

Prostatacancer

Beskrivning av standardiserat vårdförlopp

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2014-12-17	Slutlig version
2015-12-21	Uppdateringar fastställda av SKL:s beslutsgrupp, se 1.1
2016-10-24	Reviderad version fastställd av SKL:s beslutsgrupp, se 1.1
2016-12-14	Små ändringar i samband med korrekturläsning

Rekommendationer utarbetade av nationell arbetsgrupp och fastställda av SKL:s beslutsgrupp 2016-10-24.

Standardiserat vårdförlopp för prostatacancer

ISBN: 978-91-87587-09-2

Innehållsförteckning

1.	Introduktion	4
1.1	Förändringar jämfört med tidigare version	4
1.2	Syfte med standardiserade vårdförlopp	4
1.3	Om prostatacancer	5
1.4	Flödesschema för vårdförloppet.....	6
2.	Ingång till standardiserat vårdförlopp.....	7
2.1	Misstanke	7
2.2	Undersökning av män utan symtom.....	7
2.3	Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp	7
2.4	Remiss till utredning vid välgrundad misstanke	8
2.5	Kommunikation och delaktighet	8
3.	Utredning och beslut om behandling	9
3.1	Utredningsförlopp.....	9
3.2	Multidisciplinär konferens (MDK)	9
3.3	Klassifikation och beslut om behandling	10
3.4	Omvårdnad, rehabilitering och understödande vård	10
3.5	Kommunikation och delaktighet	10
4.	Behandling	11
5.	Uppföljning	11
6.	Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp.....	11
6.1	Ledtider för nationell uppföljning	11
6.2	Ingående ledtider	12
6.3	Indikatorer för nationell uppföljning	13
6.4	Indikatorer för kvalitet	13
7.	Generellt om standardiserade vårdförlopp	14
7.1	Nationellt vårdprogram	14
7.2	Inklusion i standardiserat vårdförlopp	14
7.3	Utredningsförloppet	14
7.4	Inklusion i kliniska studier	14
7.5	Ledtider	15
7.6	Koordinatorsfunktion	15
7.7	Samarbete över landstingsgränser.....	15
7.8	Uppdatering.....	15
8.	Arbetsgruppens sammansättning.....	16

1. INTRODUKTION

1.1 Förändringar jämfört med tidigare version

Detta standardiserade vårdförlopp togs fram som en av fem pilotdiagnoser under 2014. Inför årsskiftet 2015/2016 infördes mindre revideringar. Denna mer omfattande revidering innebär att strukturen följer de nyare vårdförloppen samt att följande har ändrats:

- 1.3 Statistik över antal cancerfall är uppdaterad.
- 2.1 Under misstanke har ärftlighet lagts till, hematospermi tagits bort och kriterierna för vattenkastningsbesvär förenklats.
- 2.2 Initial handläggning av män utan symtom kvarstår, men beskrivningen är ersatt av en hänvisning till vårdprogrammet. Ett förhöjt PSA enligt tabell innebär välgrundad misstanke efter första provet och ska inte som tidigare leda till omprov.
- 2.3 Välgrundad misstanke: Gränsvärdena för PSA gäller nu samtliga män och inte bara män med symtom.
- 3.1 Utredningen inleds rutinemässigt med förnyat PSA-prov.
Blocken är omfördelade för att bättre spegla patientens process.
Multidisciplinär mottagning är infört som ett alternativ till MDK.
Beskrivningen av vilka patienter som ska genomgå bilddiagnostik har förenklats.
- 3.2 Beskrivningen av MDK hänvisar till vårdprogrammet.
- 3.3 Beskrivningen av beslut om behandling vid låg- och mellanriskcancer är ändrad.
- 4 Text om behandling är struken eftersom behandlingen inte ingår i det standardiserade vårdförloppet.
- 5 Text om uppföljning är struken eftersom uppföljningen inte ingår i det standardiserade vårdförloppet.
- 6.1 Ledtiderna för nationell uppföljning är uppdelade på behandlingsmetod och inte patientgrupp. Fler tidsintervall är införda. Tiderna gäller alltså vid såväl högrisk som låg- och mellanrisk.
- 6.2 De ingående ledtiderna är omräknade och uppdelade på intervall som beskriver hela processen.
- 8 Arbetsgruppen omfattar de personer som arbetat med revideringen.

1.2 Syfte med standardiserade vårdförlopp

Syftet med standardiserade vårdförlopp är att alla som utreds för cancermisstanke ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödigt väntetid oavsett var i landet patienten söker vård. Det innebär att samtliga steg i processen och samtliga ledtider är beräknade utifrån vad som är värdeskapande tid ur patientens perspektiv, alltså hur många dagar som krävs för att genomföra optimal handläggning och medicinsk behandling, men utan hänsyn till nuvarande organisation och arbetssätt. Vid implementering ansvarar respektive landsting för att skapa en organisation och resurser som möjliggör genomförande.

1.3 Om prostatacancer

Det standardiserade vårdförloppet gäller prostatacancer, C61.9.

Prostatacancer är den vanligaste cancersjukdomen i Sverige och den vanligaste cancerrelaterade dödsorsaken bland män. Omkring 93 000 svenska män lever med diagnosen. Varje år diagnostiseras cirka 11 000 män i Sverige med prostatacancer och cirka 2 400 dör av sjukdomen. Förekomsten ökar kraftigt med stigande ålder. Mer än var femte svensk man som når 80 års ålder får diagnosen, medan sjukdomen är sällsynt före 50 års ålder. De flesta män som får diagnosen prostatacancer har inga symtom av cancer. De har fått sin diagnos på grund av ett förhöjt PSA-värde (blodprov som visar förhöjda värden vid alla prostatasjukdomar) i samband med utredning för godartad prostataförstoring eller vid hälsokontroll. En mindre andel diagnostiseras hos män med vattenkastningsbesvär, skelettsmärter eller andra symtom orsakade av cancer.

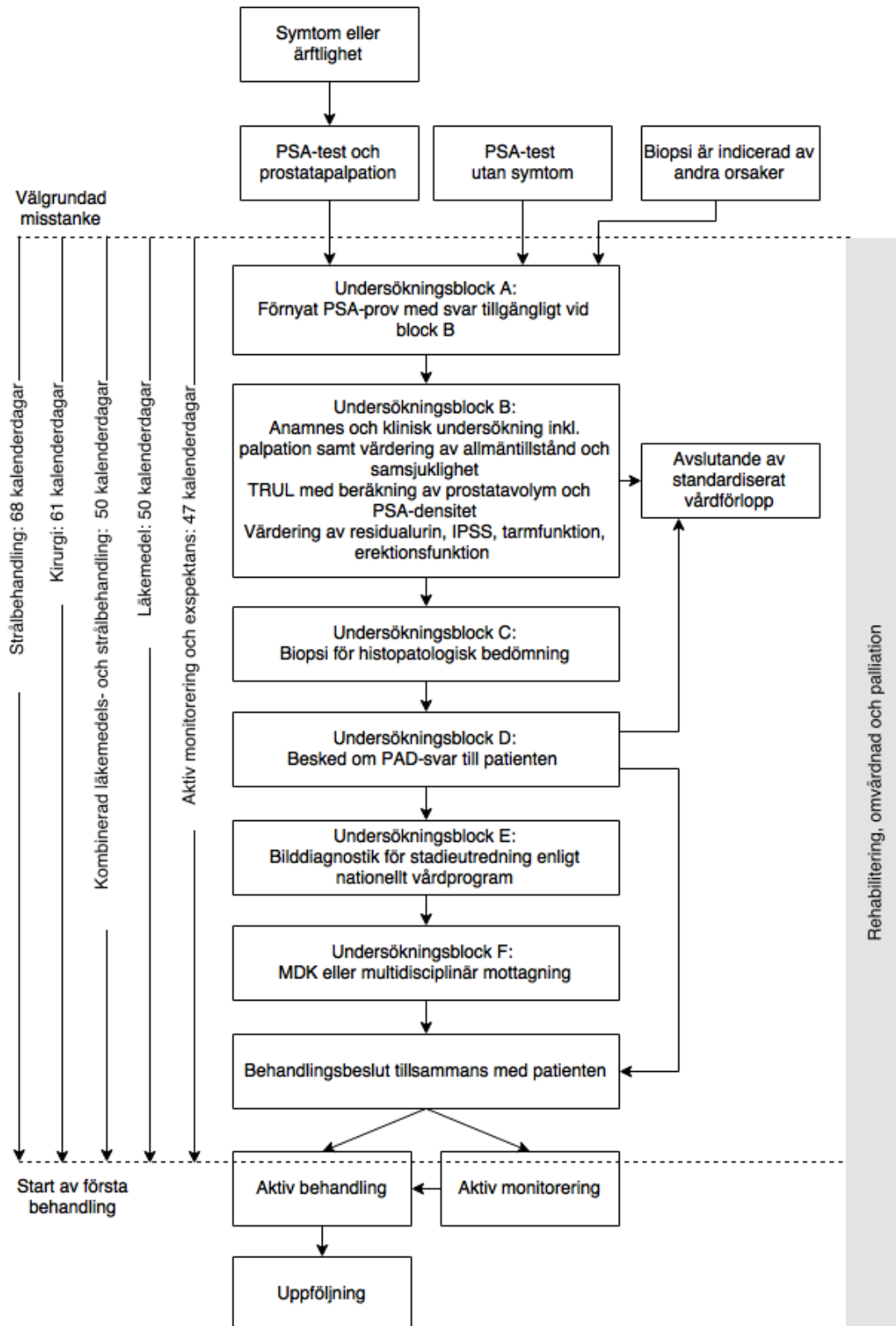
Det pågår inte någon organiserad screening för prostatacancer i Sverige. Trots detta har över hälften av de svenska männen över 50 års ålder tagit ett eller flera PSA-prov. Socialstyrelsen rekommenderar därför att landstingen utvärderar modeller för systematisk information om PSA-prov för män mellan 50 och 70 års ålder, med efterföljande organiserad testning för de män som önskar regelbundna prov. Eftersom denna verksamhet endast är på planeringsstadiet omfattas den inte av det standardiserade vårdförloppet.

En mycket stor andel av den prostatacancer som diagnostiseras efter PSA-testning är så kallad lågrisk eller mellanrisk, med god prognos på många års sikt även utan behandling. Många män med lågrisk- eller mellanriskprostatacancer ska inte behandlas, utan bara följas upp. Det finns vanligen flera olika behandlingar att välja mellan: operation, yttre strålbehandling eller inre strålbehandling. Det är från medicinsk synvinkel ingen brådska med behandlingsbeslutet. Utredning för stadiindelning är sällan motiverad. För vissa män är en lång tid för behandlingsdiskussioner värdeskapande.

Högriskprostatacancer medför däremot en betydande dödlighet inom 5–10 år från diagnos. Många patienter har spridd sjukdom redan vid diagnos, vilket ställer krav på bilddiagnostik för stadiutredning. De flesta som inte har spridd sjukdom kan behandlas med antingen operation, strålbehandling eller hormonell behandling. Detta ställer höga krav på multidisciplinärt omhändertagande. Handläggningen ska därför diskuteras vid en multidisciplinär konferens (MDK). Många av dessa män behöver diskutera sin behandling med både en urologisk kirurg och en onkolog.

Prostatacancer med konstaterad spridning behandlas medicinskt med hormonellt verkande läkemedel eller kirurgisk kastration.

1.4 Flödesschema för vårdförloppet



2. INGÅNG TILL STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP

2.1 Misstanke

Hos män över 40 år ska följande föranleda misstanke om prostatacancer:

- ärftlighet enligt nationellt vårdprogram
- tilltagande skelettsmärter
- skelettmetastaser utan känd primärtumör
- behandlingskrävande vattenkastningsbesvär hos män med förväntad överlevnad > 10 år
- observera att malignitetsmisstänkt palpationsfynd i prostatakörteln alltid innebär välgrundad misstanke.

Vid misstanke ska följande utföras:

- riktad anamnes avseende ärftlighet, vattenkastningsbesvär och skelettsymtom
- prostatapalpation
- PSA-prov.

2.2 Undersökning av män utan symtom

Symtomfria män som själva efterfrågar en prostatakontroll eller ett PSA-test ska få ta del av Socialstyrelsens PSA-broschyr och därefter handläggas enligt nationellt vårdprogram.

Om undersökningen ger välgrundad misstanke om prostatacancer ska patienten remitteras till utredning enligt det standardiserade vårdförloppet.

2.3 Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- PSA över gränsvärdet (se tabell)
- malignitetsmisstänkt palpationsfynd (förhårdnad i prostatakörteln)
- urolog bedömer att det finns indikation för prostatabiopsi (ej vid ombiopsi av patienter med känd prostatacancer).

Ålder	Gränsvärden för PSA
< 70 år	$\geq 3 \mu\text{g/l}$
70–80 år	$\geq 5 \mu\text{g/l}$
> 80 år	$\geq 7 \mu\text{g/l}$

2.4 Remiss till utredning vid välgrundad misstanke

Remissen ska innehålla

- anamnes, ange särskilt
 - symtom eller fynd som ligger till grund för välgrundad misstanke
 - företagen utredning
 - allmäntillstånd och samsjuklighet
 - tidigare sjukdomar och behandlingar
 - läkemedel (särskilt trombocythämmare eller antikoagulantia)
 - social situation, eventuella språkhinder eller funktionsnedsättningar
- kontaktuppgifter för patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).

2.5 Kommunikation och delaktighet

Den som remitterar till utredning (vid välgrundad misstanke) ska informera patienten om

- att det finns anledning att göra fler undersökningar för att ta reda på om patienten har eller inte har cancer
- vad ett standardiserat vårdförlopp innebär och vad som händer i den inledande fasen
- att patienten kan komma att kallas till utredning snabbt och därför bör vara tillgänglig på telefon
- att sjukvården ofta ringer från dolt nummer.

Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att patienten har förstått innehållet i och betydelsen av informationen. Informationen ska ges vid ett fysiskt möte om man inte kommit överens om annat.

3. UTREDNING OCH BESLUT OM BEHANDLING

3.1 Utredningsförlopp

Block A	Block B (första besök i specialiserad vård)
Förnyat PSA-prov med svar tillgängligt vid block B	Anamnes och klinisk undersökning inkl. palpation samt värdering av allmäntillstånd och samsjuklighet TRUL med beräkning av prostatavolym och PSA-densitet Värdering av residualurin, IPSS, tarmfunktion, erektionsfunktion
Block C	Block D
Biopsi för histopatologisk bedömning	Besked om PAD-svar till patienten
Block E	Block F
Bilddiagnostik för stadiutredning enligt nationellt vårdprogram	MDK eller multidisciplinär mottagning

Resultat av block A och B	Åtgärd
Cancermissstanken kvarstår	Block C utförs vid samma besök. Block D bokas, ev. även E.
Cancermissstanken kan avskrivas	Det standardiserade vårdförloppet avslutas
Resultat av A, B och C	Åtgärd
Högriscancer konstateras eller misstänks	E och F utförs
Låg- eller mellanriskcancer konstateras	Behandlingsdiskussion inleds utan vidare undersökningar
Ingen cancer påvisas	Det standardiserade vårdförloppet avslutas och ev. uppföljning planeras

3.2 Multidisciplinär konferens (MDK)

MDK ska genomföras i de situationer och med de deltagare som anges i det nationella vårdprogrammet.

3.3 Klassifikation och beslut om behandling

Konstaterad prostatacancer ska klassificeras (stadieindelas) enligt TNM-systemet och riskgrupperas enligt det nationella vårdprogrammet.

Beslut om behandlingsrekommendation ska fattas vid MDK eller vid en multidisciplinär mottagning i de fall som anges i det nationella vårdprogrammet. I övriga fall fattas beslutet av behandlande läkare.

Beslutet om behandling ska fattas tillsammans med patienten och med de närstående om patienten önskar det.

Beslutet om behandling vid låg- och mellanriskcancer kan kräva upprepade behandlingsdiskussioner och även en ny medicinsk bedömning (second opinion). Processen som leder fram till behandlingsbeslutet ska anpassas efter den enskilde patientens behov och önskemål. Patienten ska erbjudas stöd i att fatta beslutet, t.ex. genom samtal med en kurator och kontaktsjuksköterska. Beslutet bör dock inte fattas redan i samband med diagnosbeskedet.

Om en patient med låg- eller mellanriskcancer vill skjuta på sitt behandlingsbeslut längre än 21 dagar från PAD-beskedet ska detta märkas som patientvald väntan.

3.4 Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård

Patienten ska tilldelas och sammanföras med en namngiven kontaktsjuksköterska i samband med diagnosbeskedet. Kontaktsjuksköterskan ska arbeta enligt nationell arbetsbeskrivning.

Rehabilitering och palliativa insatser bör övervägas tidigt i sjukdomsprocessen, se [det nationella vårdprogrammet för rehabilitering](#) och [det nationella vårdprogrammet för palliativ vård](#).

Patienter ska uppmanas att avstå från rökning samt vara måttfulla i sin alkoholkonsumtion före kurativt syftande behandling, och erbjudas professionell hjälp att klara detta.

3.5 Kommunikation och delaktighet

Alla beslut om utredning och behandling ska ske i samråd med patienten, och även med de närstående om patienten önskar. Patienten ska vid behov erbjudas professionell tolk.

Diskussionen om behandling bör ske vid upprepade tillfällen om det finns flera behandlingsalternativ.

Patienterna ska informeras i enlighet med [patientlagen \(kapitel 3\)](#) och få muntlig och skriftlig information om

- resultatet av biopsin (de ska erbjudas att få svar vid ett mottagningsbesök)
- vad diagnosen innebär
- vilka behandlingsstrategier som kan vara aktuella, inklusive behandlingarnas syfte och biverkningar; patientinformation i det nationella vårdprogrammet bör delas ut om kurativt syftande behandling kan vara aktuell
- att de har rätt till en ny medicinsk bedömning ("second opinion")
- vad som är nästa steg i det standardiserade vårdförloppet
- hur de kan kontakta sjukvården vid frågor
- var de kan få ytterligare information och stöd, t.ex. genom patientföreningar.

Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av informationen.

4. BEHANDLING

Se nationellt vårdprogram.

5. UPPFÖLJNING

Se nationellt vårdprogram.

6. INDIKATORER FÖR UPPFÖLJNING AV STANDARDISERAT VÅRDFÖRLOPP

6.1 Ledtider för nationell uppföljning

Följande ledtider används för nationell uppföljning av det standardiserade vårdförloppet:

Från	Till	Tid
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, kirurgi	61 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, strålbehandling	68 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, läkemedel	50 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, kombinerad läkemedels- och strålbehandling	50 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, aktiv monitorering	47 kalenderdagar
Beslut välgrundad misstanke	Start av första behandling, expektans	47 kalenderdagar

6.2 Ingående ledtider

Ledtiderna för nationell uppföljning bedöms förutsätta följande ingående ledtider. Syftet med sammanställningen är att göra processen överskådlig, men landstingen har endast i uppgift att följa den ledtid som anges under 6.1.

Grupp	Från	Till	Tid
Alla	Beslut välgrundad misstanke	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	1 kalenderdag
	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	Block B	14 kalenderdagar
	Block B	Block D (möte med patienten för PAD-besked)	11 kalenderdagar
Högrisk	Block D	Block F (MDK) (inkl. utförande av block E)	14 kalenderdagar
	Block F (MDK)	Behandlingsbeslut med patienten	7 kalenderdagar
Låg- och mellanrisk	Block D	Behandlingsbeslut med patienten	21 kalenderdagar
Alla	Behandlingsbeslut med patienten	Start av första behandling, kirurgi	14 kalenderdagar
	Behandlingsbeslut med patienten	Start av första behandling, strålbehandling	21 kalenderdagar
	Behandlingsbeslut med patienten	Start av första behandling, läkemedel	3 kalenderdagar
	Behandlingsbeslut med patienten	Start av första behandling, kombinerad läkemedels- och strålbehandling	3 kalenderdagar
	Behandlingsbeslut med patienten	Start av första behandling, aktiv monitorering	0 kalenderdagar (sammanfaller med behandlingsbeslutet)
	Behandlingsbeslut med patienten	Start av första behandling, expektans	0 kalenderdagar (sammanfaller med behandlingsbeslutet)

Om patienten önskar en ny medicinsk bedömning (second opinion) ska denna erbjudas inom 14 kalenderdagar. Detta kan registreras som patientvald väntan.

Som datum för behandlingsbeslut räknas den dag då man i samråd med patienten sätter upp denne för behandling.

6.3 Indikatorer för nationell uppföljning

Följande indikatorer används för uppföljningen av det standardiserade vårdförloppet:

Indikator
Antal remisser (vårdbegäran) från primärvård respektive specialiserad vård som märkts med ”standardiserat vårdförlopp för prostatacancer”
Andel patienter av de som anmälts till standardiserat vårdförlopp som fått diagnosen prostatacancer
Andel patienter av de som fått diagnosen prostatacancer som anmälts till standardiserat vårdförlopp

6.4 Indikatorer för kvalitet

Patienternas upplevelse av att utredas enligt standardiserat vårdförlopp kommer att följas och utvärderas genom PREM-enkäter.

Följande indikatorer används för uppföljningen av vårdkvaliteten:

Indikator	Målvärde
Rapporterad till NPCR (kirurgi och onkologi)	
Kontaktsjuksköterska (kirurgi och onkologi)	
Skelettundersökning högriskcancer (kirurgi)	
Aktiv monitorering av cancer med mycket låg risk (kirurgi)	
Multidisciplinär konferens vid högriskcancer (kirurgi och onkologi)	
Kurativ behandling vid lokaliserad högriskcancer (kirurgi och onkologi)	
Nervsparande resektion (kirurgi)	
Negativa resektionsränder (kirurgi)	
Kurativ behandling vid lokalt avancerad högriskcancer (onkologi)	
Adjuvant hormonbehandling av strålbehandlade män med lokaliserad högrisk samt lokalt avancerad cancer (onkologi)	
Användning av magnetresonanstomografi (MR) som stöd vid definition av target (onkologi)	

7. GENERELLT OM STANDARDISERADE VÅRDFÖRLOPP

7.1 Nationellt vårdprogram

Det standardiserade vårdförloppet gäller för vuxna patienter. Det bygger på det nationella vårdprogrammet som fastställts av Regionala cancercentrum i samverkan. I vårdprogrammet finns beskrivningar av och rekommendationer för vårdförloppets delprocesser samt hänvisningar till vetenskapligt underlag. Det finns ingen konflikt mellan innehållet i vårdprogrammet och det standardiserade vårdförloppet.

Se även de nationella vårdprogrammen för [rehabilitering](#) respektive [palliativ vård](#), för underlag till rekommendationer på dessa områden.

7.2 Inklusion i standardiserat vårdförlopp

Välgrundad misstanke ska i detta sammanhang tolkas som kriterier för utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vid välgrundad misstanke ska patienten remitteras till en utredning enligt det standardiserade vårdförloppet. Varje landsting ansvarar för att tydliggöra hur remissgången ska gå till.

Det kan finnas tillfällen då man trots att kriterierna är uppfyllda inte bör remittera patienten, om patienten inte önskar att bli utredd i standardiserat vårdförlopp eller om patienten inte bedöms klara av utredningen.

Även när kriterierna för välgrundad misstanke inte är uppfyllda kan diagnosen misstänkas. Patienten ska då remitteras till utredning enligt ordinarie remissrutiner.

Målet är att så många som möjligt av de patienter som har fått diagnos ska ha utretts enligt det standardiserade vårdförloppet. Framtida utvärderingar av *välgrundad misstanke* kommer att kunna leda till en justering av definitionen för att inkludera så många som möjligt utan att utreda patienter i onödan.

Av de utredningar som startas vid välgrundad misstanke kommer många att resultera i att cancermisstanken avskrivs och vårdförloppet avslutas. De patienter som har fortsatt behov av utredning ska tas om hand av den enhet som inlett utredningen eller remitteras till en annan enhet som är bättre lämpad.

7.3 Utredningsförloppet

I vissa fall kommer patienter att ha genomgått vissa undersökningar när utredningsförloppet inleds. Det innebär att man i de fallen inte behöver upprepa en adekvat genomförd undersökning.

7.4 Inklusion i kliniska studier

Patienter bör erbjudas plats i kliniska studier när sådana finns. Om studierna påverkar ledtiderna finns möjlighet att markera detta som en avvikelse i samband med att ledtiderna rapporteras.

7.5 Ledtider

Hos vissa av patienterna finns samsjuklighet eller andra faktorer som kräver stabiliserande åtgärder eller individualiserad utredning inför behandlingsbeslut, vilket kan innebära längre tid till start av första behandling. Det är överordnat att patienterna får en god vård även om det innebär längre ledtider.

Den enskilda patienten kan också tacka nej till ett erbjudet utrednings- eller behandlingsdatum av personliga skäl, vilket leder till längre ledtider.

När särskilda skäl finns bör detta noteras i journalen.

7.6 Koordinatorsfunktion

Syftet med koordinatorsfunktionen är att säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid. Hur funktionen ska bemannas och organiseras beslutar och utvecklar man lokalt, anpassat till de lokala förhållandena. Koordinatorsfunktionen behöver inte bemannas av samma person under hela förloppet.

Det ska finnas förbokade tider för undersökningar och behandlingar som koordinatorsfunktionen använder för att boka in patienten i hela vårdförloppet.

7.7 Samarbete över landstingsgränser

För att vården ska vara sammanhållen och utan onödiga väntetider för patienten kommer införandet av standardiserade vårdförlopp att ställa stora krav på samarbete mellan landsting. Vid införandet bör man tidigt identifiera de delar av vårdförloppet som kräver samverkan med andra landsting. Angående kvalitetskrav och behov av kringresurser, se aktuellt vårdprogram under rubriken Underlag för nivåstrukturering.

Enligt patientlagen som gäller från januari 2015 har patienten rätt att få öppenvård i valfritt landsting.

7.8 Uppdatering

Arbetsgruppen kommer att se över det standardiserade vårdförloppet årligen och uppdatera det vid behov.

8. ARBETSGRUPPENS SAMMANSÄTTNING

Ove Andrén, ordförande, professor, urolog, Universitetssjukhuset Örebro, RCC Uppsala-Örebro

Göran Ahlgren, med.dr, urolog, Skånes universitetssjukhus, Lund, RCC Syd

Gustaf Allerstrand, allmänläkare, Täby Centrum Doktorn

Anna-Carin Börjedahl, urologisjuksköterska, Helsingborgs lasarett

Stefan Carlsson, docent, urolog, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna, RCC Stockholm-Gotland

Lars Egevad, professor, patolog, Karolinska institutet, Stockholm

Marie Hjälms-Eriksson, onkolog, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna, RCC Stockholm-Gotland

Per Fransson, docent, onkologisjuksköterska, Norrlands universitetssjukhus

Viktoria Gaspar, patolog, Helsingborgs lasarett

Fredrik Jäderling, röntgenläkare, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Kent Lewén, patientrepresentant, Prostatacancerförbundet

Ingela Franck Lissbrant, med.dr, onkolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

David Robinson, med.dr, urolog, Urologkliniken Region Jönköpings län, RCC Sydöst

Marianne Sanderöth, urologisjuksköterska, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Johan Stranne, docent, urolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, RCC Väst

Camilla Thellenberg Carlsson, med.dr, onkolog, Norrlands universitetssjukhus, RCC Norr

Calle Waller, patientrepresentant, vice ordförande i Prostatacancerförbundet