

# **Redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen Kortare väntetider i cancervården 2018**

Redovisningen är utarbetad av:

Ann Holmström, Malin Isaksson och Åsa Cantzler i  
samråd med företrädare för berörda  
Länsverksamhetsområden. Därefter kvalitetsgranskad  
av tf Sjukhusdirektör Lena Carlsson, tillika ordförande  
i Lokala Cancerrådet, samt fastställd av regiondirektör  
Hans Viklund.

## **Inledning**

Detta är en mall för landstingens redovisning av införandet av 2018 års standardiserade vårdförlopp (SVF). Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan har tagit fram mallen i enlighet med överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). För att få ta del av medlen ska landstingen/regionerna (i detta dokument benämnda landstingen) tillsammans med RCC ta fram och lämna in en redovisning enligt denna mall.

Arbetet med cancersatsningen ska bygga på det utvecklingsarbete som är gjort inom ramen för den nationella cancerstrategin och de upprättade RCC. Genom satsningen ska också RCC och landstingens linjeorganisation knytas närmare samman för ännu bättre resultat i cancervården.

## **Krav i överenskommelsen 2018**

För att få ta del av höstens medel (196 mkr) ska landstingen senast den 1 november 2018 redovisa följande:

- Att de tre nya standardiserade vårdförloppen har införts senast den 1 november 2018.
- Hur de har arbetat med standardiserade vårdförlopp som går över landstingsgränser.
- Hur de planerar att arbetet med standardiserade vårdförlopp ska fortsätta efter 2018.
- Hur de har arbetat för att uppfylla målet 2020 om att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett standardiserat vårdförlopp och 80 procent av dessa patienter ska gå igenom respektive vårdförlopp inom utsatta maximala tidsgränser.
- Hur kvalitetssäkringsarbetet inom landstingen har genomförts avseende uppföljning av väntetider
- Att de har använt den PREM-enkät som har tagits fram av SKL och RCC inom ramen för satsningen.

Respektive RCC samordnar arbetet med redovisningarna vilka ska lämnas till socialdepartementet.

# 1. Införda SVF

## 1.1 Införande av tre nya SVF under 2018

Antalet genomförda SVF ska redovisas i tabellen under 1.2, men det ställs inga krav på att samtliga landsting ska ha haft patienter som har gått igenom de tre nya vårdförloppen fram till redovisningstillfället eftersom det förväntade antalet nya fall är lågt. I stället anses de vara införda när landstinget har alla delar i arbetet på plats så att patienter kan börja remitteras enligt aktuellt standardiserat vårdförlopp.

Beskriv kortfattat för respektive diagnos om införandet har följt handlingsplanen eller om justeringar skett och i så fall hur.

Vi kan konstatera att vi i handlingsplanen 2018 överskattade antalet patienter för nya förloppen vulva, GEP-NET samt buksarkom. Ett fåtal patienter har startats. För buksarkom finns en patient registrerad i vårt system SVANTE. Detta har dock ett avslut under september månad och är därför inte registrerat i tabellen nedan under 1.2

Nedan en beskrivning från respektive "ägare" av de tre nya förloppen.

Angående **Vulva** så har planen följts. Den nationella MDKn fungerar mycket bra. Den är välorganiserad och effektiv. Vi har också en organisation för deltagande i MDK där koordinator sköter det mesta inom länet. För vulva bör regionens merkostnad lyftas, då de fyra behandlande centra är Stockholm och söderut.

Införandet av **GEP-NET** har följt planen. Arbetet och deltagandet i regional NET-MDK löper på. Kontaktsköterskefunktionen är etablerad, likaså tillsatt MDK-koordinator. Vi har utarbetat en standardiserad anmälan till MDK för att underlätta för kollegor som sällan arbetar med denna tumörgrupp. På så sätt kortas ledtiden tills patienten dras på MDK. Ett observandum i SVF-GEP-NET är den korta tiden till första behandling av NEC, 7 dagar. Det innebär att patienterna oftast behöver starta behandling innan de dragits på konferens. Vi kommer att tydliggöra detta för kollegorna på kirurg- respektive onkologkliniken så att kontakt kan tas telefonledes direkt med endokrinonkolog NUS eller Uppsala för råd om behandlingsstrategi. Vi använder "min vårdplan" till de patienter som kommer för nybesök oavsett diagnos, dock glöms det ibland bort.

**Buksarkom** drabbar mycket få patienter som just nu tas omhand och utreds inom befintlig verksamhet. I våra system finns just nu en patient. Vi har avvaktat något i väntan på utfallet av den utredning som görs av Socialstyrelsens nationella utredning av högspecialiserad vård.

## 1.2 Antal patienter som genomgått respektive SVF

Redovisa hur många patienter som har genomgått och avslutat respektive standardiserat vårdförlopp **under 2018**. Ange datum för datauttag samt källa för datauttag.

Patienter anses ha genomgått och avslutat ett SVF när de är registrerade för både välgrundad misstanke och avslut av SVF, genom start av behandling eller annat avslut. För diagnoser markerade med \* ställs inga krav på att samtliga landsting ska ha haft patienter som har gått igenom vårdförloppet fram till redovisningstillfället eftersom det förväntade antalet nya fall är lågt.

Vårdförlopp	Antal patienter påbörjade och avslutade inom det egna landstinget		Antal patienter påbörjade inom det egna landstinget, men överförda till och avslutade i ett annat landsting		Antal patienter påbörjade i ett annat landsting, men överförda till och avslutade inom det egna landstinget	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Akut lymfatisk leukemi*	1	1	0	0	0	0
Akut myeloisk leukemi	8	1	0	0	0	0
Analcancer*	0	4	0	0	0	0
Bröstcancer	1	160	0	0	0	0
Buksarkom*	0	0	0	0	0	0
Bukspottkörtelcancer	11	8	1 VLL	1 VLL	0	0
Cancer i galla och gallvägar*	1	5	0	2 VLL	0	0
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	18	26	0	0	0	0
CUP – Cancer utan känd primärtumör	4	3	0	0	0	0
Hjärntumörer	1	1	0	1 VLL	0	0
Hudmelanom	55	46	0	0	0	0
Huvud- och halscancer	24	38	17 VLL	13 VLL	0	0
Kronisk lymfatisk leukemi	4	2	0	0	0	0
Levercancer	6	3	3 VLL	0	0	0
Livmoderhalscancer (cervix)	0	5	0	3 VLL	0	0
Livmoderkroppscancer (endometrie)	0	115	0	3 VLL	0	0
Lungcancer	86	72	5 VLL	1 VLL	0	0
Lymfom	26	23	0	0	0	0
Matstrupe- och magsäckscancer	11	8	11 VLL	1 VLL	0	0
Myelom	12	9	0	0	0	0
Neuroendokrina buktumörer (GEP-NET)*	1	0	0	0	0	0

Njurcancer	19	14	0	0	0	0
Peniscancer*	14	0	3 USÖ	0	0	0
Prostatacancer	388	0	0	0	0	0
Skelett- och mjukdelssarkom	1	0	3 VLL	0	0	0
Sköldkörtelcancer	3	11	0	0	0	0
Testikelcancer*	5	0	0	0	0	0
Tjock-och ändtarmscancer	125	111	0	0	0	0
Urinblåse- och urinvägscancer	250	145	0	0	0	0
Vulvacancer*	0	2	0	1 Region Östergötland	0	0
Äggstockscancer	0	33	0	8 VLL	0	0

### 1.3 Överföring av information

- a) Har systemet för uppföljning av standardiserade vårdförlopp med hjälp av KVÅ-koder i landstinget ändrats sedan handlingsplanen lämnades in?

Det som har tillkommit sedan handlingsplanens inlämnande är ett pilotprojekt för KVÅ-kodning i del av primärvården. Pilotprojektet är i en uppstartsfas och i en begränsad omfattning och gäller endast vissa koder.

- b) Hur har landstinget utvecklat kvalitetssäkringen av data till den nationella väntetidsdatabasen under 2018?

Fokusområdet under året har varit resultat och specifikt att förbättra ledtider. Som en följd av det kan vi se att rutiner har utvecklats inom och mellan kliniker. Effekterna syns i förbättrade ledtider som helhet vilket är positivt.

- c) Hur har landstinget arbetat under 2018 med att lösa frågor angående att överföra och säkra informationen för uppföljning när flera landsting delar på ansvaret för ett enskilt standardiserat vårdförlopp?

Som beskrivet i handlingsplanen sker en automatisk överföring av information vilket innebär att dubbelregistreringar, mellan landsting, inte är möjliga. Kvarstår gör fortsatt utveckling mellan berörda kliniker för att säkerhetsställa att alla patienter fångas upp i registreringen vid överföring till annat landsting.

- d) Finns övrigt att kommentera utifrån de uppgifter som är lämnade i tabellen ovan?

Nej.

## 2. Fortsatt arbete med SVF

### 2.1 Risk för undanträngning och omprioriteringar

Hur har de risker för undanträngningseffekter/omprioriteringar som beskrivs i handlingsplanen följts och åtgärdats? Har nya risker identifierats under året?

Olika vårdprocesser har skilda utmaningar, där kliniker med brist på specialistkompetenser och/eller stora patientflöden, se exemplet nedan för vårdförlopp urinblåsa/urinvägar. Det handlar dock sällan om undanträngning enligt Socialstyrelsens definition, att "med undanträngning avses situationer när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet". Snarare är det av olika skäl svårt att inom önskad tid klara av den totala mängden patienter som en verksamhet ska hantera.

Använd gärna tabellen:

Risk för undanträngning/omprioriteringar	Genomförda åtgärder
Det ökade "trycket" på röntgen är kännbart. Risken är mycket stor för undanträngningseffekter, främst på ortopediska åkommor. Röntgens utmaning är att bibehålla hög servicenivå.	Ett förbättringsarbete är påbörjat. Den länsövergripande koordinatören vid röntgen kartlägger tillsammans med SVF-projektledaren, i detta nu, nuläget för att identifiera förbättringsåtgärder. Primärvården och specialistvården har involverats i detta arbete.
Inom vårdförloppet urinblåsa/urinvägar är "undanträngningseffekterna" mycket påtagliga då benigna sjukdomar inom urologin i Sundsvall i praktiken inte längre behandlas alls eller har fått väntetider som är mångdubbelt vårdgarantin. Under året har dock ingångskriterierna till vårdförloppet har ändrats men effekterna av detta är ännu oklara och bör följas noggrant.	En förbättrad samverkan mellan klinikers yrkeskategorier är belyst. Kontaktsjuksköterskan kan avlasta läkaren och koordinatören kan avlasta kontaktsjuksköterskan. Dock har organisationsförändringar vid kliniken påverkat förändringstakten i detta arbete. Det finns att lära från andra kliniker och förlopp. Att höja kvaliteten för registrerings- och kodningsarbetet är en annan viktig fråga. Det skapar en högre tillit till registerdata överlag. Kommunikationen med primärvården, avseende de förändrade ingångskriterierna för urinblåsa, är en viktig faktor för att finna utrymme till fortsatt förändringsarbete inom hela urologiområdet.
Ett ökat insjuknande i cancer och en ökad överlevnad kan komma att innebära att omprioriteringar behöver göras för att möta patienter med behov inom cancerrehabilitering.	Lokal processledare inom cancerrehabilitering är tillsatt. Huvuduppdraget är att bygga broar mellan berörda kliniker och Rehabkliniken. Kompetens och erfarenhetsutbyte mellan Onkologen och Rehabklinikens personal är planerad i nov-dec.

### 2.2 Min vårdplan

Utifrån det standardiserade vårdförloppet ska en individuell vårdplan upprättas för varje enskild patient som får en cancerdiagnos. Hänsyn ska tas till patientens önskemål och individuella situation.

Hur har landstinget arbetat med Min Vårdplan som stöd för SVF-processen?

Arbetet med att implementera Min vårdplan har fortsatt enligt plan. Det förekommer dock en variation i verksamheten hur Min Vårdplan används. Några enheter signalerar att patienterna glömmer att ta med dokumentet vilket försvårar för kontaktsjuksköterskan. Fortsättningsvis är det viktigt att berörda förstår det underliggande syftet med Min Vårdplan. I PREM-enkäten signalerar våra patienter att de saknar information och inte känner sig delaktiga. Arbetssätt att förbättra dessa dimensioner bör främjas. Där fyller Min vårdplan en viktig funktion.

### **3. Information och förankring**

#### **3.1 Patienter och närstående**

Förutom en förbättrad tillgänglighet ska införandet av SVF även skapa ökad nöjdhet hos patienterna genom bl.a. bättre information, mer delaktighet och kortare väntetider.

Hur har landstinget involverat patient- och närståenderepresentanter i arbetet med SVF under 2018?

Denna involvering har skett genom återkommande möten i det Diagnosoberoende patient- och närståenderådet. Möten hålls fyra ggr per år. De har involverats och varit en viktig del i utvecklingsprocessen. Förutom det beskriva rådet ovan samverkar RVN med ett lokalt nätverk bestående av företrädare från Träpatronerna (en prostatacancer-förening), Gynsam och Blodsjukas förening. Detta nätverk träffas två gånger per år. Projektledaren kallar och samordnar.

Ytterligare en insats har också genomförts under året med syftet att än mer involvera patienter och anhöriga. Annonsering efter patienter och anhöriga gjordes i dagspress, sociala medier och genom affischering. Syfte med arbetet är att inhämta upplevelser hos patienter och anhöriga om cancervården i vår region. Att presentera en rapport till verksamheten som underlag till framtida förbättringsarbete. Men även att skapa en "bank" av patienter och anhöriga med intresse av att samverka med cancervården. Särskilt sökte vi yngre personers upplevelser och erfarenhet då vi idag saknar deras röster inom cancervården. I redan befintliga forum för patientsamverkan har vi representanter födda på 30-, 40-, 50 - och 60-talet. Bilden behöver kompletteras med personer som också representerar framtidens behov. Resultatet kommer att presenteras Lokala cancerrådet och sedan processas vidare i verksamheten.

#### **3.2 Vårdens medarbetare**

Hur har landstinget säkerställt att vårdens medarbetare har kännedom om standardiserade vårdförlopp under 2018?

SVF-hemsidan uppdateras och nyheter publiceras regelbundet. Informationsspridning har under året skett genom olika kanaler. Bland annat genom Vårdvals nyhetsbrev och en artikel i Läkeemedelsenhetsens tidning Mitt medel. Denna tidning når vårdens alla enheter. Varje månad sänds ett nyhetsbrev ut till projektmedarbetare samt till deras enhetschefer och berörda klinikers verksamhetsutvecklare. I detta brev kommuniceras resultat, genomförda och kommande aktiviteter inom regionen samt även länkar till information från RCC Norr. I oktober informerade projektledaren om SVF vid AT-dagen i Sundsvall. Regionens alla AT-läkare tog del av informationen. Genom medverkan vid Regionens Patientsäkerhetsdag i oktober gavs tillfälle till dialog med vårdens medarbetare. Vid denna dag deltar representanter från olika förvaltningar, enheter och från olika yrkesgrupper. I SVF-montern samverkade SVF-projektledare, klassificeringskoordinator och tillgänglighetssamordnare tillsammans med kontaktsjuksköterska från Diagnostiskt centrum.

Chanser till att informera vårdens medarbetare om SVF har tagits. Möten har genomförts vid enheter i Primärvården. Vid dessa informationsträffar belyses den patientinformation som är framtagen för SVF.

## 4. Resultat och statistik

### 4.1. Ledtider/kvalitetssäkring

- a) Hur har landstinget säkerställt följsamheten till SVF så att registreringen sker på ett enhetligt sätt? T.ex. att koder för välgrundad misstanke och behandlingskoder sätts vid de tidpunkter som specificeras i vårdförloppsbeskrivningarna.

I projektets fas har detta i allt större grad blivit en fråga för respektive verksamhet. Vi har även inrättade stödfunktioner som kan möta upp utifrån individuella behov. Följsamheten säkerhetsställs även genom återkommande träffar med koordinators och kontaktsjuksköterskor. Vägledning och information finns på intranätets hemsida för SVF.

- b) Hur har landstinget säkerställt att alla SVF får fullständig registrering av nationella mätpunkter oavsett vem som utför vården?

Inom RVN är det specialistvården som registrerar alla SVF-koder. Även de patienter som initieras i primärvården. I vår region finns inga avtal med privata vårdgivare inom specialistvård. Detta innebär att den landstingsdrivna specialistvården har det totala ansvaret för all registrering i både offentlig och privat vård.

- c) Hur har landstinget följt upp och använt resultaten av de nationella mätpunkterna i arbetet med de standardiserade vårdförloppen?

Resultat i SVF-arbetet har varit vårt fokusområde under 2018. Vi hämtar resultat månadsvis och skickar till kliniker och ledning. Detta sker även genom ett månadsbrev då ledtidsresultat sänds ut till koordinators/kontaktsjuksköterskor, enhetschefer och verksamhetsutvecklare. Att involvera verksamheten i statistik och resultatuppföljning är ett led i att flytta ut ägarskapet till respektive klinik.

I maj startade vi upp ett pilotprojekt med fokus på resultat och verksamhetsutveckling - *SVF-INCA*. Lungkliniken/Kvinnokliniken/Kirurgkliniken och Onkologens koordinators medverkar. Syftet med SVF-INCA är att erbjuda ett administrativt verktyg för koordinering och detaljerad uppföljning av SVF-patienter. I pilotprojektet deltar följande förlopp: kvinnokliniken SVF-diagnoser, prostata och lungcancer. Generella frågeställningar är om verktyget underlättar koordinators praktiska arbete med SVF. Om arbetssättet förkortar ledtider som tidigare utgjort flaskhalsar och om SVF-INCA är användbart i verksamhetsutvecklings syfte. Ledtider är i fokus även här.

### 4.2 PREM-enkäten

Utskick och analys av PREM-enkäten blev försenat under 2018. Besvara nedanstående fråga utifrån den data ni har haft tillgång till.

Hur har landstinget analyserat och tillgodogjort sig resultaten av PREM-enkäten för de 28 standardiserade vårdförlopp som infördes 2015–2017? Har landstinget använt sig av PREM-enkäten till de SVF som införts 2018?



Vår region använder sig av PREM-enkäten. De resultat som funnits tillgängliga har spridits till verksamheten, patientföreträdare och politiken. När SVF-resultat presenteras görs de alltid utifrån ledtider och vad patienterna tycker. En sammanställning gjordes även av de svar som inkom i fritext sk öppna svar. Våra utvecklingsområden ligger i linje med riket. Våra patienter skattar lågt inom dimensionerna emotionellt stöd och delaktighet och involvering. Vårt starka område är bemötande. I analysen av fritextsvaren framkom samma budskap. Analysen bekräftar det ökade behovet inom området cancerrehabilitering. En plan för det arbetet är lagd.

## **5. Planering för arbete efter 2018**

### **5.1 Fortsatt arbete**

Målet för de årliga överenskommelserna är att de insatser som ingår ska bli en integrerad del av landstingens ordinarie verksamhet och att resultaten av arbetet ska bli tydliga, för både landstingen och för invånare och patienter.

Utifrån beskrivningen i årets handlingsplan, vilka insatser har genomförts och vilka planeras för att säkerställa att användningen av standardiserade vårdförlopp fortsätter efter 2018?

Verksamheten lyfter att SVF-arbetet har tillfört bättre koordinering och rutiner, mer ordning och reda. Utredningsgången har förbättrats med en tydligare struktur. Införandet av kontaktsjuksköterskor och koordinatörer har varit positivt. Dock kvarstår utmaningar några av dessa redovisas under 2.1

Frågan om en hållbar fortsättning har lyfts och diskuterats i Lokala cancerrådet. Från protokollet den 11 september 2018 "Bedömningen är att det, oavsett vilken majoritet som kommer att styra landet efter valet, inte är aktuellt att bromsa cancersatsningen. Det finns en reservplan för finansieringen ifall besluten dröjer."

Under året har Lokala processledare formellt införts. Detta är ett led i att flytta ut ägarskapet av till verksamheten. Även en lokal processledare för processen cancerrehabilitering är införd. Denna funktion och projektledaren för SVF samverkar i denna process. Rehabkliniken, som resursägare, har genom denna funktion involverats mer än tidigare. Syfte är att på sikt skapa förutsättningar och strukturer för bästa möjliga rehabilitering för våra cancerpatienter.

Lokala cancerrådet har under 2018 utökats i syfte att involvera verksamheten än mer. Hälso- och sjukvårdsdirektören medverkar.

### **5.2 Mål för 2020**

År 2020 är målet att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett SVF och 80 procent av dessa patienter ska gå igenom respektive SVF inom utsatta maximala tidsgränser. Regeringen avser att följa utvecklingen.

Utifrån beskrivningen i årets handlingsplan, vilka insatser har genomförts och vilka planeras för att uppnå målen 2020? Har analysen från handlingsplanen förändrats under året och i så fall hur?

Analysen i handlingsplanen har strategiskt inte förändrats något sedan handlingsplanen skrevs. I stort förfinas SVF-arbetet och blir alltmer befäst i vår verksamhet. Några specifika insatser beskrivna nedan har genomförts/är under införande. Men först en nulägesbeskrivning över antalet utredningar och ledtidsresultat.

### Antalet SVF-utredningar:

2015 – 6 st.  
2016 – 1174 st.  
2017 – 2514 st.  
2018 – 1725 st. (tom juli)

### Andel patienter som fått behandling inom utsatta ledtider:

2015 – 50%  
2016 – 47%  
2017 – 49%  
2018 – 56% (tom juli)

Det senaste året ökar RVN antalet patienter inom utsatta ledtider. Jämfört med riket håller vi en högre ökningstakt det senaste året. Resultatet visar att verksamheten i hög grad har integrerat arbetssättet i vardagen. Tid, tålamod och upprepning är nyckeln till 80% år 2020.

Stora utmaningarna att nå målen 2020 är samordning och kontinuitet mellan förvaltningar/enheter/yrkeskategorier. Två faktorer som har stor inverkan på både patientnöjdhet och ledtider. Arbetssätt och rutiner ska befastas. Sammanhållen vård med lokal samordning och bryggor till nästa instans skapar värde för patienten. Som ett exempel har Bild- och funktionsmedicin tilldelats mer resurser. De har anställt en länsövergripande SVF-koordinator. Under resterande del av året kommer dialog att föras men bild-och funktionsmedicin för bästa möjliga arbetssätt med bättre ledtider i sikte. I det sammanhanget är den funktionen en nyckelposition.

Ett annat exempel med fokus på ledtider är pilotprojekt, SVF-INCA. Se 4.1c. Denna pilot ger en bild av vad som händer med patienten. Var tappar vi tid och var har vi våra flaskhalsar? Detta projekt initierades med syftet att skapa underlag till verksamheten till förbättringsarbete.

### En nöjd patient.

I genomförd insats, se 3.1, framkommer att patienter efterfrågar erbjudanden från vården i efterförloppet. Ett arbete finns att göra inom området cancerrehabilitering. Steg är tagna i verksamheten. Kvarstår gör resurstilldelning och organisation för att möta kommande behov. Vägen till en nöjd patient är flera. Ett snabbt vårdförlopp med individuellt bemötande skapar förutsättningar för goda resultat i PREM-enkäten.

## **6. Ekonomi**

Ge en översiktlig bild av hur stimulansmedlen har använts under 2018 och vad återstående medel kommer att användas till.

Medlen har i huvudsak fördelats till verksamheten och där främst koordinatörer, kontaktsjuksköterskor samt en tjänst 50% läkare till diagnostiskt centrum i Örnsköldsvik. Totalt finansieras 19,7 tjänster hos specialistsjukvården. Stimulansmedlen finansierar även samordning genom en tjänst - SVF-projektledare. Mer resurser har fördelats än vad vi får medel till vilket innebär att verksamheten delvis täcker upp kostnaden som en stegvis övergång till ordinarie verksamhet.

## 7. Uppföljning av måluppfyllelse 2020

Delge oss gärna synpunkter på hur regeringen kan följa landstingens arbete inom cancerområdet under kommande år, t.ex. gällande målet för 2020.

Vår åsikt är att målen ska fortsätta följas fram till 2020 eller till målen är uppfyllda. Nationell uppföljning är en viktig faktor för att säkerhetsställa att SVF blir ett hållbart arbetssätt regionalt. Ett förslag är att fortsätta följa ledtider och patientnöjdhet inom ramen för nationella kunskapsstyrningen. Vi anser att det är viktigt att tydliggöra vikten av att följa patienten i det fortsatta vårdförloppet dvs även efter start av behandling. Detta blev tydligt vid de genomförda djupintervjuerna med patienter i vår region.

### Bilaga: Fastställda standardiserade vårdförlopp

#### Standardiserade vårdförlopp som infördes 2015-2017

- Akut lymfatisk leukemi
- Akut myeloisk leukemi
- Analcancer
- Bröstcancer
- Bukspottkörtelcancer
- Cancer i galla och gallvägar
- Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom
- CUP – Cancer utan känd primärtumör
- Hjärntumörer
- Huvud- och halscancer
- Kronisk lymfatisk leukemi
- Levercancer
- Livmoderhalscancer (cervix)
- Livmoderkroppscancer (endometrie)
- Lungcancer
- Lymfom
- Malignt melanom
- Matstrupe- och magsäckscancer
- Myelom
- Njurcancer
- Peniscancer
- Prostatacancer
- Skelett- och mjukdelssarkom
- Sköldkörtelcancer
- Testikelcancer
- Tjock-och ändtarmscancer
- Urinblåse- och urinvägscancer
- Äggstockscancer

#### Standardiserade vårdförlopp som ska ha införts 2018

- Buksarkom inkl. GIST och gynekologiska sarkom
- Neuroendokrina buktumörer, inkl. binjurecancer
- Vulvacancer

De standardiserade vårdförloppen kan hämtas på

<https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardforlopp/>