



**Landstinget
i Värmland**

**Handlingsplan för
standardiserade vårdförlopp i cancervården**

2018

LK/153144



**REGIONALA
CANCERCENTRUM
I SAMVERKAN**

Inledning

Detta är en mall för landstingens handlingsplaner för 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 handlingsplan enligt denna mall.

RCC i samverkan kommer också att ta fram den mall som ska användas för redovisningen som ska vara Regeringskansliet tillhanda senast den 1 november 2018.

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 vårens medel (195 mkr) ska landstingen senast den 15 mars 2018:

- tillsammans med RCC ta fram en handlingsplan enligt denna mall. Respektive landsting ansvarar för att den egna handlingsplanen tas fram.
- involvera patientföreträdare vid framtagandet av handlingsplanen
- genom RCC lämna in handlingsplanen till Socialdepartementet.

För att få ta del av höstens medel (196 mkr) ska landstingen också senast den 1 november 2018 lämna in en redovisning enligt kommande mall baserad på överenskommelsen 2018.

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

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?

På övergripande nivå har vi enbart mycket goda erfarenheter av välgrundad misstanke (VGM) i primärvården, koordinatorfunktionen och obokade tider. Inom den specialiserade vården har utredningsgången fungerat som planerat men vissa insatser har skett för att anpassa mottagningar för fler obokade tider.

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

Vi fortsätter med implementeringen av de tre nya SVF:erna på samma sätt som tidigare då vi ser att det har fungerat mycket bra. För att identifiera förbättringsområden har vi i efterhand sammanställt en implementeringskarta över samtliga införda SVF. Detta arbetssätt synliggör var insatser behöver göras i respektive förlopp. När det gäller de tre nya förloppen kommer vi att lägga in dessa i implementeringskartan från start.

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:

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	2	0	0	0	0
Akut myeloisk leukemi (blodcancer)	14	6	0	0	0	0
Analcancer	1	5	0	1	0	0
Bröstcancer	7	459	1	0	0	0
Bukspottkörtelcancer	64	68	10	9	9	9
Cancer i galla och gallvägar	13	10	3	5	0	0

Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	23	29	0	0	0	0
CUP – Cancer utan känd primärtumör	43	54	0	0	0	0
Hjärntumörer	26	26	0	0	0	0
Hudmelanom	249	210	3	0	0	0
Huvud- och halscancer	66	62	28	18	0	0
Kronisk lymfatisk leukemi	4	5	0	0	0	0
Levercancer	19	12	8	3	0	0
Livmoderhalscancer (cervix)	0	9	0	0	0	0
Livmoderkroppscancer (endometrie)	0	21	0	0	0	0
Lungcancer	88	99	12	12	0	0
Lymfom	61	32	8	3	0	0
Matstrupe- och magsäckscancer	52	38	20	3	0	0
Myelom	32	26	0	0	0	0
Njuncancer	15	16	1	0	0	0
Peniscancer	5	0	1	0	0	0
Prostatacancer	1 369	0	37	0	0	0
Skelett- och mjukdelssarkom	2	2	1	5	0	0
Sköldkörtelcancer	1	7	0	0	0	0
Testikelcancer	13	0	0	0	0	0
Tjock-och ändtarmscancer	407	538	1	5	0	0
Urinblåse- och urinvägscancer	646	535	3	2	0	0
Äggstockscancer	0	47	0	1	0	0

Redovisade data är hämtade från landstingets eget datalager.

1.3 Överföring av information

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

Vi har valt ett något annorlunda registreringsystem. Vissa av KVÅ-koderna är lagda i bakgrunden i journalsystemet och hämtas via definierade sökord i vårt journalsystem. Andra, som till exempel operationskoder och strålkoder, ger datum för start av behandling. Vi

upplever att detta system fungerar men vi tappar de som inte går in i behandling och systemet fångar inte patienter där behandling är expektans. Arbetet med detta pågår.

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

Vi har lagt ner stora personella resurser på att granska och kvalitetssäkra registreringen. Kontinuerlig utbildning i KVÅ-kodning genomförs till vårdadministratörer. Till verksamheterna rekommenderar vi, för att inte missa att avsluta patienten vid expektans, att en granskning av inrapporterad data ska ske en gång/vecka.

- 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?

Regionens cancersamordnare/projektledare har beslutat att skapa en checklista som ska användas i hela regionen. Förhoppningsvis kan checklistan säkra patientens väg och tillse att kodning sker fram och tillbaka mellan vårdgivarna.

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 koordinatorfunktion 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.

Vi avser att införa de tre avslutande SVF:erna, buksarkom, neuroendokrina buktumörer och vulvacancer 2018-04-30 och samtidigt införa koordinatorfunktionen. När det gäller buksarkom har vi fått signaler om att viss fördröjning av planerat startdatum kan ske då förloppet involverar flera verksamheter och anses mer komplicerat än övriga SVF.

När det gäller obokade tider har processgruppen för varje SVF redan innan respektive SVF startat beräknat behovet av obokade tider. Det innebär att vi redan vid införandet av samtliga SVF har kunnat ha obokade tider.

Sedan arbetet med införandet av SVF har landstinget finansierat en läkare i primärvården som på 20 procent av sin arbetstid har som uppgift att arbeta med implementeringen av SVF. En viktig uppgift för honom är att sprida kunskap om VGM i hela primärvården i landstinget samt till privata vårdgivare. I övrigt stödjer landstinget införandet genom förbättringsledare som finns med som stöd i hela införandeprocessen. De har erfarenhet från tidigare SVF-införande samt från daglig drift av dessa.

2.2. Utmaningar och konsekvenser

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

Utmaning	Planerad åtgärd
<p>När det gäller buksarkom har vi fått signaler om att viss fördröjning av planerat startdatum kan ske då förloppet involverar flera verksamheter och anses mer komplicerat än övriga SVF.</p>	<p>Vi kommer att noga följa gruppens arbete så att det inte blir för stora fördröjningar av planerad tidplan. Vid behov kan vi komma att sätta in mer stöd.</p>
<p>De tre nya SVF:erna kommer att behandlas över landstingsgränsen där vi redan idag ser problem med SVF-märkning och därmed uppföljning.</p>	<p>Regionens cancersamordnare/projektledare har beslutat att skapa en checklista som ska användas i hela regionen. Cancerrådets samordnare bevakar detta.</p>
<p>Att engagera patientföreträdare. Värmland saknar patientföreningar för många diagnoser varför naturlig samarbetspartner saknas.</p>	<p>Eftersom Värmland saknar patientföreningar för de flesta diagnoser har vi löst frågan genom att erbjuda erfarna patienter att delta i processarbetet. Ordförande och samordnare i landstingets Cancerråd har regelbundna möten med de patientföreningar som finns i länet. Vid dessa möten går vi igenom aktuellt läge i SVF-arbetet och de frågeställningar som företrädarna specifikt ser behöver belysas.</p>
<p>Att genomföra patient- och närståendeutbildning</p>	<p>För 2018 planeras en patient- och närståendeutbildning. Den är resurskrävande men vi ser den som en del av vårdutbudet.</p>
<p>Att hålla i och hålla ut i vikten av dokumentation, kodning och registrering.</p>	<p>Förbättringsledare har ansvar för och följer specifika SVF. För varje SVF finns en primär och en sekundär förbättringsledare som fungerar som kontaktperson. Vi har skapat ett nytt arbetsutskott (AU) som träffas varannan vecka där förbättringsledare, cancersamordnare och ordförande samt representant från hälso- och sjukvårdsstaben träffas. Här diskuteras kodningsbekymmer och beslutas om insatser. Till vår hjälp, som adjungerade, har vi representanter för vårt journalsystem som hjälper oss lösa och upptäckta problem angående exempelvis kodning.</p>

	<p><i>Koordinatorer och förbättringsledare kommer fortsättningsvis att ha ansvar för att kontinuerligt följa upp kodning och registrering i sina respektive SVF. Förbättringsledarna har direktkontakt med processansvariga och processgrupp.</i></p> <p><i>Vi ser det som viktigt att Cancerrådet och AU kontinuerligt bevakar och följer att registreringen följs upp så att den inte prioriteras bort när annat trycker på.</i></p>
--	--

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.

Använd gärna tabellen:

Risk för undanträngning/omprioriteringar	Planerad åtgärd
<i>De breda trattarna för ingång i SVF prostata- och urinblåsecancer innebär en stor ökning av mottagningsbesök och ett mycket hårt tryck på urologkliniken där undanträngning riskeras för de patienter som behöver återbesök eller har sjukdomar som inte är lika högprioriterade som cancer.</i>	<i>Vidareutbildning av sjuksköterskor som cystoskopister (urinblåsa). Följa kötider. Se även svar på fråga 6.2.</i>
<i>Även inom utredning för tarmcancer är tratten in bred vilket påverkar behovet av endoskopi.</i>	<i>Vidareutbildning av sjuksköterskor som endoskopister.</i>
<i>Den höga provingången inom urologi är också kännbar för patologi och radiologi och även här riskeras undanträngning av mindre prioriterade prover.</i>	<i>Patologin fortsätter med tidigare påbörjat förbättringsarbete/förändrat arbetssätt. Landstinget gör en ekonomisk satsning på specialistutbildning med betald utbildning. Se även svar på fråga 6.2</i>

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?

Utifrån intentionerna i den så kallade "Patientmiljarden" planerar vi att i projektform bedriva implementeringen även av den elektroniska "Min vårdplan". I och med att "Min vårdplan" är individuell kan den stödja kontaktsjuksköterskans patientarbete för en tydligare process och mer nöjd patient.

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.

Vi har inga kommentarer gällande den nationella definitionen av välgrundad misstanke.

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?

Ordförande och samordnare i landstingets Cancerråd har regelbundna möten med de patientföreningar som finns i länet. Inför mötet i februari skickades mallen ut för att då gå igenom den för eventuella medskick på innehåll. Förslaget till handlingsplan har skickats ut till samtliga ledamöter för synpunkter.

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

Eftersom Värmland saknar patientföreningar för de flesta diagnoser har vi löst frågan genom att erbjuda erfarna patienter att delta i processarbetet. Ordförande och samordnare i landstingets Cancerråd har regelbundna möten med de patientföreningar som finns i länet. Vid dessa möten går vi igenom aktuellt läge i SVF-arbetet och de frågeställningar som

företrädarna ser behöver belysas specifikt.

4.2 Vårdens medarbetare

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

Vi har satsat på att ha en lättillgänglig information, med få klick, på vårt intranät. Vår primärvårdsläkare, som har avsatt tid, besöker regelbundet vårdcentralerna för att fånga upp eventuella frågeställningar och sprida information om SVF. Regelbundet sker obligatoriska möten med länets samtliga primärvårdsläkare där SVF är en stående punkt på dagordningen. Utbildning sker kontinuerligt till vårdadministratörer och möten med processledare, kontaktsjuksköterskor och koordinatörer har genomförts och kommer att genomföras för att få en samsyn på SVF-arbetet.

Vi vill även sprida möjligheten att genomföra projektarbete inom SVF-området för de som genomgår utbildning/vidareutbildning inom vårdområdet. Se vidare 5.1c

Som en del i introduktionsutbildningen för landstingets nya chefer ingår information om SVF-arbetet. I denna ges en bakgrundsbeskrivning av införandet och hur processarbetet fortgår samt hur detta har påverkat vården och ledtider.

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.

Vi har SVF-remissmallar för varje SVF. I och med att KVÅ-koderna är knutna till en viss fraskod, till exempel "start av behandling", så slipper vi steget med att någon ska komma ihåg att koda. Dessutom har koordinatörer fått i uppgift att, varje vecka, följa upp och korrigera eventuella felaktigheter i kodningen inom varje SVF.

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

Denna fråga är inte löst för patienter som korsar landstings/regiongräns eftersom landsting/regioner har olika journalsystem och därmed finns inte förutsättningar för ett enhetligt arbetssätt.

Regionens cancersamordnare/projektledare har beslutat att skapa en checklista som ska användas i hela regionen. Förhoppningsvis kan checklistan säkra patientens väg och tillse att kodning sker under patientens väg fram och tillbaka mellan vårdgivarna.

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

Resultaten används för att identifiera flaskhalsar och flera förbättringsarbeten har införts

utifrån resultaten. Vi vill sprida de goda exempel som pågår i vår verksamhet och ger här ett par exempel:

Radiologin och patologins ledtider

Båda har genomfört förbättringsarbete för att minska ledtider och vi har nu möjlighet att följa radiologins ledtider månadsvis. Patologin har ingått i SKL:s arbete för att kunna mäta ledtider inom patologi.

Lungcancerstudien

På uppdrag av Cancerrådet genomfördes under 2017 en lungcancerstudie av en ST-läkare som ett led i verksamhetsutveckling och kvalitetssäkring av icke småcellig lungcancer i Värmland. Studien var retrospektivt jämförande och baserades på journaldata från patienter med icke småcellig lungcancer före och efter införandet av SVF lungcancer i Värmland. Syftet var att undersöka om införandet av SVF inneburit att värmländska patienter med lungcancer får ett snabbare vårdförlopp till diagnos än tidigare och om det i så fall medför att fler patienter upptäcks i ett tidigt skede av sjukdomen, stadium I.

Studien visar att efter införandet av SVF har handläggningstiden för patienter som handläggs i primärvården i Värmland minskat tack vare ökad tillgänglighet och kortare väntetider till DT thorax. Genomgången visade vidare att införandet av SVF förkortat vårdförloppet mellan första besök i vården och remiss till lungmedicinmottagning ffa genom att medelväntetiden till skiktröntgen minskat från 22–12 dagar ($p=0,02$) för patienter från primärvården. Även handläggningstid är förkortad där medeltiden under 2015 var 58 dagar och under 2017 45 dagar ($p=0,19$).

Antal patienter i stadium I, tidigt stadium, har ökat från tre 2015 till åtta 2017. De flesta patienter upptäcks i ett sent skede och det finns behov av att belysa ämnet utförligare. Ofta föreligger en betydande patients delay innan man söker. Kunskap kring alarmsymtom för lungcancer i befolkningen men också för vårdpersonal förefaller kunna förbättras. Rökning är en dominerande riskfaktor för lungcancer och satsningar på att minska rökning i samhället är viktigaste åtgärden för att förebygga lungcancer. Med utgångspunkt från studien genomförs en utbildningsinsats riktad mot primärvård kring tidig upptäckt av lungcancer för att öka medvetenheten kring riskfaktorer och alarmsymtom.

Analysering av lungcancerprover

För att förkorta ledtid för insatt behandling av lungcancerpatienter har patologen i samråd med onkologi och lungmedicin beslutat att patologen beställer kompletterande prover som utförs i Örebro redan vid diagnossättning och inte som idag vid MDK.

Besöksmottagning i kvinnosjukvården

Kvinnosjukvården har påbörjat ett arbete för att minska ledtiderna genom att använda sig av obokade tider som ST-läkare ansvarar för med handledning av van gynonkolog.

Utökad kuratorsverksamhet

Se vidare 5.2

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?

Från de enkätsvar vi fick under 2016 gjorde vi en preliminär analys. Den visade att svaren från patienter med urologisk SVF dominerade och att den dimension som var lägst skattad var "emotionellt stöd". Utifrån analysen har Cancerrådet beslutat att tillföra medel som gör det möjligt till utökad kuratorsverksamhet vid urologmottagningen där samtliga urologiska patienter hanteras inom vårt landsting. På så vis hoppas vi stärka det emotionella stödet.

Utifrån kontakter med patienter som fått PREM-enkäten och känt sig oinformerade om att de ingår i ett SVF har vi infört tvingande fält i remissen. Det tvingande fältet i remissen innebär att remittenten intygar att patienten är informerad och fått informationsbladet om att hon/han utreds enligt SVF. Det tvingande fältet blir en automatisk påminnelse att informera patienten om att hon/han ingår i ett SVF.

För de tre SVF som införs våren 2018 har vi redan tecknat avtal om att även omfatta dessa i kommande enkätomgångar.

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?

Det är hos oss ingen tvekan om att SVF varit ett lyckat arbetssätt om än något snabbt infört och vi har inga tankar på att avsluta arbetet utan planerar att införa det i landstingets övriga processer. Detta säkerställs genom att de förbättringsledare som deltagit även deltar i det fortsatta processarbetet.

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.

- 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.

Nuläget ser gott ut för vissa diagnoser men inte för alla. Det som nu sker är följande:

- Vi går igenom SVF-processerna för att hitta flaskhalsar.
- Landstinget försöker idag locka tillbaka kompetens genom olika arbetstidslösningar.
- Vi satsar på utbildning av ST-läkare.
- Privata vårdgivare med avtal avlastar under uppbyggnad av landstingets egen kompetens.
- Satsning på specialistsjuksköterskor där 20 miljoner kronor har avsatts för att utbilda 50 specialistsjuksköterskor med utbildningen betald.

- *Kompetensöverföring där specialistsjuksköterskor utbildas för att kunna genomföra exempelvis cystoskopiundersökningar och endoskopier.*
- *Infrastruktursatsningar:*
 - *Landstinget har byggt upp en god operationskapacitet med ett utökat antal operationssalar som nyligen öppnats. Genom detta har vi byggt bort byggnadstekniska flaskhalsar där vi tidigare begränsades inte bara av antalet salar utan också av deras olika storlek vilket gjorde salarna mindre flexibla.*
 - *Även uppvakningsavdelningen som tidigare var underdimensionerad har ökat sin kapacitet för ett bättre genomflöde. Genom denna satsning har vi även möjlighet att skilja akut flöde från elektiv. Arbete pågår för att kunna utnyttja denna utökade kapacitet.*
 - *Projektering pågår för ytterligare nybyggnation i vilket vi planerar för en utökning av antalet accelerators (strålbehandlingskapacitet) från dagens två till tre.*

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

Vi bedömer att det i nuläget framförallt är urologiska diagnoser, prostatacancer och urinblåsecancer.

b) Vilka insatser planerar landstinget för dessa diagnoser?

- *Tillgång till mottagningen begränsar – här har redan ett utökat antal biopsimottagningar samt ett förändrat arbetssätt påbörjats.*
- *Privata alternativ med avtal utnyttjas tills kompetens har rekryterats eller lärts upp. Dessa utreder och kan även starta behandling så som aktiv monitorering.*
- *Diskussion pågår om avtal med privat aktör även för operationer i robot.*
- *Genom olika lösningar försöker vi locka tillbaka kompetens.*
- *Satsning sker på utbildning av ST-läkare.*
- *Kompetensöverföring sker genom att specialistsjuksköterskor utbildas för att kunna genomföra cystoskopiundersökningar och avlasta urologer.*
- *Ökad operationskapacitet. Se vidare 6.2 a*
- *Ökar kapacitet för strålbehandling. Se vidare 6.2 a*

Frågor om handlingsplanen besvaras av:

Eva Wassén Eriksson

eva.eriksson@liv.se

054-61 41 65, 070-601 46 96

Redovisningen för Landstinget i Värmland lämnas 2018-03-08 av

Charlotta Gestblom

Överläkare

Verksamhetschef klinisk patologi

Ordförande i Cancerrådet

Eva Wassén Eriksson

Utvecklingsledare

Samordnare i Cancerrådet

Projektledare för Standardiserade vårdförlopp

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/>