

**HANDLINGSPLAN –
för arbetet med standardiserade vårdförlopp enligt
överenskommelsen mellan regeringen och SKL
om kortare väntetider i cancervården 2018**



1. Beskrivning av arbetet efter redovisningen den 1 november 2017

1.1 Erfarenheter av SVF-arbetet fram till nu

- a) Vad är landstingets erfarenheter av införandet av välgrundad misstanke i primärvården och den specialiserade vården, införandet av koordinatorfunktionen och obokade tider?

I Region Uppsala har en central projektgrupp arbetat med implementeringen av SVF. Projektgruppen håller i flera professionsnätverk, exempelvis nätverk för koordinators, kontaktsjuksköterskor och för patientprocessledare. Vi har regelbundet utbildningsdagar för koordinators och kontaktsjuksköterskor gemensamt för att främja lärandet och utveckla arbetsätten. Vi har också haft utbildningstillfällen i beslutsstödsystemet SAS för både koordinators och patientprocessledare. Projektgruppen arbetar också kontinuerligt med stöd i dokumentation, beslut och analys samt medverkar i enskilda möten med funktionsorganisationer som röntgen och patologi. Stöd erhålls också från olika IT-organisationer inom regionen för att underlätta arbetet i vardagen, exempelvis har särskilda SVF -remisser för remittering från privat och offentlig primärvård till sjukhusen tagits fram.

Primärvården har representanter med i Cancerrådet som träffas var fjärde vecka. Det finns också en samverkansgrupp inom Tema Cancer där alla patientprocessledare, berörda verksamhetschefer, representanter från primärvården och privata vårdgivare, samt Enköpings lasarett ingår. Det pågår också kontinuerliga samtal med primärvården för att öka kännedomen om SVF och kriterierna för inklusion. Vi har förstärkt våra informationskanaler mot primärvården med filmer om standardiserade vårdförlopp och rollen som kontaktsjuksköterska och koordinators. Planer finns på att ta fram fler filmer om specifika diagnoser med patientprocessledare.

Kravet på obokade tider i specialiserad vård har så långt som möjligt genomförts. Den centrala projektgruppen arbetar löpande med att förmedla och följa upp kravet på obokade tider. Information om kodverken och om vårdförloppen tas upp i de tvärprofessionella arbetsgrupperna.

Våra samlade erfarenheter från implementeringen av SVF ligger till grund för den framtida förvaltningen av processerna. Eftersom koordinatorfunktionen är en förutsättning för att kunna arbeta med SVF har den centrala projektgruppen också genomfört ett omfattande intervjuarbete med alla patientprocessledare och koordinators i specialiserad vård, för att få en bättre förståelse om vilket stöd som processerna behöver för att kunna fortsätta driva sitt arbete efter 2018.

- b) Har landstingets erfarenheter av implementeringen 2015–2017 lett till förändringar i upplägget inför 2018? I så fall på vilket sätt?

Region Uppsala implementerar de tre nya förloppen enligt de rutiner som har utarbetats under 2015–2017.

1.2 Antal patienter som genomgått respektive SVF

Hur många patienter har genomgått och avslutat de standardiserade vårdförlopp som implementerades 2015–2017? Mätpunkten är den 31 december 2017 och ett uttag från den nationella väntetidsdatabasen är möjligt tidigast den 1 februari 2018.

Redovisa antalet patienter i nedanstående tabell:

Data är hämtat från Region Uppsalas beslutstödsverktyg SAS för 2017 och direkt från journalsystemets databas för 2015–2016. Tillförlitligheten i insamlandet av data 2015–2016 är lägre än 2017, vilket även var motivet för att ta fram den nya modellen för 2017 och framåt.

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 (blodcancer)	9	11	0	0	0	0
Analancer	5	14	0	0	4	7
Bröstcancer	14	962	0	1	0	3
Bukspottkörtelcancer	59	42	2	1	21	12
Cancer i galla och gallvägar	14	17	0	0	7	8
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	22	41	0	0	0	0
CUP – Cancer utan känd primärtumör	12	15	0	0	1	1
Hjärntumörer	41	45	0	0	0	0
Hudmelanom	113	111	0	0	7	12
Huvud- och halscancer	380	304	0	0	60	41
Kronisk lymfatisk leukemi	6	4	0	0	1	0
Levercancer	42	26	0	0	31	6

Livmoderhalscancer (cervix)	0	14	0	0	0	5
Livmoderkroppscancer (endometrie)	0	51	0	1	0	13
Lungcancer	228	251	0	0	3	11
Lymfom	32	26	0	0	0	1
Matstrupe- och magsäckscancer	87	60	0	0	48	19
Myelom	39	22	0	0	0	0
Njurcancer	30	19	0	0	9	8
Peniscancer	4	0	2	0	0	0
Prostatacancer	899	0	1	0	65	0
Skelett- och mjukdelssarkom	0	2	1	0	0	0
Sköldkörtelcancer	3	6	0	0	0	0
Testikelcancer	34	0	0	0	1	0
Tjock-och ändtarmscancer	326	279	0	3	13	9
Urinblåse- och urinvägscancer	514	297	0	0	6	5
Äggstockscancer	0	86	0	10	0	22

1.3 Överföring av information

- a) Hur fungerar systemet för uppföljning av standardiserade vårdförlopp med hjälp av KVÅ-koder i landstinget?

Region Uppsalas mall i journalsystemet Cosmic säkerställer att vi fångar data på rätt sätt. Genom att koordinatorena använder mallen i Cosmic som är enklare och säkerställer korrekt KVÅ-kodning i bakgrunden, kan vi löpande följa våra ledtider i vårt beslutstödsverktyg SAS. De nya mallarna i Cosmic och beslutstödsverktyget i SAS fungerar mycket bra och tillsammans med koordinatorena arbetar vi nu för att vidareutveckla verktygen och förbättra möjligheten att plocka ut information som koordinatoren och patientprocessledaren kan använda som underlag för att arbeta med att förbättra ledtider.

- b) Hur säkerställer landstinget i nuläget en effektiv kvalitetssäkring av data till den nationella väntetidsdatabasen?

Region Uppsala genomförde 2017 ett projekt som syftade till att varje månad göra en datoriserad rapportering till SKL:s väntetidsdatabas Signe för att förhindra manuella

felaktigheter i överföringen. Vid uttagen varje månad görs vissa kontroller/sorteringar som baseras på respektive kodvägledning vilket innebär att om visst data saknas skickas inte informationen utan flaggas som felaktig. Om det finns dubletter tas enbart första värdet med. Även enheten som hanterar integration gör kontroller för att säkerställa att själva överföringen går så smärtfritt som möjligt. I samband med att data överförs varje månad erhåller utvalda representanter ett svarsmeddelande från SKL:s väntetidsdatabas att filen mottagits eller om några felaktigheter upptäckts och filen inte kunnat hanteras av väntetidsdatabasen. Vid felaktigheter arbetar vi enligt en framtagen rutin där vi bland annat tar kontakt med utdata och integration för att tillsammans kunna identifiera felet och skicka om filen.

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

Region Uppsala har i sin speciellt framtagna dokumentationsmodell för SVF i Cosmic implementerat ett verktyg för analys och uppföljning av registrerade mätpunkter. I detta verktyg finns även en flik för uppföljning hur huruvida patienter som är folkbokförda i annat landsting/region men som inte har registrerats med mätpunkten "mottagen från" och hemlandsting.

Koordinatorn ansvarar för att registrera i Cosmic samt att följa upp sina patienter i sitt koordineringsverktyg. Då "mottagen från" saknas i verktyget kompletterar koordinatorm detta i dokumentationsmodellen.

Remittering till andra landsting sker endast i ett fåtal processer. Respektive koordinator har ansvar för att säkerställa kodning för detta. Koordinatorerna fångar upp patienterna vid inremittering till sjukhuset. Om inte patienten går vidare till behandling eller avslut förblir patienten rödmarkerad i beslutstödsverktyget för koordinatörer. Det föranleder efterforskningar om vad som har hänt med patienten? I och med detta kommer koordinatorm att upptäcka ifall patienten flyttats till annat landsting utan att märkas i systemet med "överflytt". När de hittar patienten som saknar "överflytt" går de in i Cosmic och kompletterar med den mätpunkten i dokumentationsmallen.

Region Uppsala har också bjudit in representanter från andra landsting i Sjukvårdsregionen för att tillsammans utveckla remisser och information över landstingsgränserna. Kontinuerlig dialog förs med sjukvårdsregion i syfte att förbättra samarbetet. Kontaktlistor har tagits fram för att koordinatörerna lättare ska kunna få kontakt med varandra. Den centrala administrationen stöttar koordinatörerna i att bygga nätverk i sjukvårdsregionen för ett enklare samarbete över landstingsgränserna.

2. Plan för införande av tre nya vårdförlopp under 2018

Tre SVF har fastställts för införande under 2018: buksarkom neuroendokrina buktumörer och vulvacancer.

2.1 Tidplan för införande

Hur ser tidplanen för år 2018 ut, för respektive SVF? Ange när koordinatorkfunktion och obokade tider ska finnas på plats samt när landstinget ska börja inkludera patienter i respektive SVF?

Beskriv även hur landstinget avser att stödja verksamheternas utvecklingsarbete med införandet av välgrundad misstanke i primärvården samt i den specialiserade vården.

Den centrala projektgruppen arbetar med införandet av Värdebaserad vård ur ett patientperspektiv i Region Uppsala. De standardiserade vårdförloppen inom cancer erbjuds samma process och metodstöd som övriga patientprocesser inom Värdebaserad vård. Den centrala projektgruppen har en kontinuerlig diskussion med primärvården om SVF och det fortsatta arbetet.

Obokade tider och koordinatorkfunktion finns på plats i samband med uppstart.

Neuroendokrina tumörer, NET/NEC samt binjuretumörer.	Start i mars 2018
Buksarkom inkl GIST och gynekologiska sarkom	Start i april 2018
Vulvacancer	Start i maj 2018

2.2. Utmaningar och konsekvenser

Vilka utmaningar ser landstingen med införandet av de nya SVF och hur avser man att lösa dessa?

Använd gärna tabellen:

Utmaning	Planerad åtgärd
För små patientgrupper, ex Vulvacancer kan vara sällan händelser för enskilda doktorer. Det kan därför vara svårt att koppla ihop med att det är ett SVF och komma ihåg att det är särskilda regler för SVF	Plan för kontinuerlig information och uppföljning/jämförelse mellan diagnossättning och SVF dokumentation.
Kravet på obokade tider som definierats i SVF är för vissa mindre diagnosgrupper inte ändamålsenligt. Det kan dessutom ge undanträngningseffekter på annan vård.	Obokade tider bör vara en rekommendation istället för krav i alla SVF. På mottagningar med flera förlopp kan man ha obokade tider som då kan nyttjas av flera förlopp.
Att möta målet på ledtider.	Kontinuerligt förbättringsarbete och dialog med stödresurser som ex patologi och radiologi.

3. Fortsatt arbete med redan införda SVF

3.1 Risk för undanträngning och omprioriteringar

Bedömer landstinget att det finns risk för att undanträngningseffekter/omprioriteringar kan komma att uppstå under 2018 som en följd av införandet av standardiserade vårdförlopp? Beskriv i så fall vilka och hur dessa kommer att följas och åtgärdas.

Risk för undanträngning/omprioriteringar	Planerad åtgärd
Ökat antal SVF förlopp har skapat tillgänglighetsproblem för radiologiska undersökningar som inte ingår i förloppen. Det har också uppdagats att en del förlopp har ett stort antal felremitter.	Radiologin har under hösten genomfört en stor kartläggning av utmaningarna med SVF och nu under 2018 kommer arbetet att fortsätta för att skapa bättre flöde och korrekta remisser.
Patologin har också märkt av det ökade inflödet av remisser och ser nu utmaningar i att klara satta ledtider.	Det pågår ett internt förbättringsarbete för att kunna möta de ökade behoven och för att minska flaskhalsar. För att förbättra flödet på patologen pågår just nu en rekrytering av BMA:s och en möjlighet till automatisering av en del av arbetsmomenten.
En del processer upplever att de fortfarande har väldigt stora trattar som leder till undanträngningseffekter både mellan patientgrupper men också i det enskilda förloppet.	Vi följer RCC:s arbete med att revidera förloppen. Patientprocessledaren driver frågan mot speciellstråden.

3.2 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.

Ett generiskt underlag till en vårdplan har tagits fram genom stöd i tidigare överenskommelser. I samarbete med Inera och 1177.se har under 2016 och 2017 en elektronisk nationell vårdplan utvecklats, vilken ligger på databasen Stöd och behandling. Under 2017 har pilottest av den elektroniska nationella vårdplanen genomförts och utvärderats. Under 2018 ska den elektroniska nationella vårdplanen färdigställas och ett implementeringsarbete ska inledas i landstingen.

Hur tänker landstingen arbeta med Min Vårdplan som stöd för SVF-processen?

Min Vårdplan för nyutveckling av Stöd och Behandling (SoB) genomfördes som ett pilotprojekt tillsammans med kontaktsjuksköterskorna på mottagningen för Koloncancer. Projektet inleddes med en kartläggning av verksamhetens arbete genom observation på plats, dels av deras administrativa arbete samt patientmöten och kompletterande intervjuer. Därefter genomfördes återkommande statusmöten (videomöte) med de två andra pilotverksamheterna, Östergötland och Jönköping, och

1177. Kontaktsjuksköterskorna deltog aktivt med förbättringsidéer kring funktionalitet i SoB under projektets gång.

Resultatet från pilotprojektet har varit mycket positivt och patienterna uppskattade att samla all information digitalt och på ett ställe. Under våren är det inplanerade möten för att utvärdera resultaten och planera för ett breddinförande av en elektronisk vårdplan.

3.3 Definition av välgrundad misstanke

Har landstinget erfarenheter som landstinget vill föra vidare gällande den nationella definitionen av välgrundad misstanke? I så fall specificera för vilket standardiserat vårdförlopp det gäller och beskriv erfarenheterna.

CUP: Vi har bedrivit mottagningsverksamhet för cancer utan känd primärtumör i ett antal år. De erfarna onkologer som sköter mottagningen beskriver att definitionen som finns beskriven för CUP innebär ett tydligt problem. Specialistläkarna beskriver förloppet som en kombination av utredning av misstänkt/bekräftad cancer och diagnosen CUP som är en diagnos, ska sättas när utredningen är avslutad. Man rekommenderar förändrad definition.

Hjärntumör: Vi anser att förstagångs epileptiska anfall inte ska registreras som "Välgrundad misstanke", då förstagångsanfallen oftast handläggs under ett och samma vårdtillfälle på akutmottagningen och patienten dessutom oftast är påverkad (postiktalt). Om röntgenundersökningen inte ger något fynd, går patienten ur förloppet och då finns det inget utrymme om att informera patienten om att hen ingår i ett SVF och att en PREM enkät kommer att skickas ut. För dessa patienter skulle det vara bättre om vi kunde registrera "Misstanke om Cancer", för att sedan koda "Välgrundad misstanke" om röntgensvaret påvisar hjärntumör.

4. Information och förankring

4.1 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.

- a) Hur har landstinget involverat patient- och närståenderepresentanter i arbetet med handlingsplanen?

Representant från den centrala projektgruppen har tillsammans med patientrepresentant, som även är medlem i det lokala Cancerrådet, diskuterat Handlingsplanen och arbetet med implementeringen av SVF i Region Uppsala. Genom samverkan med patientrepresentant har vi fått ta del av värdefulla synpunkter gällande exempelvis PREM enkäten som vi kommer att ta med oss ut i arbetsgrupperna.

- b) Hur avser landstinget att fortsätta involvera patient- och närståenderepresentanter i arbetet med SVF?

Då arbetet med SVF inom Region Uppsala bedrivs i enlighet med principerna för värdebaserad vård kommer patienter och/eller närståenderepresentanter att involveras i de lokala arbetsgrupperna. Patientdelaktighet är en viktig förutsättning för att kunna bedriva en

värdeskapande vård. I syfte att öka patienters delaktighet på Akademiska sjukhuset pågår nu ett arbete för att kartlägga metoder och goda exempel för hur patienter kan göras mer delaktiga i sin egen vård och i verksamhetens förbättringsarbeten.

4.2 Vårdens medarbetare

Hur säkerställer landstinget att vårdens medarbetare har kännedom om standardiserade vårdförlopp?

Vi har förstärkt våra informationskanaler med filmer som riktar sig till vårdens medarbetare. Vi har också haft artiklar publicerade om SVF på vårt intranät samt informerat om arbetet på möten med verksamhetschefer. Vi uppmuntrar också koordinatörer om att berätta om SVF och tillsammans med kontaktsjuksköterskor kunna visa och diskutera kring resultat från PREM enkäten på arbetsplatsmöten.

5. Uppföljning

5.1. Ledtider

- a) Hur säkerställer landstinget 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.

Koordinatorns verktyg säkerställer att dokumentationen blir enhetlig. Vi arbetar kontinuerligt med utbildning och stöd till koordinatörerna för att öka kvaliteten på indata. Nu i februari hade vi en halvdagsutbildning med koordinatörer för att diskutera patientfall och kodning. Vi har också samarbete med de andra landstingen i syfte att förbättra informationen i remisser för att på så sätt säkerställa rätt datum.

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

Genom att koordinatörerna använder sig av dokumentationsmallen i Cosmic säkerställs en fullständig registrering oavsett vem som utför vården.

- c) Hur avser landstinget att följa upp och använda resultaten av de nuvarande nationella mätpunkterna i det fortsatta arbetet med de införda standardiserade vårdförloppen?

Med vår dokumentationsmall har Region Uppsala kunnat erhålla bättre täckningsgrad i sina verktyg. Det gör att vi nu har tillgång till mer relevant data att analysera. Gemensamma mått byggs i vårt beslutstöd och kan följas på daglig basis, exempelvis ledtider. Vid våra styrgruppsmöten för Tema Cancer presenteras analyser av vår data som underlag för diskussion kring bland annat stödresurser och operationsköer. Underlaget ligger sedan till grund för beslut om resurser för att förbättra ledtiderna.

5.2 PREM-enkäten

Hur avser landstinget att analysera och tillgodogöra sig resultaten av den PREM-enkät som ska användas för de 28 standardiserade vårdförlopp som infördes 2015–2017? Planerar landstinget att använda sig av PREM-enkäten till de SVF som införs 2018?

Ja, alla 31 processer kommer att använda sig av PREM- enkäten.

Då PREM enkäten enligt vår bedömning inte har givit resultat i nivå med arbetsinsatsen så kommer vi att under 2018 lägga extra kraft på att informera alla SVF processer om PREM och hur de kan arbeta med resultatet. Vi har också använt resultat från PREM vid informationsmöten med Verksamhetschefer, patientprocessledare och det lokala cancerrådet.

Vi börjar redan nu se ett ökat intresse för att arbeta med PREM resultatet i sitt förbättringsarbete. Ett exempel är SVF Lungcancer som efter analys av PREM resultaten, kommer att tillsammans med patientrepresentant se över informationen till patienterna i syfte att kunna utveckla informationsmaterial som bättre möter patienternas behov.

6. Planering för fortsatt arbete efter 2018

6.1 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.

Hur arbetar landstinget med att säkerställa att användningen av standardiserade vårdförlopp fortsätter efter 2018?

Sedan starten av införandet av SVF i Region Uppsala har det pågått ett arbete för att utveckla och förbättra verktygen för att kunna fånga patienter och för att kunna följa ledtider inom respektive förlopp. Syftet med dokumentationssättet med enklare registrering och kodning, uppföljningsverktyget i SAS, journalmallar och webbaserad information för medarbetare och patient/närstående är att ge en förutsättning för att kontinuerligt hålla en hög täckningsgrad i de olika förloppen. Nu pågår ett arbete med ett utökat informationsarbete mot framförallt primärvården men också internt mot verksamhetschefer. Förutom de olika verktygen som utgör infrastrukturen har det krävts utökade resurser för att informera, stötta och utbilda medarbetare. När införandet betraktats som avslutat kommer en mindre förvaltningsorganisation ta plats för att bibehålla de arbets sätt som tagits fram och införts. Denna organisation kommer att arbeta med att stötta det fortsatta arbetet med SVF inom Region Uppsala.

6.2 Mål för 2020

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

- a) Hur bedömer landstinget sitt nuläge och vilka förändringar ser landstingen att de kommer att behöva göra avseende t.ex. infrastruktursatsningar och kompetensförstärkning för att kunna nå upp till målet 2020.

Region Uppsala bedömer utifrån beräkningsunderlaget att täckningsgraden sannolikt kommer att kunna uppnås för majoriteten av förloppen 2020. Utmaningen att klara ledtiderna för de enskilda förloppen blir enligt vår bedömning något större. Den centrala projektgruppen för en nära dialog med styrgruppen för Tema Cancer kring målen för 2020 och hur vi kommer att behöva prioritera och förstärka resurserna för att kunna uppnå ledtidsmålen. För att nå ledtidsmålen behöver vi dels fortsätta vårt processarbete, och också förbättra vår bemanningssituation. Att öka antalet medarbetare med rätt kompetens är enligt vår uppfattning den största utmaningen.

- b) För vilka diagnoser bedömer landstinget att det kommer att krävas störst insatser för att uppnå 2020-målet?

De allra största insatserna kommer att krävas för diagnoser där behandlingen är tunga kirurgiska åtgärder, och där ett stort vårdbehov inkluderande intensivvård finns i samband med behandlingen.

- c) Vilka insatser planerar landstinget för dessa diagnoser?

Region Uppsala arbetar kontinuerligt och intensivt med att rekrytera och behålla sjuksköterskor. En satsning görs också på att öka antalet specialistsjuksköterskor genom att erbjuda betald vidareutbildning inom bland annat operation, anestesi och intensivvård. Införandet av standardiserade vårdförlopp inom cancervården har tydliggjort problemen med tillgänglighet inom cancervården, och är ett underlag för diskussion om resursfördelning.

Bilaga: Fastställda standardiserade vårdförlopp

Standardiserade vårdförlopp som infördes 2015-2017

- Akut lymfatisk leukemi
 - Akut myeloisk leukemi (blodcancer)
 - 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 införas 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/>