

Cancer i urinblåsan och övre urinvägarna

Standardiserat vårdförlopp

2021-12-07 Version 3.0

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2014-12-17	Slutlig version
2015-12-21	Ändringar fastställda av SKL:s beslutsgrupp
2018-02-27	Version 2.0 fastställd av SKL:s beslutsgrupp
2021-12-07	Version 3.0 fastställd av RCC i samverkan

Rekommendationer utarbetade av nationell arbetsgrupp och fastställda av RCC i samverkan 2021-12-07

Standardiserat vårdförlopp för cancer i urinblåsan och övre urinvägarna

Innehållsförteckning

Kapitel 1	
Introduktion	4
Förändringar jämfört med tidigare version	4
Inledning.....	4
Om cancer i urinvägarna	4
Flödesschema för vårdförloppet	6
Kapitel 2	
Ingång till standardiserat vårdförlopp	7
Misstanke.....	7
Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp.....	7
Remiss till utredning vid välgrundad misstanke	8
Kommunikation och delaktighet.....	8
Kapitel 3	
Utredning och beslut om behandling	9
Utredningsförlopp	9
Multidisciplinär konferens (MDK)	10
Klassifikation och beslut om behandling	10
Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård	10
Kommunikation och delaktighet.....	11
Kapitel 4	
Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp	12
Ledtider för nationell uppföljning	12
Ingående ledtider.....	13
Indikatorer för nationell uppföljning	13
Indikatorer för kvalitet	14
Kapitel 5	
Generellt om standardiserade vårdförlopp	15
Nationellt vårdprogram	15
Inklusion i standardiserat vårdförlopp	15
Hantering av recidiv (återfall).....	15
Utredningsförloppet	16
Inklusion i kliniska studier	16
Ledtider	16
Koordinatorsfunktion	16
Samarbete över regiongränser	16
Uppdatering.....	16
Kapitel 6	
Arbetsgruppens sammansättning	17

KAPITEL 1

Introduktion

Förändringar jämfört med tidigare version

Sedan förra versionen har en kommentar infogats under välgrundad misstanke om kvinnor 40 år och yngre med förstagångs klassisk hemorrhagisk cystit. Kriterierna för välgrundad misstanke är oförändrade, nationella epidemiologiska studier pågår.

Bakgrundsinformation har uppdaterats avseende incidens och prevalens med aktuella data.

I utredningsdelen har rekommendation om utförande av FDG-PET- DT före TURB tillkommit.

Flödesschemat uppdaterat med ovanstående ändring. Layout, struktur och standardtexter följer 2021 års mall. Arbetsgruppens sammansättning är uppdaterad.

Inledning

Syftet med standardiserade vårdförlopp är att alla som utreds för cancermisstanke ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödig 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 region för att skapa organisation och resurser som möjliggör genomförande.

Om cancer i urinvägarna

Urotelial cancer kan manifesteras sig i hela urinvägarna från njurbäcken till uretra, men urinblåsecancer är den helt dominerande uroteliala tumören. Incidensen av urinblåsecancer varierar mellan olika länder och världsdelar. I Sverige har vi en incidens på cirka 3200 fall per år och varje år dör 700 individer till följd av urinblåsecancersjukdomen. Samtidigt är prevalensen, d.v.s. antalet individer som lever med diagnosen urotelial cancer (urinblåsecancer (C67.9) och övrig urotelial cancer i njurbäcken (C.65.9), urinledare (C.66.9) och urinrör (C.68.0)) i Sverige, 25 850 per den 31 december 2016 (<http://www.dep.iarc.fr/nordcan/English/frame.asp>).

Alla patienter med cancer i urinvägarna hänvisas till en urologisk enhet som ställer diagnos tillsammans med en röntgenklinik och patologavdelning. Alla patienter kontrolleras på den urologiska enheten eller vid onkologisk enhet, ofta efter 3 månader, och därefter utifrån risken för återfall med olika kontrollintervall, i många fall under resten av livet. Hos ungefär 15–30 procent av patienterna sprider sig sjukdomen via blodbanan eller lymfvägarna och ger upphov till spridd (metastaserad sjukdom), eller så kan sjukdomen sprida sig genom att växa in i omgivande organ. Dessa patienter bedöms och behandlas under en period på en onkologklinik, innan patienterna remitteras tillbaka till den urologiska enheten. Merparten av patientkontakten för patienter med cancer i urinvägarna sker på en urologisk enhet (90 procent). Det standardiserade vårdförloppet kommer därför ha störst konsekvens för urologiska enheter och de kliniker som är involverade i utredning och behandling som beskrivits ovan.

Detta standardiserade vårdförlopp omfattar alla patienter med välgrundad misstanke om eller påvisad cancer i urinvägarna. Tre av fyra patienter med blåscancer har synligt blod i urinen (makroskopisk hematuri) som debutsymtom.

Årligen utförs i Sverige 2 800 TURB-operationer (transuretral resektion av blåstumör) för nydiagnostiserad blåscancer. Vidare drabbas 50 procent av patienterna med icke-muskelinvasiv blåscancer, som utgör cirka 75 procent av all blåscancer, vid minst ett tillfälle av lokalt återfall i blåsan inom 5 år från diagnos. De som inte kan behandlas i lokalbedövning på urologmottagning fordrar då en ny TURB-operation.

Utifrån en populationsbaserad ($n = 250\,000$) studie från Västsverige beräknas varje år 1 av 1 000 individer insjukna med synligt blod i urinen, det vill säga cirka 9 000 individer per år i hela Sverige. Den vanligaste cancerformen som diagnostiseras vid detta alarmsymtom är blåscancer (25–30 procent), men även cancer i urinledare, njurbäcken och njure kan förekomma som malign förklaring, medan en tredjedel uppvisar en annan men godartad urologisk sjukdom som orsak till synligt blod i urinen. De vanligaste godartade förklaringarna till blod i urinen är sten i urinvägarna, godartad prostataförstoring, urinvägsinfektion och förträngning i urinröret. Bara 20–30 procent av de patienter som utreds för synligt blod i urinen har ett negativt utfall.

KAPITEL 2

Ingång till standardiserat vårdförlopp

Misstanke

De symtom som listas nedan definierar en välgrundad misstanke om urinblåsecancer.

Observera att blodförtunnande medicinering inte minskar sannolikheten för att individer med makroskopisk hematuri enligt definitionerna nedan har en bakomliggande urinblåsecancer.

För bakteriuri är kunskapsläget oklart men opublicerade svenska populationsbaserade SVF-data visar att variationen cancer är 1–12 procent för patienter med makroskopisk hematuri och samtidig bakteriuri.

Välgrundad misstanke – kriterier för start av utredning enligt standardiserat vårdförlopp

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande fynd:

- makroskopisk hematuri (vid ett eller flera tillfällen) hos individer 50 år eller äldre
- misstanke om urinblåsecancer eller tumör i övre urinvägarna vid bilddiagnostik eller cystoskopi i samband med annan utredning.

Vid välgrundad misstanke ska patienten remitteras till en urologisk enhet för utredning enligt det standardiserade vårdförloppet. Enheten ska omedelbart bekräfta mottagandet av remissen och övertagandet av ansvar.

Det bör möjliggöras för patienter med makroskopisk hematuri att kontakta en urologisk enhet eller liknande direkt utan att söka via primärvården.

Observera att individer med makroskopisk hematuri under 50 års ålder också ska utredas, men då risken för bakomliggande cancer är mindre ska hematurin inte föranleda SVF-remiss. Kvinnor 40 år och yngre med förstagångs hemorrhagisk cystit som blir symtomfria på behandling behöver inte utredas för tumör i urinkanalen, då mer än varannan förstagångsurinvägsinfektion har samtidig makrohematuri.



Remiss till utredning vid välgrundad misstanke

Remissen ska innehålla

- anamnes, ange särskilt
 - symtom som ligger till grund för den välgrundade misstanken
 - samsjuklighet (särskilt diabetes och allergier)
 - tidigare sjukdomar och behandlingar
 - läkemedel (särskilt antikoagulantia och metformin)
 - längd och vikt
 - social situation samt eventuella språkhinder eller funktionsnedsättningar
- kontaktuppgifter för patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).

Kommunikation och delaktighet

Den som remitterar 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.

KAPITEL 3

Utredning och beslut om behandling

Utredningsförlopp

Vid mottagande av remiss ska patienten bokas för DT-urografi och besök hos urolog. Om patienten utretts enligt SVF inom det senaste året planeras utredningen individuellt.

Block A	Block B	Block C
DT-urografi med svar tillgängligt vid besök Besök på urologmottagning för cystoskopi samt anamnes och klinisk undersökning (inkl. rektalpalpation för bedömning av prostata), inkl. värdering av allmäntillstånd och samsjuklighet. PSA-test kan också övervägas (om DT visar blåstumör kan cystoskopi utgå). Ev. urincytologi FDG-PET-DT vid misstanke om muskelinvasiv blåscancer eller avancerad urotelial cancer i övre urinvägarna.	TURB (inklusive bimanuell palpation före och efter resektion)	DT-thorax (om ej FDG-PET-DT är indicerad) Ytterligare diagnostik vid oklarhet Njurfunktionsundersökning

Resultat av utredningarna i block A	Åtgärd
Fynd av tumör i urinblåsan eller fortsatt misstanke	Block B (TURB) beställs
Misstanke om muskelinvasiv tumör	FDG-PET-DT beställs
Misstanke om urotelial cancer i övre urinvägarna	Block C beställs
Normalt utredningsfynd	Det standardiserade vårdförloppet avslutas omedelbart och patienten återremitteras ev. för vidare utredning
Patologiskt fynd som ej utgörs av urinblåsecancer eller urotelial cancer i övre urinvägarna	Det standardiserade vårdförloppet avslutas omedelbart och patientens fortsatta vård planeras individuellt



Multidisciplinär konferens (MDK)

Följande personalkategorier ska medverka vid MDK:

- onkolog
- patolog
- radiolog och i relevanta fall kompetens inom PET-DT
- urolog
- kontaktsjuksköterska
- koordinatorsfunktion.

Samtliga ska ha specialistkunskap inom området.

MDK ska fastställa diagnos och fatta beslut om behandlingsrekommendation för samtliga patienter med urotelial cancer i övre urinvägarna och patienter med urinblåsecancer med stadium T1–T4 eller lymfkörtelspridd och/eller fjärrspridd sjukdom.

Klassifikation och beslut om behandling

Nyupptäckt cancer i urinvägarna ska i PAD-utlåtandet klassificeras enligt UICC:s TNM-klassifikation version 8. För gradering används WHO 1999- och WHO 2004/2016-klassifikationerna. Stadielinindelning baseras på PAD, palpationsfynd i narkos och bilddiagnostik.

PAD-svar efter TURB ska finnas vid MDK.

Beslut om behandlingsrekommendation ska fattas vid MDK för patienter med urinblåsecancer i stadium T1–T4 eller urotelial cancer i övre urinvägarna.

Beslut om behandling ska fattas av den behandlande läkaren i samråd med patienten, och tillsammans med de närstående om patienten önskar det.

Omvårdnad, rehabilitering och understödjande vård

Vid fynd av blåstumör ska patienten tilldelas en namngiven kontaktsjuksköterska i samband med block A.

Kontaktsjuksköterskan ska arbeta enligt nationell arbetsbeskrivning vilket bl.a. innebär att ansvara för att Min vårdplan upprättas och uppdateras, samt för aktiva överlämningar.

Kontaktsjuksköterskan ska vid behov kunna förmedla kontakt med kurator eller annan rehabiliteringskompetens utifrån patientens behov.

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

Rökare ska informeras om att rökning ökar risken för biverkningar och komplikationer vid behandlingen. De ska rekommenderas rökstopp och vid behov erbjudas professionell hjälp att klara detta.

Kommunikation och delaktighet

Vid blåstumörfynd vid första mottagningsbesöket ska patienten få ett preliminärt diagnosbesked och information om nästa steg i utredningen eller behandlingen.

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

Patienten ska informeras i enlighet med [patientlagen](#) (kapitel 3), vilket bl.a. innebär att ge information om vilka behandlingsstrategier som kan vara aktuella och vilken strategi man rekommenderar, inklusive behandlingens syfte och biverkningar.

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

KAPITEL 4

Indikatorer för uppföljning av standardiserat vårdförlopp

Ledtider för nationell uppföljning

Följande ledtider används för nationell uppföljning av det standardiserade vårdförloppet.

Från	Till	Tid
Beslut välgrundad misstanke	Start av "första behandling": PAD-besked till patienten (endast patienter som inte ska behandlas med kirurgi, kemoterapi eller strålbehandling) Kodas som ingen ytterligare åtgärd	22 kalenderdagar*
	Palliativ symtomlindrande behandling**	22 kalenderdagar
	Start av första behandling, strålbehandling	43 kalenderdagar
	Start av första behandling, läkemedel (systemisk kemoterapi)	39 kalenderdagar
	Start av första behandling, kirurgi (cystektomi)***	37 kalenderdagar

Tiderna för tumörspecifik behandling (kirurgi, läkemedelsbehandling och strålbehandling) gäller vid såväl kurativ som palliativ intention.

*Tiden fram till TURB är 13 kalenderdagar. Den mäts genom kvalitetsregistret eller i de patientadministrativa systemen med kod VK122 – Kirurgisk åtgärd för diagnostik.

**När beslut tas om att inte ge tumörspecifik behandling utan enbart palliativ symtomlindrande behandling avslutas det standardiserade vårdförloppet med koden Start av första behandling, palliativ. Behandlingsbeslutet tillsammans med patienten ska anges som mätpunkt. De symtomlindrande insatserna bör dock inledas redan under utredningen.

***Samma avslutskod ska användas för kirurgisk behandling av cancer i övre urinvägarna eller uretra.

Ingående ledtider

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

Från	Till	Tid
Beslut välgrundad misstanke	Välgrundad misstanke – remiss mottagen	1 kalenderdag
Välgrundad misstanke – remiss mottagen	Första besök i specialiserad vård (block A)	6 kalenderdagar
Första besök i specialiserad vård (block A)	TURB/px	6 kalenderdagar
TURB	PAD-besked till remittenten	6 kalenderdagar
PAD-besked till remittenten	PAD-besked till patienten (endast patienter som inte ska behandlas med kirurgi, systemisk kemoterapi eller strålbehandling)	3 kalenderdagar
PAD-besked till remittenten	MDK	7 kalenderdagar
MDK	Behandlingsbeslut med patienten	2 kalenderdagar
Behandlingsbeslut	Start av första behandling, systemisk kemoterapi ("läkemedel")	11 kalenderdagar
Behandlingsbeslut	Start av första behandling, cystektomi	9 kalenderdagar
Behandlingsbeslut	Start av första behandling, strålbehandling	15 kalenderdagar

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 cancer i urinblåsan och övre urinvägarna"
Andel patienter av de som anmälts till standardiserat vårdförlopp som fått diagnosen cancer i urinblåsan eller övre urinvägarna
Andel patienter av de som fått diagnosen cancer i urinblåsan eller övre urinvägarna som anmälts till standardiserat vårdförlopp

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 enligt det nationella vårdprogrammet:

Kvalitetsindikator	Målnivå
Andel som genomgått utredning inom 14 dagar (tid från utfärdande av remiss till urolog/vålgrundad misstanke till blåscancerdiagnos dvs datum för diagnostisk TUR/px).	> 80 %
Andel patienter med urinblåscancer som utreds enligt SVF.	> 70 %
Andel patienter med blåscancer stadium T1 G2/G3 som får intravesikal flergångsbehandling.	> 75 %
Andel patienter med urotelial cancer i övre urinvägarna, T1-sjukdom eller muskelinvasiv sjukdom som diskuteras på multidisciplinär konferens (MDK).	100 %
Andel där förekomst av blåsmuskel (detrusor) bekräftas i resektatet/patologutlåtandet efter TUR/px	100%
Andel patienter med T2–T4 (muskelinvasiv sjukdom) utan påvisbar metastatisk sjukdom som får kurativ behandling.	> 60 %
Andel patienter med T2–T4 (muskelinvasiv sjukdom) 75 år eller yngre som får neoadjuvant cytostatikabehandling före radikal cystektomi pga. muskelinvasiv sjukdom.	> 60 %
Andel som genomgått cystektomi utan neoadjuvant cytostatikabehandling från remiss/vålgrundad misstanke inom 37 dagar.	> 70 %
Andel tumörer i urinblåsa, njurbäcken uretär och uretra registrerade (täckningsgrad).	100 %
Andel där blåstumörstorlek och antal blåstumörer angivits i registreringen.	100 %
Andel inregistrerade behandlingsformulär inom 90 dagar från TURB eller diagnos av urotelial tumör i övre urinvägarna.	> 85 %
Andel lokalrecidiv inom 5 år för TaG1 och TaG2.	< 25 %
Andel patienter som har namngiven kontaktsjuksköterska	100 %

KAPITEL 5

Generellt om standardiserade vårdförlopp

Nationellt vårdprogram

Det standardiserade vårdförloppet gäller för vuxna patienter. Det bygger på det nationella vårdprogrammet för cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör, som fastställdes av Regionala cancercentrum i samverkan i dec 2021. I vårdprogrammet finns beskrivningar 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 [cancerrehabilitering](#) respektive [palliativ vård](#), för underlag till rekommendationer på dessa områden.

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 region 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 annan enhet som är bättre lämpad.

Hantering av recidiv (återfall)

Ett standardiserat vårdförlopp (SVF) ska omfatta de patienter som får den aktuella cancerdiagnosen för första gången och de som insjuknar igen efter ett avslutat uppföljnings- eller kontrollprogram. Patienter som får recidiv under pågående uppföljning ska inte inkluderas i SVF.



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.

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.

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.

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.

Samarbete över regiongränser

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

Enligt patientlagen som gäller från januari 2015 har patienten rätt att få öppenvård i valfri region.

Uppdatering

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

KAPITEL 6

Arbetsgruppens sammansättning

RCC	Namn	Titel	Klinik	Tjänsteort sjukhus
Syd	Fredrik Liedberg	Ordförande, professor, ÖL	Urologiska kliniken	Skånes universitetssjukhus Malmö
Syd	Sofia Kjellström	SL	Onkologiska kliniken	Skånes universitetssjukhus Lund
Syd	Anna-Karin Lind	Urologi-sjuksköterska	Urologiska kliniken	Skånes universitetssjukhus Malmö
Norr	Amir Sherif	Docent, ÖL	Urologiska sektionen, kirurgcentrum	Norrlands universitetssjukhus Umeå
Norr	Karin Söderkvist	Med.dr, ÖL	Onkologiska kliniken	Norrlands Universitetssjukhus Umeå
Sthlm Gotland	Karin Falkman	ÖL	Urologkliniken	Södersjukhuset, Stockholm
Sthlm Gotland	Anders Ullén	Professor, ÖL	PO Bäckencancer	Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
Sthlm Gotland	Helena Thulin	Med.dr, universitetssjuksköterska	PO Bäckencancer	Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
Sydöst	Firas Abdul-Sattar Aljabery	Docent, ÖL	Urologiska kliniken	Universitetssjukhuset Linköping
Sydöst	Dimitrious Papantonio	ÖL	Onkologiska kliniken	Länssjukhuset Ryhov Jönköping

Väst	Viveka Ströck	Med.dr, ÖL	Urologiska kliniken	Sahlgrenska universitetssjukhuset Göteborg
Väst	Elisabeth Öfverholm	ÖL	Onkologiska kliniken	Sahlgrenska universitetssjukhuset Göteborg
Mellansverige	Tomas Jerlström	Med.dr, ÖL	Urologiska kliniken	Universitetssjukhuset Örebro
Mellansverige	Johan Sandzen	ÖL	Onkologiska kliniken	Länssjukhuset Karlstad
Mellansverige	Ingrida Verbiene	ÖL	Onkologiska kliniken	Akademiska sjukhuset Uppsala
Norr	Carl Henrik Sundin	Patient-representant	Blåscancer Sverige	Centrallasarettet Sundsvall



Regionala cancercentrum – regionernas nationella samverkan inom cancervården.
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.
www.cancercentrum.se