

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Giltig från: 2025-02-24

Innehållsansvar: Jon Kindblom, (jonki1), Överläkare

Giltig till: 2025-11-01

Granskad av: Jon Kindblom, (jonki1), Överläkare

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Regional medicinsk riktlinje

Prostatacancer

Regional tillämpning av nationellt vårdprogram

Innehållsförteckning

Bakgrund.....	1
Förändringar sedan föregående version.....	2
Vårdnivå och samverkan	3
Regional tillämpning av det nationella vårdprogrammet	4
Kvalitetsuppföljning	9
Innehållsansvariga	9

Bakgrund

Antalet nydiagnostiserade män med prostatacancer i VGR har legat på mellan 1500 och 2000 per år. Av dessa är ca 25% lågrisk och kommer i första hand inte att vara aktuella för kurativt syftande behandling utan följas vid urologkliniker i regionen. Drygt 15% är primärt spridda och får primärt hormonbehandling, men kan i de flesta fall vara aktuella för ett flertal tilläggsbehandlingar som idag finns tillgängliga. Övriga patienter kan, i de flesta fall, vara aktuella för kurativt syftande behandling med operation eller strålbehandling. Regional medicinsk riktlinje (RMR) för prostatacancer (PC) utgår från Nationellt vårdprogram (NVP) PC, Standardiserat Vårdförlopp (SVF) PC samt kortversion för allmänläkare uppdaterade versioner april 2021. Avsikten är att riktlinjerna ska revideras varje revision av NVP. Aktuellt NVP samt kortversion för allmänläkare finns att tillgå på [”NVP PC och SVF PC”](#), [”NVP PC - Kortversion för allmänläkare”](#) och [”Standardiserat vårdförlopp, SVF Förkortad version för primärvården”](#). I vårdprogrammet används termen ”män” för att beteckna personer som testas, utreds eller behandlas för prostatacancer, men det finns också personer med en prostata som inte är män. En del av dessa personer har en testosteronnivå inom intervall som betraktas som normalt för män, för dessa gäller rekommendationer i NVP/RMR i allmänhet. För personer med prostata som behandlas med östrogen är inte rekommendationerna allmängiltiga då både cancers biologiska och PSA-nivåer påverkas av behandlingen. Då evidens saknas i de flesta av dessa fall bör en multidisciplinär och multiprofessionell grupp som ansvarar för att samla kunskap och erfarenhet bildas i regionen.

Förändringar sedan föregående version

Utökad indikation för remiss till onkogenetisk mottagning: Se Punkt 1 – Patienter över 40 år med symptom från urinvägar och/eller ärftlighet för PC.

Utredning och behandling av personer med prostata som inte är män: Se Bakgrund – bildande av regional multidisciplinär och multiprofessionell grupp.

Psykosocialt stöd och kurators roll i samband med diagnos: Se Punkt 4 – Diagnosbesked.

Prostatabiopsier: Se punkt 3 – Primärutredning.

Ny riskgruppsindelning: Se Punkt 5 – Kompletterande utredning.

Bilddiagnostik för primär stadieutredning: Se Punkt 5 – Kompletterande utredning.

ePROM-enkät i IPÖ: Se punkt 9 – Kurativt syftande behandling.

Oligometastatisk prostatacancer och spridning till regionala lymfkörtlar: Se Punkt 6 och 7 – MDK och Information

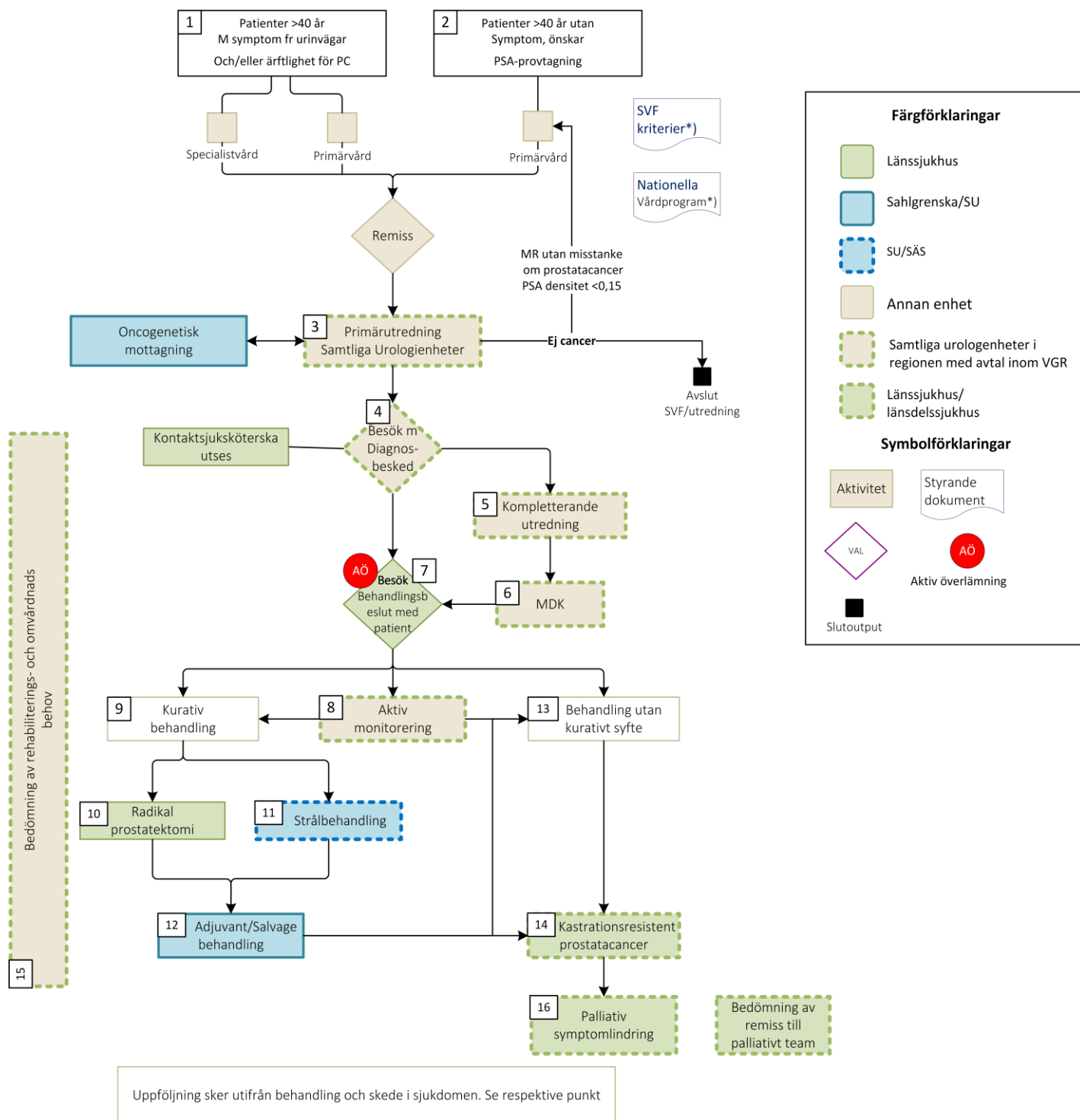
Hyperbar syrgasbehandling av strålcystit och strålproktit: Se Punkt 11 – Strålbehandling

PSMA-PET-DT för utredning av återfall: Se Punkt 12 - Adjuvant/Salvagebehandling efter kurativt syftande behandling.

Stigande PSA vid singelbehandling med bicalutamid: Se Punkt 13 – Sjukdomsspecifik behandling utan kurativt syfte.

Behandling av kastrationsresistent prostatacancer utan påvisad spridning (CRPC M0): Se Punkt 14 – Kastrationsresistent prostatacancer.

Vårdnivå och samverkan



Flödesschema finns även att se [här](#)

Regional tillämpning av det nationella vårdprogrammet

(Punktsiffror hänvisar till respektive ruta i flödesschema ovan)

- 1) Patienter över 40 år med symtom från urinvägarna (LUTS) utreds och följs i primärvård enligt NVP PC och NVP PC - Kortversion för allmänläkare punkt 2 samt RMR "Ansvarsfördelning mellan allmänmedicin och urologi i handläggningen av LUTS" ([RMRLUTS](#)) tills eventuella kriterier för välgrundad misstanke uppfyllts. Patienter med ärftlighet för prostatacancer enligt "Kortversion för allmänläkare punkt 5", följs i primärvård tills eventuella kriterier för välgrundad misstanke uppfylls. Handläggning sker därefter enligt SVF.
 - a) Notera särskilt att:
 - i) Män utan PC, men i ärftlig riskgrupp, kan följas i primärvården. Förslag på uppföljning är PSA-test vartannat år för män med PSA <1 µg/l och årligen för män med PSA 1–1,9 µg/l.
 - ii) Patienter över 40 år som vid onkogenetisk mottagning konstaterats ha mutation i genen BRCA-2, t.ex. vid utredning av misstänkt ärftlighet hos friska familjemedlemmar till patient med konstaterad ärftlig bröstcancer, ska remitteras till urologspecialist för uppföljning.
- 2) Patienter över 40 år, utan symtom från urinvägarna, som önskar PSA-testning ska som tidigare informeras och följas i primärvård enligt NVP PC - Kortversion för allmänläkare tills eventuella kriterier för välgrundad misstanke uppfyllts.
 - a) Notera särskilt att:
 - i) Patienter i VGR kan ingå i "organiserad prostatacancer-testning" (OPT). PSA-testning utanför OPT för dessa män ska undvikas. Vid misstanke om prostatacancer efter PSA-testning och multi-/biparametrisk magnetresonanstomografi (mp/bpMR) remitteras dessa män av OPT-kansliet till närmaste urologiklinik för bedömning. Om prostatacancer-misstanke avskrivs vid utredning ska patienten återgå till OPT (ej VC!) för fortsatt uppföljning (se [RMR OPT](#)).
 - ii) Patienter i Göteborgsområdet kan ingå i "[G2-studien](#)" med PSA-screening i kombination med bpMR. Dessa handläggs vid välgrundad misstanke enligt klinisk rutin i SVF vid Prostatacancercentrum SU.
 - iii) Primärutredning utförs på samtliga urologienheter (offentliga och privata)
- 3) Primärutredning utförs på samtliga urologienheter (offentliga och privata) enligt NVP kap 7.5-7.6.
 - a) Notera särskilt att
 - i) Utredningen ska, om inte patienten har kontraindikation för MR, inledas med bp(mp)MR utom vid påvisad metastasering, PSA>100µg/l eller vid <10 års förväntad livslängd.
 - ii) NPCR:s MR-mall ska användas.
 - iii) Malignitetsmisstänkt palpationsfynd bör biopseras oberoende av PSA-värde och resultat av MR.
 - iv) Biopsering (eller när avstå) efter MR och benignt palpationsfynd bör ske enligt NVP kap 7.6.2, Figur 4.
 - v) För patienter med diabetes eller immunsuppression bör Ciprofloxacin 500mg x 2 ges under 3-5 dygn med start innan biopsi.
 - vi) Inför transrektal biopsi bör rektum desinficeras med jod-povidon. Transperineal biopsering bör övervägas som alternativ.
 - vii) För patienter med övriga riskfaktorer enligt rekommendationsruta NVP kap 7.6

- bör urinodling tas innan biopsi och handläggas enligt rekommendationsruta NVP kap 7.6.
- viii) NPCR:s biopsimall ska användas. Biopsisvar ska innehålla antal mm cancer, Gleasonsumma inklusive procent Gleasongrad 4, eventuellt kribriformt utseende och ISUP-gradering, se NVP kap 8.1.
 - ix) Vid riktade biopsier ska varje enskild biopsikolv läggas i en separat burk enligt rekommendationsruta NVP kap 7.6
 - x) Ärftlighetsanamnes ska efterfrågas hos män med PC. Män med flera fall bland nära släktingar av tidigt debuterad bröstcancer eller äggstockscancer bör erbjudas onkogenetisk utredning. Uppföljning sker av urologspecialist.
- 4) Diagnosbesked ges i enlighet med NVP kap 7.7-7.8 på den urologienhet som genomför utredning enligt punkt 3 ovan.
- a) Notera särskilt att
 - i) Patienten ska träffa kontaktsjuksköterska i samband med diagnosbeskedet.
 - ii) Information ska ges och "Min vårdplan" ska upprättas, NVP kap 7.8.
 - iii) Vid byte av vårdgivare ska "Aktiv överlämning" ske och dokumenteras i "Min vårdplan" NVP kap 7.8.4.
 - iv) Alla vårdenheter som utreder och behandlar patienter med prostatacancer ska kunna hänvisa till kurator. Patienter med komplicerad krisreaktion ska även psykolog eller psykiatrisk kontakt kunna erbjudas efter behov.
 - v) Information om patientförening och hur de kan kontaktas ska ges.
- 5) Kompletterande utredning sker på den urologienhet som genomför primärutredning och ger diagnosbesked enligt punkt 3 och 4 ovan.
- a) Notera särskilt att
 - i) Om primär MR inkluderar område upp till uretärkorsning behöver inte ytterligare CT eller MR av buk/bäckenregionen utföras.
 - ii) Män yngre än 60 år med prostatacancer med metastaser och/eller Gleasonmönster 5 med förstagradsrläktingar som har diagnostiserats med bröstcancer, äggstockscancer, prostatacancer eller bukspottkörtelcancer samt män med PC flera familjemedlemmar med bröstcancer eller äggstockscancer ska erbjudas remiss till onkogenetisk mottagning för bedömning. Se avsnitt 6.4.
 - iii) Ny riskgruppsklassificering har införts, se NVP kap 8.3. Kompletterande utredning ska göras enligt rekommendationsrutan först i NVP kap 8.2. I den ska ingen ytterligare utredning vid låg-/mellanriskcancer (i avsaknad av specifika symptom); endast skelettscintigrafi/SPECT vid "högriskcancer" enligt ny definition (NVP 8.3); MR (alt. DT buk/bäcken) + skelettscintigrafi ELLER MR buk/bäcken + centrala skelettet vid "mycket högriskcancer" enligt ny definition (NVP 8.3).
 - iv) Fynd som starkt talar för extraprostatisk cancerväxt (EPE/SVI 5) medför klassificering av cancer som högrisk.
 - v) PSMA-PET-DT/MR skall inte användas som standardutredning för primärstaging. I de fåtal fall där primärutredning med skelettscintigrafi och CT/MR är inkonklusiv kan PSMA-PET-DT utföras efter diskussion/rekommendation vid MDK (punkt 8.2 NVP).
 - vi) Patienter aktuella för kurativt syftande behandling ska erhålla frågeformulär enligt bilaga 2 inför MDK och/eller behandlingsbeslut.
- 6) Multidisciplinär konferens (MDK). Patienter som enligt NVP kap 9 ska diskuteras på MDK anmäles enligt mall ([MDK-mall VGR](#)).
- a) Notera särskilt att
 - i) MDK kan genomföras lokalt om både uroonkologisk kompetens samt urolog med RP-

kompetens finns tillgänglig. Om sådan kompetens saknas, eller om lokal MDK bedömer att behov finns att diskutera regionalt, ska fallet anmälas till regionala MDKn.

- ii) Presentation av fallet, dokumentation av diskussion och rekommendation sker av anmälande enhet.
 - iii) Patologipreparat och bilddiagnostik ska vb kunna demonstreras av specialist i patologi/radiologi.
 - iv) MDK har utbildningsvärde och personal under utbildning bör därför delta.
- 7) Inför behandlingsbeslut ska information om möjliga behandlingar ges på den urologienhet som genomför primärutredning och ger diagnosbesked enligt punkt 3 och 4 ovan. Definitivt behandlingsbeslut sker tillsammans med patient enligt NVP kap 10.1.4. på den behandlande enhet där behandling ska ske (urologi eller onkologienhet).
- a) Notera särskilt att
- i) Patienten ska informeras om rätten till ny medicinsk bedömning (second opinion), NVP kap 10.1.3.
 - ii) Patient som kan vara aktuell för kurativt syftande behandling ska erbjudas information av både uro-onkolog och urolog med erfarenhet av radikal prostatektomi inför behandlingsbeslut.
 - iii) Inför kurativt syftande behandling ska patienten erhålla NPCR:s ePROM-enkät.
 - iv) Patienter med begränsad regional lymfkörtelmetastasering, eller sk "oligometastatisk" spridning till skelettet, kan vara aktuella för lokal behandling och ska anmälas till MDK för diskussion enligt punkt 6 ovan.
 - v) Patienter med primärt spridd sjukdom (M1) kan vara aktuella för systemisk behandling och ska anmälas till MDK för diskussion enligt punkt 6 ovan.
 - vi) Fokalbehandling (tex HIFU) ska inte utföras utanför studieprotokoll.
 - vii) Patienter som, pga ålder eller komorbiditet, inte bedöms ha nytta av kurativt syftande behandling och inte har behov av omedelbar behandling (låg-/mellanriskcancer), ska rekommenderas expektans i första hand, NVP kap 10.1.4.
 - viii) Möjligheten till patientskola, i tillägg till individuellt besök inför behandlingsbeslut, bör vara ett komplement för verksamheterna i regionen.
- 8) Aktiv monitorering (AM) ska alltid rekommenderas vid mycket lågriskcancer och diskuteras som möjligt alternativ vid övrig lågriskcancer och i utvalda fall av mellanriskcancer. Handläggning sker på samtliga urologienheter (offentliga och privata) enligt 10.2.1
- a) Notera särskilt att
- i) Inför AM bör kompletterande systematiska biopsier ske som komplement till tidigare MR med efterföljande riktade enligt NVP kap 10.2.1.
 - ii) Uppföljning ska ske systematiskt enligt NVP kap 10.2.1.
 - iii) Individuell patientöversikt (IPÖ) finns idag tillgänglig, och bör användas för dessa patienter, för att underlätta strukturerad uppföljning.
- 9) Kurativt syftande behandling sker enligt beslutad nivåstrukturerad i regionen, se även kap 18. Patienten ska informeras om för- och nackdelar med de olika behandlingsalternativen enligt punkt 7 ovan.
- a) Notera särskilt att
- i) Bedömning av bäckenorganfunktion skall göras innan behandlingsbeslut. ePROM-enkät i IPÖ bör användas.
 - ii) Enheter som utför kurativt syftande behandling ska ha strukturerade rehabiliteringsprogram för biverkningar från urinvägar, tarm- och sexualfunktion.
 - iii) Min vårdplan ska uppdateras i samråd med patienten.
 - iv) Patienter med lokalt avancerad sjukdom (T3N0M0) ska anmälas till MDK för diskussion. Inklusion i SPCG-15 bör övervägas.

- 10) Radikal prostatektomi (RP) ska endast utföras av enheter som uppfyller krav enligt kap 18 och genomföras enligt 10.2.3.
- a) Notera särskilt att
- i) Det ska finnas minst två erfarna operatörer vid enheten som vardera utför mer än 25 ingrepp årligen. Enheten ska utföra minst 50 operationer per år.
 - ii) NPCR:s **utvidgade** enkät för RP ska ifyllas i samband med behandling.
 - iii) NPCR:s ePROM-enkät ska delas ut innan behandling och lokalt system för påminnelser vid uteblivna uppföljande enkäter bör ses över. Möjlighet för patienten att fylla i och påminnelsefunktion, finns tillgänglig via 1177. 12-månadersenkät distribueras också via 1177 för de som är anslutna och per brev för de som inte är anslutna till systemet.
 - iv) Patienter med T3N0M0 ska ej opereras utanför SPCG 15-studien, om inte särskilda skäl föreligger (se NVP kap 10.1.5). Samtliga lokalt avancerade tumörer ska diskuteras på MDK enligt punkt 6 ovan.
 - v) Evidens saknas för effekten av lymfkörtelutrymning i samband med RP. Lymfkörtelutrymning kan övervägas vid cancer mycket hög risk och vid misstänkt lymfkörtelmetastasering och ska då utföras med robotassisterad kirurgi och av operatör med stor erfarenhet.
 - vi) Uppföljning efter operation ska ske enligt 17.4.1. Initial uppföljning sker på opererande enhet. När patienten är stabil (PSA, biverkningar) kan fortsatt uppföljning ske av diagnosticerande urologienhet om den är annan än den opererande. Uppföljning sker i minst 10 år.
 - vii) Patienter med kvarstående svårt läckage efter 6 månader ska utredas enligt NVP kap 15.7 och sedan diskuteras med subspecialiserad urolog vid SU.
 - viii) Patienter med subjektivt svagt urinflöde under uppföljning ska utredas enligt 15.9.
- 11) Primär strålbehandling (RT) utförs av strålbehandlingsavdelningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Södra Älvsborgs sjukhus och ska genomföras enligt 10.2.4-8.
- a) Notera särskilt att
- i) NPCR:s enkät för primär RT ska fyllas i efter avslutad behandling.
 - ii) NPCR:s ePROM-enkät ska delas ut innan behandling och lokalt system för påminnelser vid uteblivna uppföljande enkäter bör ses över. Möjlighet för patienten att fylla i och påminnelsefunktion, finns tillgänglig via 1177. 12-månadersenkät distribueras också via 1177 för de som är anslutna och per brev för de som inte är anslutna till systemet.
 - iii) Lokalt avancerad sjukdom ska bedömas inför ev inklusion i SPCG 15.
 - iv) Säkra evidens saknas för effekten av att strålbehandla iliakala lymfkörtelstationer och ska inte utföras utanför studie eller rekommendation MDK.
 - v) Uppföljning efter strålbehandling ska ske enligt 17.4.1. Initial uppföljning (6 månader för patienter utan uttalade biverkningar, två år för övriga) sker alltid på ansvarig onkologienhet. Om patienten då är stabil (PSA och biverkningar) kan fortsatt uppföljning ske av diagnosticerande specialistenhet.
 - vi) Biverkningar, akuta och/eller sena, handläggs enligt NVP kap 15.8.1. Bedömningsmall inför ställningstagande till hyperbar syrgasbehandling (Bilaga 14 NVP) ska användas vid remittering till tryckkammarenheten SU/Östra.
- 12) Adjuvant/Salvagebehandling ska endast ske efter rekommendation på MDK och enligt NVP kap 10.3.3 och kap 11.
- a) Notera särskilt att
- i) NPCR:s enkät för primär/postoperativ RT ska fyllas i.
 - ii) NPCR:s ePROM-enkät ska delas ut innan behandling och lokalt system för påminnelser vid uteblivna uppföljande enkäter bör ses över. Möjlighet för patienten

att fylla i och påminnelsefunktion, finns tillgänglig via 1177. 12-månadersenkät distribueras också via 1177 för de som är anslutna och per brev för de som inte är anslutna till systemet.

- iii) Adjuvant RT kan övervägas efter RP vid >10mm växt av Gleason grad 5 i resektionsranden. För övriga opererade patienter bedöms salvage RT ha samma kurativa effekt med lägre grad av biverkningar.
- iv) PSMA-PET-DT kan övervägas i utvalda fall, efter diskussion på MDK, vid recidiv efter kurativt syftande behandling vid hög risk för spridning NVP kap 11.1.
- v) Efter avslutad postoperativ RT sker första kontroll hos uroonkolog efter 6 månader. Om patientendå är stabil (biverkningar) kan fortsatt uppföljning ske av diagnosticerande specialistenhet.
- vi) Misstänkt lokalt recidiv efter RT ska handläggas enligt NVP kap 11.2 och diskuteras på MDK då patient kan vara aktuell för kompletterande lokal behandling.

13) Sjukdomsspecifik behandling **utan kurativt syfte** ska ske enligt kap 12.

a) Notera särskilt att

- i) Patienter med nydiagnostiserad fjärrmetastaserad sjukdom ska diskuteras på MDK för rekommendation om systemisk behandling och/eller lokal strålbehandling (NVP kap 12.1 och 12.2) är aktuellt i tillägg till kastrationsbehandling. Dessa patienter ska, förutom skelettundersökning, genomgå DT thorax/buk och det är ENDAST dessa patienter som behöver komplettera med DT Thorax primärt.
- ii) Vid lågvolumssjukdom i hormonsensitiv fas skall tillägg av någon av Docetaxel/Abirateron (+ prednisolon) /Apalutamid/Enzalutamid övervägas. Av kostnadskäl bör Abirateron (+ prednisolon) övervägas i första hand av de endokrina behandlingarna. Lokal strålbehandling skall också övervägas.
- iii) Vid högvolumssjukdom i hormonsensitiv fas rekommenderas, för patienter som bedöms tåla trippelbehandling, behandling med Abirateron (+ prednisolon) och Docetaxel i tillägg till kastrationsbehandling. För övriga högvolumspatienter rekommenderas Abirateron (+ prednisolon) i första hand i tillägg till kastrationsbehandling.
- iv) Vid M1-sjukdom ska uppföljning med blodprov var 3:e månad.
- v) Vid M0-sjukdom är Bicalutamid förstahandsalternativ, både för högrisk och vid lokala symtom. Rekommendationer för hur män med ökande PSA-värden under singelbehandling med Bicalutamid bör handläggas finns i rekommendationsrutan NVP kap 10.4.
- vi) Osteoporosrisk ska värderas enligt NVP kap 15.12.
- vii) Sjukdomsförloppet för patienter som påbörjar hormonbehandling ska registreras och följas upp i IPÖ.

14) Kastrationsresistent prostatacancer (CRPC), både icke metastaserad (M0) och metastaserad (M1) ska behandlas enligt NVP Kap 13. Behandling och uppföljning sker på de enheter (onkolog/urologienhet) i regionen där tillräcklig kompetens finns.

a) Notera särskilt att

- i) Vid progress under hormonbehandling ska kontroll av S-testosteron samt skelettundersökning och CT thorax/buk göras.
- ii) Patienter med CRPC ska erbjudas ett multidisciplinärt omhändertagande och diskuteras på MDK. Samtliga patienter som bedöms kunna bli aktuella för någon av de behandlingar som omfattas av avsnitten 12.3.3–12.3.4 ska rekommenderas bedömning av onkolog.
- iii) Sjukdomsförloppet och ePROM för patienter med CRPC ska registreras och följas upp i IPÖ.

15) Omvårdnad och Rehabilitering ska ske fortlöpande på samtliga urologienheter (offentliga

och privata) samt onkologenheter enligt NVP kap 15.

a) Notera särskilt att

- i) Kontaktsjuksköterska ska finnas vid samtliga enheter som utreder och omhändertar patienter med prostatacancer (SOU 2009:11 samt Hälso- och sjukvårdslagen 1982:736) och ha ett skriftligt uppdrag av verksamhetschef. Kontaktsköterskan ska ha genomgått lämplig utbildning.
- ii) Vid remiss till hemsjukvård från specialistvård ska respektive vårdgivares ansvar tydligt framgå.
- iii) Om patienten vid utskrivning från slutenvård bedöms ha behov av både insatser från landsting och kommun ska en Samordnad Individuell Planering (SIP) genomföras enligt Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård (2017:612).
- iv) Samtliga enheter som utreder och omhändertar patienter med prostatacancer ska ha tillgång till rehabiliteringsteam för att skapa ett för patienten individuellt rehabiliteringsprogram inklusive möjlighet att träffa kurator, fysioterapeut, uroterapeut, sexolog och dietist, se 15.4.2. Rehabiliteringsprogrammets innehåll ska framgå i min vårdplan.
- v) RMR för prostatacancer skall följa ”RMR för omvårdnad och rehabilitering” till fullo.

16) Palliativ vård. Handläggningen bör ske enligt NVP kap 14 och i enlighet med [Nationell vårdplan för palliativ vård](#) samt kommande [länsgemensam medicinsk riktlinje för tillämpning av nationellt vårdprogram för palliativ vård](#).

a) notera särskilt att

- i) För de patienter på särskilda boenden, korttidsboenden eller där kommunen är inkopplad för hemsjukvård har primärvården ansvaret för att symtomskatta patienter, upprätta medicinska vårdplaner ge adekvata trygghetsordinationer, erbjuda hembesök och kontakta specialiserad vård vid otillräcklig symtomkontroll trots behandlingsförsök.

Kvalitetsuppföljning

Ledtider, behandlingsinnehåll och uppföljning av män som utreds och behandlas för prostatacancer inom Region Väst ska registreras i Nationella prostatacancerregistret (NPCR) inklusive Individuell Patientöversikt prostatacancer (IPÖ PC) för att kunna kvalitetssäkra vårdförloppet både vad gäller det enskilda vårdförloppets ingående ledtider och olika delmoment. Kvalitetsindikatorer och följsamhet till riktlinjer kan enkelt följas i realtid genom NPCRs ”Koll på läget”, ”RATTEN” och IPÖ PC.

Innehållsansvariga

Johan Stranne, Regional Processägare PC, VO Urologi, SU/Sahlgrenska

Jon Kindblom, Regional Processägare PC, VO Onkologi, SU/Sahlgrenska

Marianne Sanderöth, Ordförande Omvårdnadsgrupp PC, VO Urologi, SU/Sahlgrenska

Sofia Nordgren, Ordförande Omvårdnadsgrupp PC, PC-teamet, NU-sjukvården

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Jon Kindblom, (jonki1), Överläkare

Granskad av: Jon Kindblom, (jonki1), Överläkare

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-365

Version: 3.0

Giltig från: 2025-02-24

Giltig till: 2025-11-01