
42. 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. *Neurourology and urodynamics* 2007;26(7):985-989 [Pubmed Journal Link](#)
47. 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 international* 1999;83(1):57-65 [Pubmed Link](#)
57. 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. *European urology* 2008;54(2):438-448 [Pubmed Journal Link](#)
62. Ribeiro LH, 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. *The Journal of urology* 2010;184(3):1034-1039 [Pubmed Journal Link](#)
81. 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 (London, England)* 2000;355(9198):98-102 [Pubmed Journal Link](#)
95. NKR 38: PICO 4, B?ækkenbundstræ?ning vs vanlig behandling til inkontinente.

6 - Sexologisk rådgivning (2020)

Patienter med prostatakæft behandles blandt andet kirurgisk, stråleterapeutisk og/eller medicinsk for deres kræftsygdom [4][16]. Disse behandlinger er afgørende for patienternes prognose men kan give bivirkninger som påvirker seksuel funktion og seksuel tilfredshed [1]. Årsagerne til den seksuelle dysfunktion vil alt efter behandlingens karakter være forskellige [14]. 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. I de tilfælde, hvor kræftbehandlingen har introduceret varige skader, der umuliggør genskabelse af patientens tidligere seksuelle funktion, er sexologisk rådgivning en mulighed. Rådgivning kan både gives i tillæg til medicinsk behandling, og når medicinsk behandling ikke skønnes indiceret.

I den oprindelige NKR fra 2016 blev der inkluderet to randomiserede studier, der undersøgte effekten af sexologisk rådgivning. Populationen i disse studier var udelukkende mænd, der havde gennemgået prostatektomi. Der blev på baggrund af de to studier givet en svag anbefaling for sexologisk rådgivning for populationen af prostatektomerede, mens der for øvrige patienter med prostatakæft blev givet en god praksisanbefaling for sexologisk rådgivning. Siden 2016 er der publiceret flere nye randomiserede studier, der undersøger effekten af sexologisk rådgivning ved prostatakæft. Flere af disse har inkluderet en bredere population og ikke kun mænd, der har fået foretaget prostatektomi. Der er herved mulighed for at opdatere anbefalingen og give en samlet anbefaling for hele populationen af mænd med prostatakæft.

Svag anbefaling

Overvej at tilbyde sexologisk rådgivning til patienter med prostatakæft.

Anbefalingen er opdateret og ændret i 2020

Seksuelle bivirkninger og dysfunktioner kan være et tabu, og ikke alle patienter vil selv bringe emnet op.

Alle patienter informeres om, at seksuelle problemer er almindelige efter behandling af prostatakæft, og at mulige behandlinger for seksuelle dysfunktioner herunder både medicinsk behandling og sexologisk rådgivning eksisterer.

Sexologisk rådgivning kan tilbydes alle patienter, der efter information om mulige seksuelle bivirkninger og mulige behandlinger har et ønske om at modtage sexologisk rådgivning, og hvor det sundhedsfagligt vurderes at rådgivningen kan have effekt.

Det forventes, at patienter, der har et aktivt seksualliv før behandling for prostatakæft, vil have en øget interesse for interventionen.

Sexologisk rådgivning kan indeholde elementer af psykoedukation, parkommunikation/parterapi, intimitets- og sensualitetstræning eventuelt inklusiv hjemmeøvelser, information/rådgivning om mulige behandlinger/afhjælpende tiltag for seksuelle problematikker. Rådgivningen kan kombineres med anden behandling herunder medicinsk behandling.

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

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelige virkninger

Lille netto gevinst eller små forskelle mellem alternativerne

Det er arbejdsgruppens erfaring at sexologisk rådgivning medfører kliniske relevante forbedringer af de kritiske outcomes 'seksuel relateret livskvalitet' og 'tilfredshed med seksuel funktion' sammenlignet med vanlig behandling. Samtidig er der muligvis ingen klinisk relevante forskelle i effekt mellem sexologisk rådgivning og vanlig behandling for det sidste kritiske outcome 'seksuel funktion'.

Det er usikkert, om sexologisk rådgivning påvirker de vigtige outcome 'seksuel funktion hos partner' og 'tilfredshed med seksuel funktion hos partner' og sexologisk rådgivning påvirker muligvis ikke 'tilfredshed med parforhold' i betydelig grad.

Der var ingen rapporterede skadevirkninger i de inkluderede studier.

Sexologisk rådgivning øger muligvis frafald af alle årsager i nogen grad, samtidig med at inklusionsraten i de inkluderede studier var lav.

Kvaliteten af evidensen

Meget lav

Kvaliteten af evidensen for de kritiske outcomes var samlet set meget lav på grund af alvorlig risiko for bias og meget alvorligt upræcist effektestimat. To ud af tre kritiske outcomes var kun opgjort i et studie.

Patientpræferencer

Betydelig variation er forventet eller usikker

Arbejdsgruppen forventer, at der vil være varierende patientpræferencer. Nogle patienter vil sandsynligvis afstå fra at modtage sexologisk rådgivning på grund af manglende behov og manglende interesse, men samtidig forventes det, at nogle patienter vil ønske interventionen.

Inklusionsraten i de inkluderede studier var lav. To studier ud af de seks rapporterede hvor mange af de mulige patienter, der endeligt takkede ja til deltagelse i forsøget. I de to studier ønskede under halvdelen at deltage i forsøget. Det kan indikere, at en del patienter ikke ønsker interventionen. Hyppigste årsager for manglende deltagelse var, at patienten angav manglende behov og interesse.

Det forventes, at patienter, der har et aktivt seksualliv før behandling for prostatakæft, vil have en øget interesse for interventionen.

Det forventes, at de fleste patienter, der er motiverede for sexologisk rådgivning, vil have et ønske om, at en eventuel partner bliver inddraget i rådgivningen. Samtidig forventes det, at nogle patienter vil foretrække individuelt rådgivning eller gruppebaseret rådgivning.

En eventuel partners indstilling til sexologisk rådgivning vil sandsynligvis påvirke patientens præferencer for interventionen.

Rationale

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at sexologisk rådgivning muligvis kan have klinisk relevant effekt på seksuel relateret livskvalitet og tilfredshed med seksuel funktion samtidig med, at der ikke er rapporteret skadevirkninger. Kvaliteten af evidensen var samlet set meget lav.

Der forventes at være varierende patientpræferencer, men arbejdsgruppen forventer, at en del patienter med prostatakæft, som har et aktivt seksualliv før behandling for prostatakæft, vil tage imod et tilbud om sexologisk rådgivning.

Fokuseret Spørgsmål

- Population:** Patienter med prostatakæft
Intervention: Sexologisk rådgivning
Sammenligning: Vanlig behandling

Sammenfatning

Litteratur

I den oprindelige NKR fra 2016 var der inkluderet to randomiserede forsøg [12][79], der var identificeret via personlig korrespondance med forfattere til et endnu ikke publiceret systematisk review. En opdateret primærsøgning identificerede ikke yderligere studier, der kunne inkluderes.

I forbindelse med opdateringen af NKR er der udført en opdateret litteratursøgning. Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er et systematisk review fra 2017 [11], hvorfra der blev inkluderet fire RCT-studier [43][61][66][69]. De to tidligere inkluderede primærstudier [12][79] er også identificeret i reviewet. En opdateret litteratursøgning efter primærstudier identificerede ikke flere primærstudier, der kunne inkluderes.

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består derfor af seks randomiserede forsøg [12][43][61][66][69][79]. Et af de inkluderede studier rapporterede ingen brugbare data [69]. Flow chart findes [her](#).

Gennemgang af evidensen

Populationerne i de inkluderede studier var mænd med prostatakæft [12][43][61][66][69], bortset fra et studie hvor syv ud af 57 inkluderede mænd havde blærekræft og de resterende 50 mænd havde prostatakæft [79]. Studiet rapporterede ikke separate data for mænd med prostatakæft. I hovedparten af studierne havde samtlige mænd gennemgået prostatektomi [12][43][61][69][79], men i et studie havde 69 % fået foretaget prostatektomi og de resterende 31 % havde fået stråleterapi [66].

Flere studier inkluderede udelukkende par i heteroseksuelle forhold [12][66][79] eller stabile parforhold [43][61], hvor det i det sidste studie var angivet, at forholdet kunne være med partner af samme eller modsat køn [61].

Interventionerne i de inkluderede studier bestod af sexologisk rådgivning, og i de fleste studier var der lagt vægt på intimitets og/eller sensualitetstræning [12][43][61][66][69] samt parkommunikation omkring seksualitet og intimitet [43][61][66][79]. Psykoedukation indgik i flere studier [12][43][61], og to studier angav hjemmeøvelser [12][66]. Rådgivningen var parbaseret i fem ud af seks inkluderede studier [12][43][61][66][79]. I et studie var interventionen gruppebaseret kognitiv adfærdsterapi uden partnerdeltagelse. Her var fokus på seksualitet, intimitet og seksuelle problematikker og facilitering af psykoseksuelle tilpasninger [69]. Fra et studie er der inkluderet to aktive grupper: én gruppe der modtog sexologisk rådgivning ved fremmøde ved en terapeut, og én gruppe der modtog internetbaseret terapi med terapeutstøtte via e-mails [66]. I de øvrige studier blev interventionen leveret ved terapeutfremmøde [61][79], som telefonrådgivning [12] eller ved kombination af hjemmebesøg og telefonrådgivning [43].

Den sexologiske rådgivning var baseret på kognitiv adfærdsterapi [12][66][69], psykodynamisk terapi [79], systemisk terapi [61], og i ét studie var den psykoterapeutiske retning uoplyst [43]. I studiet af Titta et al. blev den sexologiske rådgivning givet i tillæg til medicinsk behandling med prostaglandin E1 [79], og hos Chambers et al. indeholdt den sexologiske rådgivning information om valg af supplerende medicinsk behandling [12]. Flere studier havde endvidere fokus på håndtering af følgesymptomer som for eksempel urininkontinens [12][43][69].

Kontrolgrupperne modtog vanlig behandling [12][43][61][79] eller stod på venteliste til interventionen [66][69]. De inkluderede studier var relativt små og inkluderede mellem 43 og 126 deltagende mænd/par for de sammenligninger, der anvendes i denne NKR.

To ud af de seks inkluderede studier rapporterede hvor mange af de mulige patienter, der endeligt takkede ja til deltagelse i forsøget [12][61]. I disse studier var rekrutteringsraten forholdsvis lav. Kun 189 ud af 405 mulige patienter takkede ja til deltagelse i studiet af Chambers et al. [12], og 43 ud af 114 mulige patienter takkede ja hos Robertson et al. [61]. Det var således under halvdelen af de patienter, der blev tilbudt behandlingen, der ønskede at deltage. De hyppigste årsager til at afvise deltagelse var manglende behov for interventionen, manglende interesse og manglende respons.

Resultater for kritiske outcomes

Et studie rapporterede data for det kritiske outcome 'seksuel relateret livskvalitet' [61]. Resultatet viste at sexologisk rådgivning medførte en klinisk relevant forbedring af 'seksuel relateret livskvalitet' sammenlignet med vanlig behandling. Den gennemsnitlige effekt var 17.70 point på Expanded Prostate cancer Index Composite (EPIC) sexual bother subdomain (0-100)(95 % CI: 0.02, 35.38). Dette er over den mindste kliniske relevante forskel på 10-12 point, men der er meget lav tiltro til estimatet. Der blev nedgraderet én gang for alvorlig risiko for bias, da studiet havde manglende blinding af deltagere og outcomes samtidig var selvrapporteret, og to gange for meget alvorligt upræcist effektesitmat, da der var brede konfidensintervaller og kun data fra ét studie. Det er arbejdsgruppens erfaring, at sexologisk rådgivning medfører klinisk relevant forbedring af seksuel relateret livskvalitet.

Det kritiske outcome 'tilfredshed med seksuel funktion' var ligeledes kun belyst i ét studie [79]. Også for dette outcome blev

der fundet en klinisk relevant forskel i effekt til fordel for sexologisk rådgivning, men igen var tiltroen til estimatet meget lav, da der blev nedgraderet i alt tre gange med de samme begrundelser som for det første kritiske outcome (alvorlig risiko for bias og meget alvorligt upræcist effektestimater). Det er arbejdsgruppens erfaring, at sexologisk rådgivning medfører klinisk relevant forbedring af tilfredshed med seksuel funktion.

Det sidste kritiske outcome 'seksuel funktion' var belyst i tre studier [12][61][66], og der blev ikke fundet kliniske relevante effektforskelle mellem sexologisk rådgivning og vanlig behandling, SMD var 0.17 (95 % CI: -0.05, 0.40), hvilket svarer til en gennemsnitlig forskel på 3.64 (95 % CI: -1.07, 8.57) på International Index of Erectile Function (0-75). Estimaterne er omregnet ud fra standarddeviationen på mean final i kontrolgruppen fra Chambers et al. 2015 (SD: 21.42) [12]. Arbejdsgruppen vurderer, at resultatet ligger under den mindste klinisk relevante forskel på denne skala.

Resultater for vigtige outcomes

To studier [12][43] rapporterede data for det vigtige outcome 'seksuel funktion hos partner'. Resultaterne viste ingen kliniske relevante forskelle i effekt ved sexologisk rådgivning sammenlignet med vanlig behandling. Tiltroen til estimatet var meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, alvorligt upræcist effektestimater og alvorlige inkonsistente resultater.

Det vigtige outcome 'tilfredshed med parforhold' var udelukkende belyst i studiet af Chambers et al. [12]. Der var ingen kliniske relevante effektforskelle mellem sexologisk rådgivning og vanlig behandling. Tiltroen til estimatet var lavt på grund af alvorlig risiko for bias og alvorligt upræcist effektestimater.

Det vigtige outcome 'frafald alle årsager' var rapporteret i tre studier [12][61][66]. Resultaterne viste, at der muligvis er et øget antal personer, der falder fra behandlingen af alle årsager, idet der var 97 flere per 1000 (95 % CI: 7 flere til 272 flere), der faldt fra sexologisk rådgivning sammenlignet med vanlig behandling. Frafaldet i interventionsgrupperne i de inkluderede studier blev vurderet til at være moderat, da ca. hver femte deltagere faldt fra (188 per 1000). Studiet af McCorkle et al. rapporterede data for frafald, der ikke kunne inkluderes i metaanalysen, da data ikke var rapporteret separat for de to grupper. I studiet var der samlet set et frafald på 15 % [43].

De vigtige outcomes 'tilfredshed med seksuel funktion hos partner' og 'livskvalitet' var ikke belyst i de inkluderede studier. Det er arbejdsgruppens vurdering, at det er usikkert, om sexologisk rådgivning påvirker disse to outcomes.

Der var ingen rapporterede skadevirkninger i de inkluderede studier.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimatene (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		Vanlig behandling	Sexologisk rådgivning		
Frafald, alle årsager (dropouts, all cauces) Efter endt behandling 6 Vigtig	Relative risiko 2.07 (CI 95% 1.08 - 3.99) Baseret på data fra 374 patienter i 3 studier. ¹	91 per 1.000 Forskel: 97 flere per 1.000 (CI 95% 7 flere - 272 flere)	188 per 1.000	Lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorligt upræcist effektestimater ²	Sexologisk rådgivning øger muligvis frafald af alle årsager i nogen grad
Seksuel relateret livskvalitet (sexual related quality of life) Efter endt behandling	Målt med: EPIC sexual bother subdomain, MCID 10-12 point Skala: 0-100 Højere bedre Baseret på data fra: 36 patienter i 1 studier. ³	26.39 (gennemsnit)	44.09 (gennemsnit)	Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorligt upræcist effektestimater ⁴	Det er arbejdsgruppens erfaring at sexologisk rådgivning medfører klinisk relevant forbedring af seksuel relateret livskvalitet

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimaterne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		Vanlig behandling	Sexologisk rådgivning		
<p>9 Kritisk</p> <p>Tilfredshed med seksuel funktion (satisfaction with sexual function) Efter endt behandling</p> <p>9 Kritisk</p>	<p>Målt med: International index of erectile function (IIEF), subscale overall satisfaction Skala: 0-10 Højere bedre Baseret på data fra: 49 patienter i 1 studier. ⁵</p>	<p>7.3 (gennemsnit)</p>	<p>9 (gennemsnit)</p>	<p>Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af meget alvorligt upræcist effektestimat ⁶</p>	<p>Det er arbejdsgruppens erfaring at sexologisk rådgivning medfører klinisk relevant forbedring af tilfredshed med seksuel funktion</p>
<p>Seksuel funktion (sexual function) Efter endt behandling</p> <p>9 Kritisk</p>	<p>Baseret på data fra: 312 patienter i 3 studier. ⁷</p>	<p>Forskel: SMD 0.17 højere (CI 95% 0.05 lavere - 0.4 højere)</p>		<p>Lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorligt upræcist effektestimat ⁸</p>	<p>Sexologisk rådgivning medfører muligvis ingen kliniske relevante forskelle målt på seksuel funktion Forskellen svarer til 3.64 på IIEF 0-75 (95% CI-1.07, 8.57)</p>
<p>Seksuel funktion hos partner (sexual function, partner) Efter endt behandling</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Højere bedre Baseret på data fra: 209 patienter i 2 studier. ⁹</p>	<p>Forskel: SMD 0.01 højere (CI 95% 0.53 lavere - 0.55 højere)</p>		<p>Meget lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorligt upræcist effektestimat, på grund af alvorlige inkonsistente resultater ¹⁰</p>	<p>Det er usikkert, om sexologisk rådgivning påvirker seksuel funktion hos partner</p>
<p>Tilfredshed med seksuel funktion hos partner (satisfaction with sexual function) Efter endt behandling</p> <p>6 Vigtig</p>	<p>Baseret på data fra: patienter i 0 studier.</p>	<p>CI 95%</p>			<p>Det er arbejdsgruppens vurdering, at det er usikkert, om sexologisk rådgivning påvirker tilfredshed med seksuel funktion hos partner</p>
<p>Tilfredshed med parforhold (satisfaction with relationship) Efter endt behandling</p>	<p>Målt med: Dyadic Adjustment Scale (DAS) Skala: 0-151 Højere bedre Baseret på data fra: 105 patienter i 1 studier. ¹¹</p>	<p>54.5 (gennemsnit)</p>	<p>53.94 (gennemsnit)</p>	<p>Lav på grund af alvorlig risiko for bias, på grund af alvorligt upræcist effektestimat ¹²</p>	<p>Sexologisk rådgivning påvirker muligvis ikke tilfredshed med parforhold i betydelig grad</p>

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		Vanlig behandling	Sexologisk rådgivning		
6 Vigtig					
Livskvalitet (quality of life) Efter endt behandling 6 Vigtig	Baseret på data fra: patienter i 0 studier. ¹³		CI 95%		Det er arbejdsgruppen vurdering, at det er usikkert, om sexologisk rådgivning forbedrer livskvalitet

1. Systematisk oversigtsartikel [97] med inkluderede studier: Robertson 2016, Schover 2012, Titta 2006, Chambers 2015. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
2. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, utilstrækkelig/manglende blinding i evalueringen, selvrapporeret outcome og manglende blinding af deltagere. **Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Brede konfidensintervaller der overlapper både ingen betydelig forskel og klart større frafald i interventionsgrupperne.
3. Systematisk oversigtsartikel [97] med inkluderede studier: Robertson 2016. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
4. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, utilstrækkelig/manglende blinding i evalueringen, selvrapporeret outcome og manglende blinding af deltagere, selektiv rapportering af outcome da kun et studie rapporterer dette kritiske outcome.. **Upræcist effektestimat: Meget alvorligt.** Kun data fra ét studie, brede konfidensintervaller.
5. Systematisk oversigtsartikel [97] med inkluderede studier: Titta 2006. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
6. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, utilstrækkelig/manglende blinding i evalueringen, manglende blinding af deltagere og selvrapporeret outcome, Selektiv rapportering af outcome, da kun et studie rapporterer dette kritiske outcome. **Upræcist effektestimat: Meget alvorligt.** Kun data fra ét studie, brede konfidensintervaller.
7. Systematisk oversigtsartikel [97] med inkluderede studier: Schover 2012, Chambers 2015, [43]. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
8. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, utilstrækkelig/manglende blinding i evalueringen, selvrapporeret outcome og manglende blinding af deltagere. **Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Brede konfidensintervaller der overlapper både ingen effekt og favorisering af sexologisk rådgivning.
9. Systematisk oversigtsartikel [97] med inkluderede studier: Chambers 2015, [43]. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
10. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, utilstrækkelig/manglende blinding i evalueringen, selvrapporeret outcome og manglende blinding af deltagere. **Inkonsistente resultater: Alvorligt.** Retningen af effekten er ikke konsistent imellem de inkluderede studier. **Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Brede konfidensintervaller.
11. Systematisk oversigtsartikel [97] med inkluderede studier: Chambers 2015. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
12. **Risiko for bias: Alvorligt.** Manglende blinding, utilstrækkelig/manglende blinding i evalueringen, selvrapporeret outcome og manglende blinding af deltagere. **Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Kun data fra ét studie, få patienter (100-300) inkluderet i studiet.
13. Systematisk oversigtsartikel [97] . **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.

Referencer

1. 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 [Pubmed Link](#)
4. Attard G, Parker C, Eeles RA, Schröder F, Tomlins SA, Tannock I, et al. : Prostate cancer. *Lancet (London, England)* 2016;387(10013):70-82 [Pubmed](#) [Journal Link](#)
11. Chambers SK, Hyde MK, Smith DP, Hughes S, Yuill S, Egger S, et al. : New Challenges in Psycho-Oncology Research III: A systematic review of psychological interventions for prostate cancer survivors and their partners: clinical and research implications. *Psycho-oncology* 2017;26(7):873-913
12. 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. *Psycho-oncology* 2015;24(7):748-756 [Pubmed](#) [Journal Link](#)
14. 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 [Pubmed](#) [Journal Link](#)
16. DaProCa (Prostatacancer) - Dansk Urologisk Cancer Gruppe (DUCG) : Kliniske retningslinjer: Prostatacancer retningslinjer 2016. 2016;2016(16.06): [Link](#)
43. McCorkle R., Siefert ML, Dowd MF, Robinson JP, Pickett M. : Effects of advanced practice nursing on patient and spouse depressive symptoms, sexual function, and marital interaction after radical prostatectomy. *Urologic nursing* 2007;27(1):65-77; discussion 78-80
61. Robertson J., McNamee P., Molloy G., Hubbard G., McNeill A., Bollina P., et al. : Couple-Based Psychosexual Support Following Prostate Cancer Surgery: Results of a Feasibility Pilot Randomized Control Trial. *The journal of sexual medicine* 2016;13(8):1233-1242 [Journal](#)
66. Schover LR, Canada AL, Yuan Y., Sui D., Neese L., Jenkins R., et al. : A randomized trial of internet-based versus traditional sexual counseling for couples after localized prostate cancer treatment. *Cancer* 2012;118(2):500-509 [Journal](#)
69. Siddons HM, Wootten AC, Costello AJ : A randomised, wait-list controlled trial: evaluation of a cognitive-behavioural group intervention on psycho-sexual adjustment for men with localised prostate cancer. *Psycho-oncology* 2013;22(10):2186-2192 [Journal](#)
79. 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 [Pubmed](#) [Journal Link](#)
97. NKR 38: PICO 5, Sexologisk rådgivning.

7 - Undersøgelse af kardiovaskulære risikofaktorer (2016)

Kastrationsbaseret behandling er vigtig i behandlingen af prostatakæft [4]. Mange patienter med prostatakæft dør dog af andre årsager end kræftsygdommen eksempelvis iskæmisk hjertesygdom [20]. 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 [64]. På baggrund af dette ønsker arbejdsgruppen at afdække, om regelmæssig undersøgelse for kardiovaskulære risikofaktorer gavner patienterne. Disse kunne være HgbA1c, LDL kolesterol eller blodtryk.

God praksis (konsensus)

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

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

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

Nøgleinformationer

Gavnlige og skadelige virkninger

Undersøgelserne vil muligvis forebygge kardiovaskulære sygdomme.

Kvaliteten af evidensen

Der er ikke fundet evidens til at besvare det fokuserede spørgsmål

Patientpræferencer

Det vurderes, at flertallet af patienter vil acceptere en undersøgelse.

Rationale

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at regelmæssige undersøgelser for kardiovaskulære risikofaktorer kan sikre, at patienter med prostatakæft 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.

Fokuseret Spørgsmål

- Population:** Patienter med prostatakæft i kastrationsbehandling
Intervention: Undersøgelse af kardio-vaskulære risikofaktor mindst en gang årligt
Sammenligning: Vanlig kontrol

Sammenfatning

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](#). Anbefalingen baserer sig således på erfaringer i arbejdsgruppen.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		Vanlig kontrol	Undersøgelse af kardio-vaskulære risikofaktor		
Alle Outcomes (all outcomes)	Baseret på data fra patienter i 0 studier.				Vi fandt ingen studier, der opgjorde alle outcomes

8 - Undersøgelse for knoglemineraltæthed (2016)

Kastrationsbaseret behandling er vigtig i behandlingen af visse former for prostatakæft [4]. Behandlingen har dog negative konsekvenser blandt andet i form af øget frakturrisiko [46] og accelereret tab af knoglemineraltæthed [48], som kan lede til knogleskørhed og hermed øget frakturrisiko. Knogleskørhed defineres ved T-score under eller lig med -2,5 ved en DXA scanning [28]. Arbejdsgruppen ønsker at afdække, om en undersøgelse af knoglemineraltæthed gavner patienternes forløb i forhold til frakturer og knoglemineraltæthed.

Svag anbefaling

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

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

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.

Nøgleinformationer

Gavnlig og skadelige virkninger

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.

Kvaliteten af evidensen

Den samlede tiltro til evidensen er meget lav som følge af observationel evidens, alvorligt upræcist effekttestimat og alvorlig manglende overfrbarhed.

Patientpræferencer

Det forventes, at flertallet vil sige ja til undersøgelsen, mens nogen vil finde det for tidskrævende.

Rationale

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.

Fokuseret Spørgsmål

Population: Patienter med prostatakæft, der påbegynder kastrationsbaseret behandling

Intervention: DXA scanning
Sammenligning: Ingen DXA scanning

Sammenfatning

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 [88]. Detaljerede resultater af litteratursøgningerne fremgår af flowcharts, der findes på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#)

Gennemgang af evidensen

Et observationelt studie har undersøgt effekten af monitorering af knoglemineraltæthed [88]. 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 hoftenære 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.

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Tiltro til estimerne (at de afspejler den sande effekt i populationen)	Sammendrag
		Ingen DXA scanning	DXA scanning		
Overlevelse					
6 Vigtig	Baseret på data fra patienter i 0 studier. ¹				Vi fandt ingen studier, der opgjorde overlevelse
Frakturer Længste follow-up	Odds ratio 0.4 (CI 95% 0.2 - 0.78) Baseret på data fra 1,482 patienter i 1 studier. ² (Observationelle studier)	41 per 1.000	17 per 1.000	Meget lav på grund af alvorligt upræcist effektestimat, på grund af alvorlig manglende overførbarehed ³	DXA scanning medfører muligvis et væsentligt nedsat antal personer med frakturer
9 Kritisk		Forskel: 24 færre per 1.000 (CI 95% 33 færre - 9 færre)			
Livskvalitet					
9 Kritisk	Baseret på data fra: patienter i 0 studier. ⁴				Vi fandt ingen studier, der opgjorde livskvalitet

1. Systematisk oversigtsartikel [98] . **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
2. Systematisk oversigtsartikel [98] med inkluderede studier: Zhumkhawala 2013. **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.
3. **Inkonsistente resultater: Ingen betydelig. Manglende overførbarehed: Alvorligt.** på grund af andet sundhedssystem. **Upræcist effektestimat: Alvorligt.** Kun data fra ét studie. **Publikationsbias: Ingen betydelig.**
4. Systematisk oversigtsartikel [98] . **Baselinerisiko/komparator:** Kontrolarm i reference brugt til interventionen.

Referencer

88. Zhumkhawala A-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 [Pubmed](#) [Journal Link](#)

98. NKR 38: PICO 7: Undersøgelse for knoglestyrke.

9 - Baggrund

I Danmark lever 38.000 mænd med prostatakæft [10][41], og omkring 4.500 nye tilfælde diagnosticeres hvert år [10]. Langt de fleste patienter, der diagnosticeres har passeret 55 år og de fleste er ældre end 65 år [10]. Patienterne gennemgår vidt forskellige behandlinger alt efter alvorligheden af den fundne type af prostatakæft [16]. De forskellige behandlingstiltag varierer fra aktiv overvågning, kirurgisk fjernelse af prostata, strålebehandling af prostata, til endokrin og kemoterapeutisk behandling. Behandlingerne er afgørende for forløbet af kræftsygdommen, men kan give patienterne en række skadelige bivirkninger. Blot det af få stillet diagnosen prostatakæft kan påvirke sindstilstanden [39]. Kirurgisk fjernelse af prostata giver i nogle tilfælde inkontinens og erektil dysfunktion [36], hvilket også er tilfældet for en andel af de patienter, der modtager strålebehandling [74]. Endokrin behandling kan medføre bivirkninger i form af øget fedtmasse, nedsat knoglemineraltæthed, nedsat muskelmasse og heraf følgende nedsat muskelstyrke [19][40][55]. Disse bivirkninger kan medføre nedsat fysisk funktionsniveau [19][74] og reduceret livskvalitet [13], samtidig med at bivirkningerne øger risikoen for frakturer, diabetes, kardiovaskulære sygdomme [19][55][58][73] og depression [19][52][70]. Rehabiliterende indsatser bruges for at afhjælpe eller lindre ovenstående bivirkninger med det formål aktivt at fremme funktionsevne, selvstændighed og livskvalitet [75].

"Rehabilitering kan defineres som en række indsatser, der støtter det enkelte menneske, som har eller er i risiko for at få nedsat funktionsevne, i at opnå og vedligeholde bedst mulige funktionsevne, herunder at fungere i samspil med det omgivende samfund" (Sundhedsstyrelsens oversættelse af WHO-definition jf. World Report on Disability, 2011) [87].

I Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft, anbefales det at kræftpatienter systematisk får foretaget en individuel vurdering af behovet for rehabilitering [75]. Behovsvurderingen foretages så tidligt som muligt efter diagnostetidspunktet og vurderes løbende herefter [75]. Vurderingen bør afdække problemer indenfor for både det fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle område [75], og rehabiliteringen bør tage udgangspunkt i en individuel rehabiliteringsplan på baggrund af de afdækkede problemområder [75]. Som en del af denne plan, bør der tages stilling til hvilke dele af rehabiliteringen, der bør tilbydes som henholdsvis gruppebaseret- og individbaseret rehabilitering.

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

10 - Eksempler på patientcases

Systematisk vurdering for depression

Fokuseret spørgsmål: Bør alle patienter med prostatakæft tilbydes systematisk vurdering for depression fremfor vanlig praksis?

Case 1: Anton, 72 år, bor alene, fraskilt to gange, og er i behandling for prostatakæft.

Patienten har været i et længerevarigt forløb for prostatakæft, men efter strålebehandling viser det sig, at der skal foretages en radikal prostatektomi. Ved samtalen omkring beslutningen virker patienten nedslået og mut. Der spørges ind til hans velbefindende, og Anton siger halvt opgivende, at han gerne vil gå videre med den næste form for behandling. Der aftales en ny tid til at informere om de næste skridt i behandlingen, og under denne konsultation følges op på indtrykket af tristesse fra sidste gang. Patienten virker til at have accepteret udviklingen og virker mere fattet, omend ked af at skulle igennem en operation. Patienten udviser umiddelbart ingen tegn på en depression, hans sindstilstand er meget forståelig situationen taget i betragtning.

Bør patienten tilbydes systematisk vurdering for depression med et screeningsredskab? Nej, patienten udviser ikke deciderede depressive symptomer men lægen bør aktivt spørge ind til patientens psykiske velbefindende, og fortsat udvise særlig opmærksomhed på om patienten udvikler depressive symptomer senere i forløbet.

Case 2: Henrik, 64 år, bor sammen med sin partner, førtidspensioneret og i behandling for prostatakæft.

Patienten har været i kemisk kastrationsbehandling siden diagnosen blev stillet for 3 måneder siden. Han fortæller, at han har svært ved at stå op om morgenen, føler sig træt og har en fornemmelse af at det hele er håbløst. Patienten har en svingende appetit. På trods af hans oprindelige optimisme overfor behandlingen, både den medicinske samt en træningsplan, føler han sig ikke længere motiveret til at lave bækkenbundstræning.

Bør patienten tilbydes systematisk vurdering for depression med et screeningsredskab? Ja, patienten udviser depressive symptomer og bør udredes med et valideret redskab som HADS eller distress termometer. Patienten og lægen bliver enige om, at han samtidigt får en henvisning til en psykolog.

Superviseret træning ved kastrationsbaseret behandling

Fokuseret spørgsmål: Bør patienter der modtager kastrationsbaseret behandling for prostatakæft tilbydes superviseret træning?

Case 3: Viggo er 75 år. Han har fået konstateret dissemineret prostatakæft og været i ADT-behandling i ca. 12 måneder. Ved kontrol hos egen læge, klager Viggo over muskeltab trods vægtøgning. Han oplever sig energiforladt, initiativløs og trist.

Bør patienten, der modtager kastrationsbaseret behandling for prostatakæft tilbydes superviseret træning? Ja – Viggo og lægen bliver enige om at sende en henvisning til kommunal rehabilitering, hvor en sundhedsfaglig person sammen med Viggo vurderer behovet for rehabilitering. Samtalen tager udgangspunkt i 'den motiverende samtale'.

De bliver enige om, at Viggo starter på et træningshold, hvor fokus bl.a. er på funktionel styrketræning (på minimum 60 % af 1 repetition maximum (1RM) og konditionstræning på 60 % af den estimerede maksimale iltoptagelse. Denne minimums intensitet vurderes at være nødvendig for at opnå træningstilpasninger. Herunder er der fokus på træningslære – dvs. relevant viden om anatomi og fysiologi, teknisk udførelse af øvelser, progression i forhold til både styrke og konditionstræning, mulige restriktioner og overførbare til hverdagsaktiviteter. Dette med henblik på at fastholde motivation til at fortsætte træning fremadrettet.

Viggo profiterer godt af træningen, oplever mere overskud til hverdagsaktiviteter og har samtidig opnået øget styrke og kondition. Han har fået viden omkring den forandrede krop og hvilke særlige hensyn, han skal tage til kroppen i dagligdagen og i træningshenseende. Han er motiveret for træning i lokalt regi og bruger dette fremadrettet.

Case 4: Carl er 68. Han har fået konstateret dissemineret prostatakæft ved konsultation på onkologisk afdeling og skal opstarte ADT-behandling. Carl vil gerne være proaktiv og forebygge funktionstab, minimere bivirkninger til behandlingen samt bevare sin livskvalitet.

Bør Carl, der netop har opstartet kastrationsbaseret behandling for prostatakæft tilbydes superviseret træning? Ja – Carl og onkologen bliver enige om at sende en henvisning til kommunal rehabilitering, hvor en sundhedsfaglig person sammen med Carl vurderer behovet for rehabilitering. Samtalen tager udgangspunkt i 'den motiverende samtale'.

Carl opstarter på træningshold hvor fokus bl.a. er på funktionel styrketræning (på minimum 60 % af 1 repetition maximum (1RM) og konditionstræning på 60 % af den estimerede maksimale iltoptagelse. Denne minimumsintensitet vurderes at være nødvendig for at opnå træningstilpasninger. Herunder er der fokus på træningslære – dvs. relevant viden om anatomi og fysiologi, teknisk udførelse af øvelser, progression i forhold til både styrke og konditionstræning, mulige restriktioner og overførbare til hverdagsaktiviteter. Dette med henblik på at fastholde motivation til at fortsætte træning fremadrettet.

Carl profiterer godt af interventionen og opnår handlekompetence til at fortsætte træning med henblik på at opretholde funktionsniveau. Carl oplever at være 'på forkant' med bivirkninger på grund af den tidlige indsats, og er motiveret for at fortsætte træning lokalt for at bevare funktionsevne og livskvalitet.

Superviseret bækkenbundstræning

Fokuseret spørgsmål: Bør mænd som efter prostatektomi for prostatakraft er inkontinente tilbydes superviseret bækkenbundstræning?

Case 5: Torsten, 66-årig herre, i det væsentligste rask, veltrænet og fysisk aktiv, i slutningen af sin arbejdskarriere. Diganostiseres med prostatakraft efter en kort udredningsperiode, hvor han efterfølgende tilbydes radikal prostatektomi operation en uge efter at have modtaget diagnosen.

Torsten er chokeret over diagnosen idet han aldrig har været syg. Han føler sig særdeles frisk uden vandladningsgener fraset lidt slap stråle, 1-2 natlige vandladninger og vandladninger ca. hver 2. time i løbet af dagen. Han er kontinent og har en acceptabel erektionsevne.

Efter kateterfjernelse ses Torsten af specialuddannet fysioterapeut. Han fortæller, at han siden kateterfjernelse har oplevet, at han er piv utæt, når han rejser sig fra en stol. Denne oplevelse med manglende kropskontrol ryster ham, og han bliver ked af det og ængstelig for hvad fremtiden bringer. Ved undersøgelse af bækkenbundsfunktionen ved rektal palpation, findes det, at Torsten har svært ved aktivere bækkenbundsmuskulaturen uden samtidig at aktivere baldemuskulaturen og holde vejret.

Bør patienten tilbydes superviseret bækkenbundstræning? Ja, patienten fortæller at han har problemer med urininkontinens og han er ikke i stand til at aktivere bækkenbundsmuskulaturen korrekt. Han har samtidig før operationen haft hyppige vandladninger i dagtiden og nykturi. Patienten bør henvises til specialuddannet sundhedspersonale (fx specialuddannet fysioterapeut), så han får hjælp til at aktivere bækkenbundsmuskulaturen korrekt og får planlagt et træningsprogram, der er tilpasset hans formåen.

Sexologisk rådgivning

Fokuseret spørgsmål: Bør patienter med prostatakraft tilbydes sexologisk rådgivning?

Case 6: Peter, 71 år, gift, 3 børn, to børnebørn. Han har for nylig modtaget diagnosen prostatakraft og er chokeret og nervøs. Patienten er rigtig glad for sex og har altid været det. Han er bange for, hvordan behandlingen vil påvirke hans seksuelle lyst samt præstation. Lige nu har han et aktivt sexliv med sin kone og er også glad for at masturbere. Han synes, det er rigtig svært at tale om, fordi han føler sig som 'en gammel gris' over, at han vil bevare det gode sexliv på trods af sin alder.

Bør patienten tilbydes sexologisk rådgivning? Ja, patienten vil have gavn af muligheden for at undersøge sine ambivalente følelser overfor sin seksualitet, samt overfor den forestående behandling og dens påvirkning på hans lyst.

Case 7: Allan, 85 år, bor alene og er enkemand, to børn. Patienten har været i behandling for prostatakraft og er rimelig optimistisk, dog også realistisk, omkring sin behandlingsplan. Når samtalen nærmer sig behandlingens påvirkning på hans seksualliv vifter patienten det bort og fortæller, at han ikke længere interesserer sig for sex, det har været et afsluttet kapitel længe, og siden hans kone døde for to år siden, er det ikke et emne der optager ham overhovedet.

Bør patienten tilbydes sexologisk rådgivning? Nej, det lader ikke til patienten har behov for sexologisk rådgivning, siden han tydeligt udtrykker, at han ikke længere er interesseret i at være seksuel aktiv.

11 - 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 kommuner 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 integreres i de forløbsbeskrivelser, instrukser og vejledninger, som allerede anvendes her. Regionerne og kommuner bør således sikre, at de anbefalinger fra retningslinjen, som er relevante for hver enkelt enhed, indarbejdes i lokale instrukser og vejledninger. Det kan fx være i forløbsbeskrivelser, instrukser og vejledninger på specialiserede afdelinger på sygehusniveau eller kommunale rehabiliteringsenheder eller træningsenheder.

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 DAPROCA's 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

12 - Monitorering

Proces- og effektindikatorer

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 prostatakæft 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 databaser bruges til datasamling. Særligt kan de nyligt indførte behovsvurderinger (PROMs) danne et ønskeligt datagrundlag.

13 - Opdatering og videre forskning

Opdatering

Som udgangspunkt tages stilling til behov for opdatering hvert tredje år med mindre ny evidens eller den teknologiske udvikling på området tilsiger andet.

Ved opdatering af retningslinjen bør det overvejes om retningslinjen, skal suppleres med følgende fokuserede spørgsmål og tilhørende anbefalinger:

- Et fokuseret spørgsmål omhandlende effekten af et struktureret rehabiliteringsprogram målrettet både fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle problemstillinger hos mænd med prostatakraft.
- Et fokuseret spørgsmål om hvorvidt patienter med prostatakraft i kastrationsbaseret behandling bør tilbydes udredning og behandling for knogleskørhed. Det kan overvejes, om populationen for dette spørgsmål skal afgrænses til patienter med osteoporose eller patienter med risiko for fraktur.

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 prostatakraft.

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

- Intervention indeholdende systematisk screening/vurdering med validerede redskaber til vurdering af depression samt depressive symptomer hos patienter med prostatakraft sammenlignet med vanlig praksis.
- Træning samt dosis respons af forskellige træningsformer i de forskellige stadier af prostatakraft.
- Superviseret bækkenbundstræning til afhjælpning urininkontinens blandt hele populationen af mænd med prostatakraft (ikke kun prostektomerede).
- Sexologisk rådgivning, særligt studier med tydelig beskrivelse af interventionen samt minimering af bias.
- Intervention indeholdende undersøgelse af kardiovaskulære risikofaktorer for patienter i kastrationsbaseret sammenlignet med vanlig praksis.
- Knoglestyrkende behandling for patienter, der påbegynder kastrationsbaseret behandling.

14 - Beskrivelse af anvendt metode

Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baserer sig på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Se også: <http://www.gradeworkinggroup.org>. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en metodehåndbog for nationale kliniske retningslinjer. Metodehåndbogen indeholder en beskrivelse af den metodiske tilgang og processen for udarbejdelse af evidensbaserede nationale kliniske retningslinjer. Metodehåndbogen kan tilgås [her](#).

15 - Fokuserede spørgsmål

Dette afsnit indeholder en oversigt over de fokuserede spørgsmål for denne nationale kliniske retningslinje.

Fokuseret spørgsmål 1: Bør alle patienter med prostatakæft tilbydes systematisk vurdering for depression fremfor vanlig praksis?

Baggrund for valg af spørgsmål til opdatering:

I den oprindelige NKR fra 2016 blev der ikke identificeret litteratur, der kunne belyse det fokuserede spørgsmål. Hverken en opdateret guidelinesøgning eller en søgning efter Cochrane reviews har identificeret ny litteratur på området, ligesom arbejdsgruppen heller ikke er bekendt med ny litteratur der kan belyse spørgsmålet. Arbejdsgruppen ønsker at anbefalingen opdateres, argumentet er at det fortsat er vigtigt for klinisk praksis at få afdækket om alle patienter med prostatakæft bør tilbydes systematisk vurdering for depression. Da der ikke er fundet litteratur omhandlende patienter med prostata, blev literatursøgningen udvidet til at dække hele populationen af kræftpatienter.

Population: Alle patienter diagnosticeret med prostatakæft

Intervention: Systematisk vurdering (valideret skala eller struktureret spørgsmål), ved manglende fund 1 gang årligt

Sammenligning: Vanlig praksis

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Livskvalitet, helbredsrelateret eller diagnosespecifik. Fx SF 36, EQ-5D The Expanded Prostate Cancer Index Composite Short Form (EPIC-26) Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate (FACT-P) skala 0-156 EORTC QLQ-PR25/C30	Længste follow-up	Kritisk
Selv mord	Længste follow-up	Kritisk
Overlevelse	Længste follow-up (min 6 måneder)	Kritisk
Livskvalitet, helbredsrelateret eller diagnosespecifik. Fx SF 36, EQ-5D The Expanded Prostate Cancer Index Composite Short Form (EPIC-26) Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate (FACT-P) skala 0-156 EORTC QLQ-PR25/C30	Tidlig opfølgning mellem 2 måneder til 6 måneder	Vigtig
Deltagelse i hverdagslivet	Længste follow-up	Vigtig
Self-efficacy	Længste follow-up	Vigtig
Antal i depressions behandling	Længste follow-up	Vigtig

* Outcomet overlevelse som indgik i NKR-version 2016 er udgået i 2020 versionen, da outcomet selvmord er dækkende.

Fokuseret spørgsmål 2 (2016): Bør patienter med prostatakæft, der påbegynder kastrationsbaseret behandling, tilbydes moderat til intensiv superviseret træning fremfor vanlig aktivitet?

Fokuseret spørgsmål 3 (2016): Bør patienter med prostatakæft, der har været i kastrationsbaseret behandling i mindst 6 måneder, tilbydes moderat til intensiv superviseret træning?

Sammenlagt nyt fokuseret spørgsmål 2020

Fokuseret spørgsmål 2 (2020): Bør patienter der modtager kastrationsbaseret behandling for prostatakæft tilbydes superviseret træning?

Baggrund for sammenlægning og opdatering af PICO-spørgsmål:

Kastrationsbaseret behandling er vigtig i behandlingen af prostatakæft (Attard 2016). 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 patientens livskvalitet i negativ retning (Attard 2016, Nguyen 2014, Taylor 2009). Moderat til intensiv fysisk træning har hos raske ældre vist sig at kunne forbedre netop muskelmasse, knoglestyrke og reducere mængden af fedtvæv (Gómez-Cabello 2012, Taylor 2004).

Siden den oprindelige NKR fra 2016, er der publiceret en række nye RCT-studier, der undersøger effekten af superviseret træning ved kastrationsbaseret behandling. Arbejdsgruppen vurderer på denne baggrund at spørgsmålet om superviseret træning ved kastrationsbaseret behandling bør opdateres.

De to oprindelige PICO-spørgsmål er stort set identiske, eneste forskel er at populationen henholdsvis er patienter med prostatakæft inden for den første måned efter påbegyndt kastrationsbaseret behandling og patienter der har været i kastrationsbaseret behandling i mindst 6 måneder.

I den oprindelige NKR, blev der formuleret to fokuserede spørgsmål for at belyse effekten af både tidlig og senere træningsopstart. Denne grænse viste sig at være arbitrær, da flere af de inkluderede studier i den oprindelige NKR inkluderede patienter i perioden 1-6 måneder efter opstart af kastrationsbaseret behandling og anbefalingerne for de to spørgsmål var enslydende. Arbejdsgruppen ønsker på denne baggrund at slå to spørgsmål sammen til et fokuseret spørgsmål, så det bliver muligt at komme med én samlet anbefaling for hele populationen af mænd der modtager kastrationsbaseret behandling. Effekten af henholdsvis tidlig og senere træningsstart vil istedet blive belyst ved subgruppeanalyser såfremt der er betydende heterogenitet i resultaterne.

Arbejdsgruppen vurderer at anbefalinger for PICO 2 og PICO 3 bør opdateres i 2020. Både arbejdsgruppe og sekretariat anbefaler at spørgsmålene lægges sammen til et nyt PICO-spørgsmål.

Population: Patienter med prostatakæft der modtager kastrationsbaseret behandling. Der vil der blive ekstraheret data for tidspunkt for opstart af interventionen. Herved bliver det muligt at belyse eventuel heterogenitet i resultaterne med en subgruppeanalyse af studier med tidlig træningsstart vs senere træningsstart (fx opstart indenfor 2 måneder efter påbegyndt kastrationsbaseret behandling vs senere opstart).

Intervention: Superviseret træning af hele kroppen med moderat til intensiv intensitet. Fx superviseret styrketræning af hele kroppen ved min. 60% af 1RM og/eller superviseret konditionstræning ved min 60% af den maksimale iltoptagelse, minimum to gange ugentligt i to måneder. Ved superviseret træning forstås træning der er instrueret, superviseret og monitoreret af en fagprofessionel/ sundhedsprofessionel.

Der vil der blive ekstraheret data for interventionernes varighed og træningsform samt hvorvidt interventionen blev givet som holdtræning eller individuel træning. Herved bliver det muligt at belyse eventuelt heterogenitet i resultaterne med subgruppeanalyser for forskellige træningsformer, for henholdsvis gruppe vs individuel træning og for kortere vs længere varighed af interventionen (fx over/under 8 uger). Anbefalingen kan på denne måde uddybes i forhold anbefalet træningsform, varighed af træningen og administrationsform.

Sammenligning: Vanlig aktivitet (ingen superviseret træning)

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
----------	-----------	-----------------

Livskvalitet helbredsrelateret eller diagnosespecifik Fx SF 36, EQ-5D The Expanded Prostate Cancer Index Composite Short Form (EPIC-26) Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate (FACT-P) skala 0-156 EORTC QLQ-PR25/C30	Efter endt behandling	Kritisk
Fysisk funktion/ADL-funktion Fx, gangtest (1. prioritet), rejse/sætte sig test (2. prioritet) trappegang (3. prioritet)	Efter endt behandling	Kritisk
Forekomst af hjertekar-sygdom	Længste follow-up	Vigtig
Forekomst af depression	Længste follow-up	Vigtig
Forekomst af diabetes	Længste follow-up	Vigtig
Muskelstyrke 1 RM, Kg Fx Benpres, knæekstention, håndgrebsstyrke brystpres	Efter endt behandling	Vigtig
Maksimal iltoptagelse VO2 max	Efter endt behandling	Vigtig
Fraktur, antal personer med fraktur	Længste follow-up	Vigtig
Bivirkninger, træningsrelaterede skader	Efter endt behandling	Vigtig
Frafald af alle årsager	Efter endt behandling	Vigtig

Ændringer i outcomes fra oprindelig NKR

Deltagelse i hverdagsliv var inkluderet som outcome i den oprindelige NKR i 2016. Outcomet var belyst ved rejse-sætte sig funktion. Arbejdsgruppen besluttede at omdøbe dette outcome til fysiskfunktion/ADL funktio, da de mente det var mere beskrivende for de inkluderede data. Det blev samtidig besluttet ad data vedrørende gangfunktion og trappegang ville kunne belyse outcomet. Det vurderedes samtidigat deltagelse i hverdagsliv også indgår under outcomet livskvalitet.

Bivirkninger, træningsrelaterede skader: Tilføjes som outcome, da skadelige virkninger bør belyses.

Fokuseret spørgsmål 4: Bør mænd som efter prostatektomi for prostatakraft er inkontinente tilbydes bækkenbundstræning?

Spørgsmålet er ikke valgt til opdatering i 2020

Population: Mænd som har gennemgået prostatektomi for prostatakraft og som er inkontinente 2-3 måneder efter operationen

Intervention: Bækkenbundstræning, minimum 8 uger, med forudgående vurdering af knibefunktion og instruktion i øvelser.

Sammenligning: Vanlig behandling

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Livskvalitet	Efter endt behandling	Kritisk
Inkontinensrelateret livskvalitet	Efter endt behandling	Kritisk
Inkontinens (andelen af inkontinente)	Efter endt behandling	Kritisk
Seksuel relateret livskvalitet	Efter endt behandling	Vigtig
Tilfredshed med seksuel funktion	Længste follow-up (min 1 år)	Vigtig
Deltagelse i hverdagsliv	Efter endt behandling	Vigtig
Søvn mængde	Efter endt behandling	Vigtig

Fokuseret spørgsmål 5: Bør patienter med prostatakæft tilbydes sexologisk rådgivning?

Baggrund for valg af spørgsmål til opdatering:

Patienter med prostatakæft, behandles blandt andet kirurgisk, stråleterapeutisk og/eller medicinsk for deres kræftsygdom (Attard 2016, prostatacancer retningslinje DaProCa 2016). 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 (Alemozaffar 2011). Årsagerne til den seksuelle dysfunktion vil alt efter behandlingens karakter være forskellige (Chung 2013). 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.

I den oprindelige NKR fra 2016 blev der inkluderet to RCT-studier. Populationen i disse studier var udelukkende mænd der havde gennemgået prostatektomi. Der blev på baggrund af de to RCT-studier givet en svag anbefaling for sexologisk rådgivning for populationen af prostatektomerede, mens der for øvrige patienter med prostatakæft blev givet en god praksis anbefaling for sexologisk rådgivning. Siden 2016 er der publiceret flere nye RCT-studier, der undersøger effekten af sexologisk rådgivning ved prostatakæft. Flere af disse har inkluderet en bred population og ikke kun mænd der har fået foretaget prostatektomi. Der er herved mulighed for at opdatere anbefalingen og give en samlet anbefaling for hele populationen af mænd med prostatakæft. Arbejdsgruppen vurderer på denne baggrund at anbefalingen bør opdateres.

Population: Patienter med prostatakæft

Intervention: Sexologisk rådgivning v. særligt uddannet personale (information og/eller vejledning mere end 1 gang)

Der vil der blive ekstraheret data for hvorvidt interventionen blev givet som individuel rådgivning af manden alene, som grupperådgivning af flere patienter eller som parrådgivning. Herved bliver det muligt at belyse eventuelt heterogenitet i resultaterne med subgruppeanalyser for henholdsvis gruppe vs individuel rådgivning og rådgivning af manden alene vs parrådgivning. Anbefalingen kan på denne måde uddybes i forhold anbefalinger omkring rådgivning af manden alene, parrådgivning og grupperådgivning.

Sammenligning: Vanlig behandling (ingen sexologisk rådgivning)

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
----------	-----------	-----------------

Seksuel relateret livskvalitet EPIC sexual subscale skala 0-100, MCID 10-12 point, lavere bedre	Efter endt behandling	Kritisk
Tilfredshed med seksuel funktion/sexliv Fx International Index of Erectile Function (IIEF) Overall satisfaction subscore, Global satisfaction with sex life (PROMIS)	Efter endt behandling	Kritisk
Seksuel funktion* Fx International Index of Erectile Function (skala 0-75, højere bedre)	Efter endt behandling	Kritisk
Seksuel funktion hos partner* Fx Female Sexual Function Index (FSFI), MCID 4-5 point (skala 2-36, højere bedre) eller International Index of Erectile Function (IIEF) skala 4-75	Efter endt behandling	Vigtig
Tilfredshed med seksuel funktion/sexliv hos partner* Global satisfaction with sex life (PROMIS)	Efter endt behandling	Vigtig
Tilfredshed med parforhold* Dyadic adjustment Scale (DAS) (skala 0-151, higher is better)	Efter endt behandling	Vigtig
Livskvalitet, helbredsrelateret eller diagnosespecifik. Fx SF 36, EQ-5D The Expanded Prostate Cancer Index Composite Short Form (EPIC-26) MCID 15 point Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate (FACT-P)	Efter endt behandling	Vigtig
Frafald alle årsager*	Efter endt behandling	Vigtig

* Outcomet blev tilføjet ved opdateringen i 2020

Ændringer i outcomes fra oprindelig NKR

I den oprindelige NKR er der kun medtaget de tre outcome: seksuel relateret livskvalitet, livskvalitet og tilfredshed med seksuel funktion. Følgende outcomes er tilføjet ved opdateringen: Seksuel funktion, Seksuel funktion hos partner, Tilfredshed med seksuel funktion/sexliv hos partner, Tilfredshed med parforhold og Frafald alle årsager.

Fokuseret spørgsmål 6: Bør patienter med prostatakæft i kastrationsbaseret behandling tilbydes regelmæssig undersøgelse for kardio-vaskulære risikofaktorer?

Spørgsmålet er ikke valgt til opdatering i 2020

Population: Patienter med prostatakæft i kastrationsbehandling.

Intervention: Undersøgelse af kardio-vaskulære risikofaktor (BMI, insulin følsomhed, fastebloodsukker, blodtryk, taljemål, serum lipider, rygning-status) mindst en gang årligt.

Sammenligning: Vanlig kontrol

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Livskvalitet	Længste follow-up	Kritisk
Overlevelse	Længste follow-up	Kritisk
Hjerte-karsygdom	Længste follow-up	Vigtig
Diabetes	Længste follow-up	Vigtig
Svær overvægt (baseret på BMI >30)	Længste follow-up	Vigtig

Fokuseret spørgsmål 7: Bør patienter med prostatakæft der påbegynder kastrationsbaseret behandling tilbydes undersøgelse for knoglemineraltæthed?

Spørgsmålet er ikke valgt til opdatering i 2020

Population: Patienter med prostatakæft, der påbegynder kastrationsbehandling.

Intervention: Undersøgelse af knoglemineraltæthed ved påbegyndelse af kastrationsbaseret behandling.

Sammenligning: Ingen undersøgelse ved opstart

Outcomes	Tidsramme	Kritisk/Vigtigt
Knoglebrud	Længste follow-up	Kritisk
Livskvalitet	Længste follow-up	Kritisk
Overlevelse	Længste follow-up	Vigtig

Fokuseret spørgsmål 8: Bør patienter med prostatakæft tilbydes gruppebaseret rehabilitering fremfor individbaseret?

Spørgsmålet er ikke valgt til opdatering i 2020

Det fokuserede spørgsmål og anbefalingen udgår i 2020

Aspektet omkring gruppebaseret eller individuel rehabilitering vil blive adresseret i de enkelte spørgsmål, der er valgt til opdatering

(superviseret træning og sexologisk rådgivning).

16 - Beskrivelse af anbefaling styrke og implikationer

Formulering af evidensbaserede anbefalinger:

En anbefaling kan enten være for eller imod en given intervention. En anbefaling kan enten være stærk eller svag/betinget. Ved evidens vælges en af følgende fire typer af anbefalinger.

Stærk anbefaling

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

Det er klart, at fordelene opvejer ulemperne. Det betyder, at alle, eller næsten alle, patienter vil ønske den anbefalede intervention.

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

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling for:

Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.

Stor gavnlige 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.

Stærk anbefaling mod

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

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

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling imod:

Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.

Der er stor tiltro til, at interventionen ikke gavner, eller at den gavnlige effekt er lille.

Der er stor tiltro til, at interventionen har betydelige skadevirkninger.

Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartede imod interventionen.

Implikationer:

De fleste patienter vurderes ikke at ville ønske interventionen.

Klinikeren vil meget sjældent tilbyde interventionen.

Svag anbefaling

Der gives en svag anbefaling for interventionen, 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. Der er større mulighed for variation i individuelle præferencer.

Ordlyd: *Overvej at...*

Følgende vil trække i retning af en svag 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.

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

Svag anbefaling mod

Der gives en svag 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 anbefaling imod, anvendes også hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre.

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

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.

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

Formulering af anbefaling ved mangel på evidens:

God praksis (konsensus)

God praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens, og bygger således udelukkende på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. Da der udelukkende er tale om faglig konsensus, er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de evidensbaseret er stærke eller svage.

De to typer af anbefalinger til god praksis anbefalinger:

Ordlyd:

For:

Det er god praksis at overveje....

Imod:

Det er ikke god praksis rutinemæssigt at...

17 - Søgbeskrivelse

SØGEBESKRIVELSE FOR OPDATEREDE PICO 1, 2, og 5 (2020)

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:

- 1) en søgning efter kliniske retningslinjer, guidelines og Cochrane Reviews fra 2015 til juli 2019;
- 2) en opfølgende søgning efter sekundærlitteratur fra 2015 til juni 2020 (PICO 1 og 5)
- 3) en søgning efter supplerende primærlitteratur - PICO 1: 2016 til august 2020, al kræft 2018 til august 2020; PICO 2: 2015 til juni 2020; PICO 5: 2017 til september 2020

Søgningerne er foretaget ved søgespecialist Kirsten Birkefoss i samarbejde med fagkonsulent Anja Ussing.

Søgeprotokollerne med søgestrategier for de enkelte databaser er tilgængelige på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#).

Generelle søgetermer

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

Danske: Prostatakraft, prostatacancer, prostatakarcinoma, prostatatumor

Norske: Prostatakreft, Prostatacancer, Prostatakarcinoma, prostatatumor

Svenske: Prostatatumor, Prostatakrebs, Prostatacancer

For den opfølgende søgning er der søgt med individuelle søgetermer for hvert PICO-spørgsmål. Se søgeprotokoller for de opfølgende søgninger på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#) for denne guideline

Generelle søgekriterier

Publikationsår: 2015 – 2020

Sprog: Engelsk, dansk, norsk og svensk

Dokumenttyper: Guidelines, clinical guidelines, practical guidelines, MTV, Cochrane Reviews, randomiserede studier

Guidelines søgningen

Den systematiske søgning efter kliniske retningslinjer, guidelines og MTV'er blev foretaget 03.08.2019 i følgende informationskilder: Guidelines International Network (G-I-N), NICE (UK), Trip Database (Intl), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), CRD/HTA database, SBU (Sverige), Socialstyrelsen (Sverige), Helsedirektoratet (Norge), Folkehelseinstituttet (Norge), Center for Kliniske Retningslinjer (Danmark), NHMRC (Australien), Canada Medical Association (Canada) samt Medline, Embase, PsycINFO (PICO 1 og 5), Cinahl og PEDRO.

De opfølgende søgninger

Der er foretaget en opfølgende søgning efter systematiske reviews og metaanalyser (for PICO 1 og PICO 5) den 28. - 30. juni 2020 i databaserne Medline, Embase, PsycINFO, Cinahl og Pedro. Dernæst er der søgt efter randomiserede studier for PICO 1 den 19.08.2020 (prostatakraft), PICO 1 den 10.09.2020 (al kræft) og for PICO 5 den 11. august 2020 i Medline, Embase, PsycINFO, Cinahl og Pedro. PICO 2 er søgt for randomiserede studier den 25.06.2020 i databaserne Medline, Embase, Cinahl og Pedro.

Søgeprotokoller

Søgeprotokoller kan tilgås her og på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#)

- [Guidelines](#)
- [Sekundær- og primærlitteratur](#)

Flowcharts for opdaterede PICO 1, 2 og 5 kan tilgås på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#).

SØGEBESKRIVELSE (2016)

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: Prostatakæft, 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 PICOspørgsmål (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-IN), NICE (UK), National Guideline Clearinghouse (USA), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), CRD/HTA database, SBU (Sverige), Socialstyrelsen (Sverige), HelseDirektoratet (Norge), Kunnskapscenteret (Norge), Helsebiblioteket (Norge), 51 / 55 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 PICO-spørgsmål i databaserne Medline, Embase, Cochrane Library, Cinahl, PsycInfo og Pedro. PICO 2 og 3 blev samsøgt. 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 samsøgt. Se søgeprotokol for den opfølgende søgning efter primærlitteratur på: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationale-kliniskeretningslinjer/udgivelser/> Der blev identificeret 7544 randomiserede og observationelle studier samt anden primærlitteratur.

Søgeprotokoller

Søgeprotokol samt evidensvurderinger er offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

18 - Evidensvurderinger

Risiko for bias-vurderinger og meta-analyser samt beskrivelse af in- og ekskluderede studier kan tilgås via [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#).

Arbejdsgruppens AMSTAR-vurderinger kan ligeledes tilgås via [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#).

19 - Arbejdsgruppen og referencegruppen

Arbejdsgruppen 2020

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

- Annamaria Giraldi, professor, overlæge, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab
- Anne-Mette Ragle, fysioterapeut, udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi
- Bente Lomholt Langdahl, professor, udpeget af Dansk Knogleselskab
- Brigitta R. Villumsen, projektsygeplejerske, udpeget af Dansk Sygepleje Selskab
- Johnny Wejlgaard, fysioterapeut, udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi
- Karina Kehlet Lins, psykolog, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Leif Otterstrøm, civil ingeniør, pensioneret, udpeget af Prostatakraftforeningen
- Mads Hvid Poulsen, afdelingslæge, udpeget af Dansk Urologisk Selskab
- Pernille Bidstrup, psykolog, seniorforsker, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Søren Erik Wichmand, læge, udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin

Fagkonsulenten Anja Ussing har 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](#).

Sundhedsstyrelsens sekretariat

- Anja Ussing (Fag- og metodekonsulent)
- Kirsten Birkefoss (Søgespecialist)
- Marie-Louise Kirkegaard Mikkelsen (Projektleder)
- Maria Herlev Ahrenfeldt (Formand)

Peer review og offentlig høring

Den nationale kliniske retningslinje for rehabilitering af patienter med prostatakraft har forud for udgivelsen været i høring blandt følgende høringsparter:

- Dansk Knoglemedicinsk Selskab
- 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
- Ergoterapeutforeningen
- Danske Patienter
- Danske Regioner
- Kommunernes Landsforening
- Kræftens Bekæmpelse
- Prostatakraftforeningen
- Dansk Prostatacancer Gruppe (DAPROCA)
- Onkologisk afdeling, Odense Universitets Hospital

Retningslinjen er desuden i samme periode peer reviewet af:

- Andreas Røder, professor, overlæge, Rigshospitalet

Arbejdsgruppen 2016

Arbejdsgruppen vedr. NKR for rehabilitering af patienter med prostatakraft 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 Mollerup, 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 Hvarness, 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 har 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.

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 prostatakraft 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 Prostatakraftforeningen
- Grazvydas Tuckus, Afdelingslæge, Aalborg Universitets Hospital, udpeget af Region Nordjylland
- Jens Nielsen, udpeget af Prostatakraftforeningen
- 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 rehabilitering af patienter med prostatakraft 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
- Prostatakæftforeningen
- 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

20 - Forkortelser og begreber

Begreb	Forklaring
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 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	(eng. activities of daily living), praktisk funktionsevne i hverdagen, det vil sige daglige færdigheder/aktiviteter. Omhandler evnen til at udføre opgaver af relevans for almindelig daglig levevis. Det er færdigheder som personlig hygiejne, gangfunktion, evne til at forflytte sig, påklædning, spisning, toiletbesøg, indkøb, madlavning mm.
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation. Værktøj til kvalitetsvurdering af guidelines.
AMSTAR	A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews. Værktøj til kvalitetsvurdering af systematiske oversigtsartikler.
Baseline risiko	Ved dikotome udfald ("enten-eller" udfald) betegner det risikoen for et givet udfald ved forsøgets begyndelse. Ved kontinuerte udfald ("udfald målt på en skala") betegner det en gennemsnitlig målt værdi ved forsøgets begyndelse. Et relateret begreb, assumed risk, findes i Summary of Findings tabellen, hvor det betegner risikoen for et givet udfald i forsøgets kontrolgruppe, eller en risiko i en kontrolgruppe hentet fra f.eks. befolkningsstatistik eller observationelle studier.
Bias	Bias er systematiske fejl i et studie, der fører til over- eller underestimering af effekten
Blinding	Blinding indebærer, at det under forsøget er ukendt hvilken gruppe en deltagerne er fordelt til. Flere parter kan være blindet, f.eks. deltageren, behandleren, den der vurderer udfald, og den der analyserer data.
95% CI	95% Konfidensinterval
Confounding	En confounder er et fænomen, som kan mudre et forskningsresultat således, at man drager ukorrekte konklusioner om sammenhænge mellem årsag og virkning.
Drop-out	Eng. Forsøgsdeltagers frafald fra studiet.
DXA-scanning	(eng. dual-energy X-ray Absorptiometry) scanningsundersøgelsen til at bestemme knoglemineraltætheden af knogler

GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation system er et internationalt brugt systematisk og transparent system til at vurdere kvaliteten af evidens og til at give anbefalinger. GRADE-processen starter med fokuserede spørgsmål, hvor også alle de kritiske og vigtige outcome er specificerede. Efter at evidensen er identificeret, giver GRADE eksplicite kriterier, hvormed man kan vurdere tiltroen til evidensen fra meget lav til høj. Kriterierne er: risiko for bias, inkonsistens, unøjagtighed, overførbare samt risikoen for publikations bias. Graderingen af evidensen sker i to etaper. Først graderes tiltroen til estimerne af effekten for de enkelte outcome. Herefter graderes den samlede evidens for det fokuserede spørgsmål.
Hazard ratio (HR)	Betegner 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 kontrolgruppen, er hazard ratio 2. Angives normalt med et sikkerhedsinterval (konfidensinterval).
Heterogenitet	Inkonsistens i mellem resultater fra forskellige studier. Måles f.eks ved I ² , se nedenfor
I ²	Angiver den procentdel af variansen i en meta-analyse som skyldes heterogenitet. Heterogenitet udtrykker forskelle i resultaterne i de inkluderede studier. Hvis I ² er høj (>50%) kan det være et udtryk for de inkluderede studier viser forskellige resultater
Incident	Ny begivenhed eller hændelse. Forstås som optrædende for første gang
Intervention	Den behandling/indsats man vil komme med en anbefaling vedrørende.
Klinisk relevant	Et resultat er klinisk relevant, hvis størrelsen af estimatet er relevant for patienterne.
Mean Difference (MD)	Den gennemsnitlige forskel mellem to grupper.
Metaanalyse	En statistisk metode til at sammenfatte resultaterne af individuelle videnskabelige forsøg, til et overordnet estimat af størrelsen på behandlingseffekter. Behandlingseffektens samlede størrelse kan angives på forskellig måde, for eksempel som en relativ risiko, en odds ratio, eller en standardiseret, gennemsnitlig forskel mellem grupperne (SMD).
Outcome	Udfald. Forhold, man ønsker at måle en effekt på f.eks. smerte, livskvalitet eller død. Outcome vurderes som enten kritiske eller vigtige for at kunne give en anbefaling. De kritiske outcome er styrende for anbefalingen.
PICO	De fokuserede spørgsmål udgør grundlaget for den efterfølgende udarbejdelse af litteratursøgningsstrategi, inklusions- og eksklusionskriterier, fokus ved læsning af litteratur, samt formulering af anbefalinger. De fokuserede spørgsmål specificerer patientgruppen, interventionen og effekter. Dette afspejles i akronymet PICO (Population, Intervention, Comparison and Outcomes). For yderligere beskrivelse henvises til NKR metodehåndbogen.
PIRO	PIRO Fokuserede spørgsmål omhandler diagnostiske test afspejles i akronymet PIRO (Population, Index test, Reference standard and Outcome). For yderligere beskrivelse henvises til NKR metodehåndbogen.
Population	Målgruppen for anbefalingen.
Prospektivt kohorte-studie	Et studie, som omhandler en afgrænset gruppe af personer som følges gennem et afgrænset tidsinterval
Prævalens	Andelen af en population med en bestemt tilstand

Randomiserede forsøg	Studier hvor forsøgsdeltagere fordeles tilfældigt mellem to eller flere grupper, der får forskellig (eller ingen) behandling. Den tilfældige fordeling skal sikre, at de to studiegrupper bliver så ens, at den eneste variation mellem grupperne udgøres af, hvilken behandling personerne tilbydes
RCT	(eng. randomised controlled trial), forkortelse for randomiseret forsøg
Randomiseret	Tilfældig fordeling, i randomiserede studier tilfældig fordeling af deltagerne mellem interventions og kontrolgrupper
Relativ effekt	Se under Absolut effekt.
Relativ risiko (RR)	Betegner en ratio mellem to rater af udfald. Hvis raten af dødsfald i en interventionsgruppe fx er 10 pr. 100, mens den er 20 pr. 100 i kontrolgruppen, er den relative risiko 2. Angives normal med et sikkerhedsinterval.
Risiko Difference (RD)	Forskel i risiko for et givet outcome mellem to grupper.
RM	(Eng. repetition maksimum) den maksimale vægt man kan løfte ved et givent antal gentagelser i en given øvelse.
Sensitivitet	Andelen af de syge, der er korrekt identificerede som syge (sandt positive). Opgøres som decimaltal i intervallet 0,00 til 1,00 eller som procent i intervallet 0 til 100 %
Statistisk signifikant	Statistisk signifikans betegner, om estimatet af en behandlingseffekt er tilstrækkeligt præcist til, at man vil anse det for usandsynligt, at resultatet er fremkommet ved en tilfældighed. Oftest benytter man et konfidensinterval på 95 % omkring effekttestimatet, hvilket vil sige, at det sande effekttestimat vil være inkluderet i konfidensintervallet i 95 af 100 forsøg udført på samme måde. Denne grænse er valgt ud fra en konvention, ikke en naturlov, og der er derfor ikke tale om et egentligt videnskabeligt bevis for en effekt, hvis et resultat er statistisk signifikant – der er tale om en sandsynliggørelse.
Standardiseret gennemsnitlige forskel (SMD)	(Eng. Standardised mean difference). For outcome, der bliver målt med forskellige skalaer i de inkluderede studier, for eksempel smerte målt på en 10 punktsskala i et studie og på en 7 punktsskala i et andet studie, er det nødvendigt at standardisere for at kunne lave en meta-analyse. Enheden bliver nu standardafvigelse i stedet for de enheder skaler oprindeligt brugte, eksempelvis point på en given skala. Som en tommelfingerregel kan resultater under 0,3 tolkes som en lille effekt, 0,3 til 0,8 som en mellem effekt og over 0,8 som en stor effekt
Specificitet	Andelen af de raske, der er korrekt identificerede som raske (sandt negative). Opgøres som decimaltal i intervallet 0,00 til 1,00 eller som procent i intervallet 0 til 100 %
Standard Deviation (SD)	Standardafvigelse
Standard Error (SE)	Standardfejil
T-score	Reference værdien som patientens score sammenlignes med. En t-score på under eller lig med -2.5 er definitionen på knogleskørhed.
TAU	(eng. treatment as usual), vanlig behandling

Referencer

1. 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 [Pubmed Link](#)
2. 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 [Pubmed Journal](#)
3. Arving C., Assmus J., Thormodsen I., Berntsen S., Nordin K. : Early rehabilitation of cancer patients-An individual randomized stepped-care stress-management intervention. *Psycho-oncology* 2019;28(2):301-308 [Journal](#)
4. Attard G, Parker C, Eeles RA, Schröder F, Tomlins SA, Tannock I, et al. : Prostate cancer. *Lancet* (London, England) 2016;387(10013):70-82 [Pubmed Journal Link](#)
5. Bjerre E., Bruun DM, Tolver A., Brasso K., Krustrup P., Johansen C., et al. : Effectiveness of community-based football compared to usual care in men with prostate cancer: Protocol for a randomised, controlled, parallel group, multicenter superiority trial (The FC Prostate Community Trial). *BMC cancer* 2016;16(1):767-016-2805-0 [Journal](#)
6. Bjerre ED, Brasso K., Jørgensen AB, Petersen TH, Eriksen AR, Tolver A., et al. : Football Compared with Usual Care in Men with Prostate Cancer (FC Prostate Community Trial): A Pragmatic Multicentre Randomized Controlled Trial. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)* 2019;49(1):145-158 [Journal](#)
7. Bjerre ED, Petersen TH, Jørgensen AB, Johansen C., Krustrup P., Langdahl B., et al. : Community-based football in men with prostate cancer: 1-year follow-up on a pragmatic, multicentre randomised controlled trial. *PLoS medicine* 2019;16(10):e1002936 [Journal](#)
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. *European urology* 2015; Nov 26 [Epub] [Journal Link](#)
9. 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. *European urology* 2014;65(5):865-872 [Pubmed Journal Link](#)
10. Cancerregisteret. Sundhedsdatastyrelsen Opdateret: Til og med 2018; Senest hentet: 14.12.2020 [Link](#)
11. Chambers SK, Hyde MK, Smith DP, Hughes S, Yuill S, Egger S, et al. : New Challenges in Psycho-Oncology Research III: A systematic review of psychological interventions for prostate cancer survivors and their partners: clinical and research implications. *Psycho-oncology* 2017;26(7):873-913
12. 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. *Psycho-oncology* 2015;24(7):748-756 [Pubmed Journal Link](#)
13. Cheung AS, de Rooy C, Hoermann R, Lim Joon D, Zajac JD, Grossmann M : Quality of life decrements in men with prostate cancer undergoing androgen deprivation therapy. *Clinical endocrinology* 2017;86(3):388-394 [Pubmed Journal](#)
14. 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 [Pubmed Journal Link](#)
15. Cormie P, Galvao 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 international* 2015;115(2):256-266

[Pubmed Journal Link](#)

16. DaProCa (Prostatacancer) - Dansk Urologisk Cancer Gruppe (DUCG) : Kliniske retningslinjer: Prostatacancer retningslinjer 2016. 2016;2016(16.06): [Link](#)

17. Dawson JK, Dorff TB, Todd Schroeder E., Lane CJ, Gross ME, Dieli-Conwright CM : Impact of resistance training on body composition and metabolic syndrome variables during androgen deprivation therapy for prostate cancer: a pilot randomized controlled trial. BMC cancer 2018;18(1):368-018-4306-9 [Journal](#)

18. 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 international 2010;106(4):515-522 [Pubmed Journal Link](#)

19. Edmunds K., Tuffaha H., Galvão DA, Scuffham P., Newton RU : Incidence of the adverse effects of androgen deprivation therapy for prostate cancer: a systematic literature review. Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer 2020;28(5):2079-2093 [Journal](#)

20. Epstein MM, Edgren G, Rider JR, Mucci LA, Adami H-O : Temporal trends in cause of death among Swedish and US men with prostate cancer. Journal of the National Cancer Institute 2012;104(17):1335-1342 [Pubmed Journal Link](#)

21. Fervaha G., Izard JP, Tripp DA, Rajan S., Leong DP, Siemens DR : Depression and prostate cancer: A focused review for the clinician. Urologic oncology 2019;37(4):282-288 [Journal](#)

22. Ficazzola MA, Nitti VW : The etiology of post-radical prostatectomy incontinence and correlation of symptoms with urodynamic findings. The Journal of urology 1998;160(4):1317-1320 [Pubmed Link](#)

23. Filocamo MT, Li Marzi V, Del Popolo G, Cecconi F, Marzocco M, Tosto A, et al. : Effectiveness of early pelvic floor rehabilitation treatment for post-prostatectomy incontinence. European urology 2005;48(5):734-738 [Pubmed Journal Link](#)

24. Focht BC, Lucas AR, Grainger E., Simpson C., Fairman CM, Thomas-Ahner JM, et al. : Effects of a Group-Mediated Exercise and Dietary Intervention in the Treatment of Prostate Cancer Patients Undergoing Androgen Deprivation Therapy: Results From the IDEA-P Trial. Annals of Behavioral Medicine : A Publication of the Society of Behavioral Medicine 2018;52(5):412-428 [Journal](#)

25. Franke JJ, Gilbert WB, Grier J., Koch MO, Shyr Y., Smith JA : Early post-prostatectomy pelvic floor biofeedback. The Journal of urology 2000;163(1):191-193 [Pubmed Link](#)

26. Galvao 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 [Pubmed Journal Link](#)

27. Galvão DA, Taaffe DR, Spry N., Cormie P., Joseph D., Chambers SK, et al. : Exercise Preserves Physical Function in Prostate Cancer Patients with Bone Metastases. Medicine and science in sports and exercise 2018;50(3):393-399 [Journal](#)

28. 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 International 1999;10(4):259-264 [Journal Link](#)

29. Gomez-Cabello A., Ara I., Gonzalez-Aguero A., Casajus JA, Vicente-Rodriguez G. : Effects of training on bone mass in older adults: a systematic review. Sports medicine (Auckland, N.Z.) 2012;42(4):301-325 [Pubmed Journal Link](#)

30. 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 technology assessment (Winchester, England) 2011;15(24):1-290, iii-iv [Pubmed Journal Link](#)

31. 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 persistent postprostatectomy incontinence: a randomized controlled trial. *JAMA* 2011;305(2):151-159 [Pubmed](#) [Journal Link](#)
32. Harrison M.R., Davis P.G., Khouri M.G., Gupta R.T., Armstrong A.J., McNamara M.A., et al. : EXTEND: Safety and efficacy of exercise training in men receiving enzalutamide (ENZ) in combination with conventional androgen deprivation therapy (ADT) for hormone naive prostate cancer (HSPC). *Annals of Oncology* 2018;Conference 43r
33. Hojan K., Kwiatkowska-Borowczyk E., Leporowska E., Górecki M., Ozga-Majchrzak O., Milecki T., et al. : Physical exercise for functional capacity, blood immune function, fatigue, and quality of life in high-risk prostate cancer patients during radiotherapy: a prospective, randomized clinical study. *European journal of physical and rehabilitation medicine* 2016;52(4):489-501 [Journal](#)
34. Hojan K., Kwiatkowska-Borowczyk E., Leporowska E., Milecki P. : Inflammation, cardiometabolic markers, and functional changes in men with prostate cancer. A randomized controlled trial of a 12-month exercise program. *Polish archives of internal medicine* 2017;127(1):25-35 [Journal](#)
35. Hollingworth W., Metcalfe C., Mancero S., Harris S., Campbell R., Biddle L., et al. : Are needs assessments cost effective in reducing distress among patients with cancer? A randomized controlled trial using the Distress Thermometer and Problem List. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2013;31(29):3631-3638 [Journal](#)
36. Hugosson J, Stranne J, Carlsson SV : Radical retropubic prostatectomy: a review of outcomes and side-effects. *Acta Oncologica (Stockholm, Sweden)* 2011;50 Suppl 1 92-97 [Pubmed](#) [Journal Link](#)
37. 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 [Pubmed](#) [Journal Link](#)
38. Kiwata JL, Dorff TB, Todd Schroeder E., Salem GJ, Lane CJ, Rice JC, et al. : A pilot randomised controlled trial of a periodised resistance training and protein supplementation intervention in prostate cancer survivors on androgen deprivation therapy. *BMJ open* 2017;7(7):e016910-2017-016910 [Journal](#)
39. 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 [Pubmed](#) [Journal Link](#)
40. Lam T, Birzniece V, McLean M, Gurney H, Hayden A, Cheema BS : The Adverse Effects of Androgen Deprivation Therapy in Prostate Cancer and the Benefits and Potential Anti-oncogenic Mechanisms of Progressive Resistance Training. *Sports medicine - open* 2020;6(1):13 [Pubmed](#) [Journal](#)
41. Kræftens Bekæmpelse : Cancer.dk. Løbende opdateret; Senest hentet: 14.12.2020 [Link](#)
42. 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. *Neurourology and urodynamics* 2007;26(7):985-989 [Pubmed](#) [Journal Link](#)
43. McCorkle R., Siefert ML, Dowd MF, Robinson JP, Pickett M. : Effects of advanced practice nursing on patient and spouse depressive symptoms, sexual function, and marital interaction after radical prostatectomy. *Urologic nursing* 2007;27(1):65-77; discussion 78-80
44. 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 [Pubmed](#) [Journal Link](#)
45. Meijer A., Roseman M., Delisle VC, Milette K., Levis B., Syamchandra A., et al. : Effects of screening for psychological distress on patient outcomes in cancer: a systematic review. *Journal of psychosomatic research* 2013;75(1):1-17 [Journal](#)

46. 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 [Pubmed Journal Link](#)
47. 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 international* 1999;83(1):57-65 [Pubmed Link](#)
48. 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. *The Journal of urology* 2006;175(5):1679-1683; discussion 1683 [Pubmed Journal Link](#)
49. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) : Distress management : version 1.2021 . NCCN (NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines)) September 2020;NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) [Link](#)
50. National Institute for Clinical Excellence (NICE) : Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer : The Manual. NICE (Guidance on Cancer Services) 2004;Guidance on Cancer Services [Link](#)
51. Ndjavera W., Orange ST, O'Doherty AF, Leicht AS, Rochester M., Mills R., et al. : Exercise-induced attenuation of treatment side-effects in patients with newly diagnosed prostate cancer beginning androgen-deprivation therapy: a randomised controlled trial. *BJU international* 2020;125(1):28-37 [Journal](#)
52. Nead KT, Sinha S., Yang DD, Nguyen PL : Association of androgen deprivation therapy and depression in the treatment of prostate cancer: A systematic review and meta-analysis. *Urologic oncology* 2017;35(11):664.e1-664.e9 [Journal](#)
53. Newton RU, Galvão DA, Spry N., Joseph D., Chambers SK, Gardiner RA, et al. : Exercise Mode Specificity for Preserving Spine and Hip Bone Mineral Density in Prostate Cancer Patients. *Medicine and science in sports and exercise* 2019;51(4):607-614 [Journal](#)
54. Newton RU, Galvão DA, Spry N., Joseph D., Chambers SK, Gardiner RA, et al. : Timing of exercise for muscle strength and physical function in men initiating ADT for prostate cancer. *Prostate cancer and prostatic diseases* 2020;23(3):457-464 [Journal](#)
55. 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. *European urology* 2014; [Pubmed Journal Link](#)
56. 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 Oncologica (Stockholm, Sweden)* 2015;54(10):1805-1813 [Pubmed Journal Link](#)
57. 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. *European urology* 2008;54(2):438-448 [Pubmed Journal Link](#)
58. Pagliarulo V., Bracarda S., Eisenberger MA, Mottet N., Schröder FH, Sternberg CN, et al. : Contemporary role of androgen deprivation therapy for prostate cancer. *European urology* 2012;61(1):11-25 [Journal](#)
59. Prostate Cancer Foundation of Australia (PCFA), NHMRC Centre for Research Excellence in Prostate Cancer Survivorship (NHMRC CRE-PCS) : A psychosocial care model for men with prostate cancer. Prostate Cancer Foundation of Australia (PCFA) September 2019; [Link](#)
60. Prostate Cancer Foundation of Australia (PCFA), NHMRC Centre for Research Excellence in Prostate Cancer Survivorship (NHMRC CRE-PCS) : Position statement on screening for distress and psychosocial care for men with prostate cancer. Prostate Cancer Foundation of Australia (PCFA) 2019; [Link](#)
61. Robertson J., McNamee P., Molloy G., Hubbard G., McNeill A., Bollina P., et al. : Couple-Based Psychosexual Support Following Prostate Cancer Surgery: Results of a Feasibility Pilot Randomized Control Trial. *The journal of sexual medicine* 2016;13(8):1233-1242 [Journal](#)

62. Ribeiro LH, 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. *The Journal of urology* 2010;184(3):1034-1039 [Pubmed](#) [Journal Link](#)
63. 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 international* 2006;97(6):1234-1241 [Pubmed](#) [Journal Link](#)
64. Saylor PJ, Smith MR : Metabolic complications of androgen deprivation therapy for prostate cancer. *The Journal of urology* 2013;189(1):S34-42; discussion S43-44 [Pubmed](#) [Journal Link](#)
65. Schouten B., Avau B., Bekkering GTE, Vankrunkelsven P., Mebis J., Hellings J., et al. : Systematic screening and assessment of psychosocial well-being and care needs of people with cancer. *The Cochrane database of systematic reviews* 2019;3(3):CD012387 [Journal](#)
66. Schover LR, Canada AL, Yuan Y., Sui D., Neese L., Jenkins R., et al. : A randomized trial of internet-based versus traditional sexual counseling for couples after localized prostate cancer treatment. *Cancer* 2012;118(2):500-509 [Journal](#)
67. 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 [Pubmed](#) [Journal Link](#)
68. Segal RJ, Reid RD, Courneya KS, Sigal RJ, Kenny GP, Prud'Homme DG, et al. : Randomized controlled trial of resistance or aerobic exercise in men receiving radiation therapy for prostate cancer. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2009;27(3):344-351 [Journal](#)
69. Siddons HM, Wootten AC, Costello AJ : A randomised, wait-list controlled trial: evaluation of a cognitive-behavioural group intervention on psycho-sexual adjustment for men with localised prostate cancer. *Psycho-oncology* 2013;22(10):2186-2192 [Journal](#)
70. Siebert AL, Lapping-Carr L., Morgans AK : Neuropsychiatric Impact of Androgen Deprivation Therapy in Patients with Prostate Cancer: Current Evidence and Recommendations for the Clinician. *European urology focus* 2020;6(6):1170-1179 [Journal](#)
71. Singer S., Danker H., Briest S., Dietrich A., Dietz A., Eienkel J., et al. : Effect of a structured psycho-oncological screening and treatment model on mental health in cancer patients (STEPPED CARE): study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials* 2014;15 482-6215-15-482 [Journal](#)
72. Singer S., Danker H., Roick J., Eienkel J., Briest S., Spieker H., et al. : Effects of stepped psychooncological care on referral to psychosocial services and emotional well-being in cancer patients: A cluster-randomized phase III trial. *Psycho-oncology* 2017;26(10):1675-1683 [Journal](#)
73. Smith MR : Androgen deprivation therapy for prostate cancer: new concepts and concerns. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity* 2007;14(3):247-254 [Pubmed](#) [Journal Link](#)
74. Storer TW, Miciek R, Travison TG : Muscle function, physical performance and body composition changes in men with prostate cancer undergoing androgen deprivation therapy. *Asian journal of andrology* 2012;14(2):204-21 [Pubmed](#) [Journal](#)
75. Sundhedsstyrelsen : Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft : [version 2]. Kbh.: Sundhedsstyrelsen, 2018; [Link](#)
76. Taaffe DR, Galvão DA, Spry N., Joseph D., Chambers SK, Gardiner RA, et al. : Immediate versus delayed exercise in men initiating androgen deprivation: effects on bone density and soft tissue composition. *BJU international* 2019;123(2):261-269 [Journal](#)
77. Taaffe DR, Newton RU, Spry N., Joseph D., Chambers SK, Gardiner RA, et al. : Effects of Different Exercise Modalities on Fatigue in

Prostate Cancer Patients Undergoing Androgen Deprivation Therapy: A Year-long Randomised Controlled Trial. *European urology* 2017;72(2):293-299 [Journal](#)

78. 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 [Pubmed](#) [Journal Link](#)

79. 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 [Pubmed](#) [Journal Link](#)

80. 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. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 2014;24 Suppl 1 105-112 [Pubmed](#) [Journal Link](#)

81. 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 (London, England)* 2000;355(9198):98-102 [Pubmed](#) [Journal Link](#)

82. Velikova G., Booth L., Smith AB, Brown PM, Lynch P., Brown JM, et al. : Measuring quality of life in routine oncology practice improves communication and patient well-being: a randomized controlled trial. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2004;22(4):714-724 [Journal](#)

83. Wall BA, GALVäO DA, Fatehee N., Taaffe DR, Spry N., Joseph D., et al. : Exercise Improves V'O2max and Body Composition in Androgen Deprivation Therapy-treated Prostate Cancer Patients. *Medicine and science in sports and exercise* 2017;49(8):1503-1510 [Journal](#)

84. Watts S., Leydon G., Birch B., Prescott P., Lai L., Eardley S., et al. : Depression and anxiety in prostate cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *BMJ open* 2014;4(3):e003901-2013-003901 [Journal](#)

85. Winters-Stone KM, Dobek JC, Bennett JA, Maddalozzo GF, Ryan CW, Beer TM : Skeletal response to resistance and impact training in prostate cancer survivors. *Medicine and science in sports and exercise* 2014;46(8):1482-1488 [Journal](#)

86. Winters-Stone KM, Dobek JC, Bennett JA, Dieckmann NF, Maddalozzo GF, Ryan CW, et al. : Resistance training reduces disability in prostate cancer survivors on androgen deprivation therapy: evidence from a randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2015;96(1):7-14 [Journal](#)

87. World Health Organization (WHO), World Bank : World report on disability. Geneva: WHO 2011; [Link](#)

88. Zhumkhawala A-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 [Pubmed](#) [Journal Link](#)

89. Søgeprotokol for opdatering af NKR Prostatakæft: Guidelines - søgeperiode 2015-20. Sundhedsstyrelsen, 2020. [Link](#)

90. Søgeprotokol for opdatering af NKR Prostatakæft: Sekundær- og primærlitteratur - søgeperiode 2015-20. Sundhedsstyrelsen, 2020. [Link](#)

91. NKR 38 systematisk vurdering for depression.

92. NKR_38_opdat_Supervised training for men with prostate cancer in ADT_treatment.

93. NKR 38: PICO 2: Tr?ning ved opstart af ADT vs vanlig aktivitet?.

94. NKR 38: PICO 3, Styrketræning efter opstart i ADT behandlingen.

95. NKR 38: PICO 4, Bækkenbundstræning vs vanlig behandling til inkontinente.

96. NKR 38: PICO 5, Sexologisk rådgivning.

97. NKR 38: PICO 5, Sexologisk rådgivning.

98. NKR 38: PICO 7: Undersøgelse for knoglestyrke.