

Handläggare:  
Anne Genander, Projektledare  
E-post: [anne.genander@dll.se](mailto:anne.genander@dll.se)  
tele: 070-550 24 60

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

### **Landstinget Sörmland**

Redovisningarna ska vara Socialdepartementet  
tillhanda senast den 1 november 2018



**Regeringskansliet**  
Socialdepartementet



REGIONALA  
CANCERCENTRUM  
I SAMVERKAN



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

## **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.

Införandet i Sörmlands läns landsting har följt handlingsplanen för två av tre förlopp, vilka har gått in i befintlig struktur för SVF på respektive enhet sedan mars månad.

När det gäller SVF-förloppet för neuroendokrina buktumörer GEP/NET, inklusive binjurecancer har vi frångått tankegångarna i handlingsplanen, där förslaget var att Diagnostiskt centrum skulle ansvara för detta förlopp. Efter dialog så har vi enats om att filterfunktionen för detta förlopp ska vara respektive medicinmottagning med endokrinologisk kompetens. Struktur för förloppet är etablerat sedan slutet på maj månad.

### 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.

Datauttag är gjort 2018-10-07 och källan är åtgärdskodning i journalsystemet, NCS-Cross.

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*	3	4				
Akut myeloisk leukemi	1	3				
Analcancer*	7	5				
Bröstcancer		301				
Buksarkom*	1	1		1		
Bukspottkörtelcancer	13	31	6	7		
Cancer i galla och gallvägar*	9	10	3	1		
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	47	63				
CUP – Cancer utan känd primärtumör	28	37				

Hjärntumörer	5	3	3	7		
Hudmelanom	144	131	4	2		
Huvud- och halscancer	33	42	26	20		
Kronisk lymfatisk leukemi	7	4				
Levercancer	12	7	3	1		
Livmoderhalscancer (cervix)		6		7		
Livmoderkroppscancer (endometrie)		81		10		
Lungcancer	48	44	3	13		
Lymfom	35	33				
Matstrupe- och magsäckscancer	19	16	3	1		
Myelom	19	13				
Neuroendokrina buktumörer (GEP-NET)*		1				
Njuncancer	25	24	11	8		
Peniscancer*	8		3			
Prostatacancer	440		13			
Skelett- och mjukdelssarkom	7	6	3	1		
Sköldkörtelcancer	1	4	1	1		
Testikelcancer*	18		2			
Tjock-och ändtarmscancer	234	225	6	1		
Urinblåse- och urinvägscancer	289	175	6	4		
Vulvacancer*		4		1		
Äggstockscancer		33		6		

### 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?

Nej men arbetet för ledtidssamordnare har underlättats i och med den nya SVF-rapporten finns tillgänglig på personnummernivå för berörda koordinater, vilket gör att det är går smidigare att rätta upp eventuella felaktigheter.

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

Från och med mars månad har landstinget Sörmland överfört data med s.k. automatisk filöverföring från landstingets datalager till SKL:s Signe databas. Överlag verkar det fungera bra.

Kvalitetssäkringen av ofullständigt rapporterade SVF-förlopp skickas månatligen till respektive koordinator för justering. Ett dilemma är att rättningar i journalssystemet

inte slår igenom i statistikmodulen, vilket medför att resultatet av ”rättningar” inte syns. Felanmälan är upprättad och åtgärd beställd till leverantören men ännu inte effektuerad, detta gör att incitamentet att rätta ytterligare försvåras då de inte direkt får genomslagskraft.

- 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?

Genom nätverksträffar i sjukvårdsregionen för projektledare, ledtidssamordnare, verksamhetsutvecklare m.fl. har vi diskuterat uppgjorda rutiner och följsamhet till dem vid behov har justeringar genomförts. På dessa möten har vi även diskuterat skillnader i rapportering mellan våra sju landsting/regioner och vi ska få bättre följsamhet av KVÅ-kodning när flera landsting delar på ansvaret för ett enskilt standardiserat vårdförlopp. Frågorna har ibland hänvisats till vårdprocessgrupp för det berörda diagnosområdet då det krävts ett större arbete för att få till ett arbetssätt i sjukvårdsregionen.

Kontakter sker också direkt mellan SVF-koordinator till SVF-koordinator då felaktigheter upptäcks i de olika SVF-förloppen. Problematiskt är att omsättning av personal är hög så i Stockholm verkar det som det inte finns någon koordinator kvar sedan starten och det försvårar arbetet med kodning över landstingsgränserna.

Landstinget Sörmland har kodat 185 patienter med en 90-kod, i Signe finns det 62 patienter mottagna från Sörmland med en 91-kod, de fördelar sig på följande sätt; 21 till Uppsala, 27 till Örebro, 14 till Östergötland och 0 till Stockholm.

- d) Finns övrigt att kommentera utifrån de uppgifter som är lämnade i tabellen ovan? Uppgifterna är tagna direkt ur journalsystemet och kan därför divergera mot de siffror som finns i Signe databasen. Anledningen är främst att det är mycket enklare att redovisa uppgifterna uppdelat på kön.

## 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?

Använd gärna tabellen:

Risk för undanträngning/omprioriteringar	Genomförda åtgärder
Få patienter i de nya förloppen, svårt att rigga egen organisation för dem. Framförallt neuroendokrina tumörer inkl.binjuretumörer.	Filterfunktion har fungerat bra för Neuroendokrina tumörer GEP/NET inklusive binjuretumörer. Införandet av de övriga nya förloppen för 2018, vulvacancer och buksarkom, har också fungerat bra.
MR för andra patientgrupper och även svårt att få en MR enligt tidsförloppen för SVF.	Tillgången till MR i länet för SVF-förloppen har varit fullgod och med tillfredsställande väntetid.
DT Urografi har fått längre väntetider för andra patientgrupper till följd av införandet av	Verksamheten på radiologiska enheterna har anpassats efter SVF-införandet och fungerar

SVF urinblåsecancer.	bra.
Väntetid till koloskopi för kontroller och benigna åkommor riskerar längre väntetider till följd av SVF-införander. SREESCO-studien påverkar även tillgängligheten till koloskopi. På endoskopienheten, Mälarsjukhuset, har man tillgänglighetsproblem.	Verksamhetsutveckling har genomförts och bemanningssituationen har förbättrats. Undersökningar kan nu bokas i tid.
Svarstider för patologi, varierar och just nu verkar det vara vissa problem att klara leveranstid inom SVF-tiden.	Vi har en kontinuerlig dialog med Unilabs om efterlevnaden av vårt avtal. Avvikelse skrivs, om tiden för patientens återbesök fördröjs relaterat till att det inte finns patologisvar tillhanda.

## 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?

Varje infört SVF-förlopp har tagit fram en Min vårdplan om det inte redan fanns en sådan.

Som en del i Min vårdplan har vi infört Hälsoskattningsformulär, framtaget av region Örebro, formuläret är framtaget som ett Eye Doc.-dokument som har koppling mot journalsystemet. När formuläret fylls i digitalt genereras det en sammanfattning i journalen. Utifrån den sammanfattningen utformas åtgärder för patienten som en del i den individuella vårdplanen.

Uppsala Örebro sjukvårdsregion deltar i det nationella projektet för att införa digital Min vårdplan, e-MVP, i hela sjukvårdsregionen med start för diagnoserna huvud- och halscancer samt tjock- och ändtarmscancer. Målet är att innehållet i Min vårdplan ska vara så nationellt generiskt som möjligt och att sedan endast mindre regionala/lokala tillägg ska behöva göras i e-MVP. Detta tryggar en mer jämlik vård för patienterna att de får likvärdig information. Vår ambition är att informationen i alla diagnosspecifika vårdplaner ska vara generiskt lika nationellt och att de nationella vårdprocessgrupperna ska ha ett ansvar för faktagranskningen, så att informationen stämmer överens med innehållet i de nationella vårdprogrammen.

## 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?

I SVF-grupperna är patientrepresentanter inbjudna och deltar när de har möjlighet.

Vi har sedan april patientmedverkan på lokala Cancerrådets möten, de två största patientföreningarna är representerade. Det har tillfört bra dynamik och bra diskussioner på våra

möten. SVF är en stående punkt på Cancerrådets agenda med relativt mycket tid avsatt på varje möte.

### **3.2 Vårdens medarbetare**

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

Det finns med i introduktion av ny personal på Vårdcentralerna, nya AT-läkare där Patientsäkerhetsenheten ansvarar för SVF-informationen.

Arbets sättet med utredning enligt SVF är implementerat och finns i de styrande dokumenten.

Information om SVF finns på vårt Intranät, där finns bl.a. alla kortversioner, länkar till RCC hemsida till förloppen, kodvägledning och patientinformationen. Vidare finns här kontaktuppgifter till SVF-koordinatorerna i landstinget och i vår sjukvårdsregion.

Vi ger även ut ett SVF-Nytt som finns publicerad på landstingets hemsida men det skickas även ut brett i verksamheten.

Vi har återkommande workshops för SVF-koordinatorerna som i sin tur återkopplar kodning och ledtider till sina kliniker.

Återkommande SVF-information ges till de medicinska rådgivarna i primärvården, på chefsmöten och Hälsovalsmöten om aktuellt läge och utvecklingsbehov. Projektledningen erbjuder information och utbildning till alla verksamheter på forum som passar dem t.ex. arbetsplatsträffar eller utbildningsdagar.

## **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 behandlingsskoder sätts vid de tidpunkter som specificeras i vårdförloppsbeskrivningarna.

Viktigt att återkommande påminna om att starta och avsluta ett SVF-förlopp. Detta är ett ständigt återkommande arbete i teamet mellan SVF-koordinator, läkare och medicinska sekreterare på varje enhet som ingår i ett SVF-förlopp.

Via medel från sjukvårdsregionen har vi beställt en förbättrad rapport till vår IT-enhet. Rapporten ska visualisera ledtider och utveckling av varje SVF-förlopp över tid.

SVF-koordinatorerna per vårdförlopp har ett ansvar för att kvalitetsäkra kodningen och ledtiderna för de vårdförlopp som de är ansvariga för.

Diskussion om tolkning av kodningsrutiner diskuteras vid vårdprocessgruppernas möten så att tolkningen av rutinerna görs så lika som möjligt i sjukvårdsregionen

Vi ställer också frågor till varandra i SVF-projektledarnätverket i sjukvårdsregionen för att säkra att vi tolkar dem på samma sätt.

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

Uppföljning av antal satta koder för Välgrundad misstanke, VGM, per vårdcentral görs månatligen. I de förlopp där SVF startats men inte kodats återkopplar ledtidsamordnaren till respektive kontaktperson på vårdcentralen.

Beställaren av primärvård och privat vård, Hälsoval, följer upp hur många koder för välgrundad misstanke som satts på respektive vårdcentral samt hur väl man informerar patienterna om att ett SVF startats.

Det finns tre privata gynnottagningar och en privat urologisk mottagning och de följs också upp via beställaren Hälsoval.

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

Resultatet följs upp regelbundet av Cancerrådets AU, Cancerrådet och berörda verksamheter för respektive SVF-förlopp samt till primärvården.

Uppföljning sker också i samband med dialogmöten med representanter från sjukvårdsregion processledare, koordinatörer från RCC och med vårdprocessens representanter, vid dessa möten deltar även Cancerrådets ordförande och cancersamordnaren.

## 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?

Landstinget har använt sig av PREM-enkäten till alla SVF som införts, även de som införts under innevarande år. Dock föreligger inte tillräckligt antal svar för de mindre diagnosgrupperna och inte för de SVF som införts i år.

Svarsfrekvensen ligger på 62,8 % för alla patienter och för patienter utan cancerdiagnos ligger svarsfrekvensen på 59 %.

Återföring av resultatet har skett till de kliniker och processgrupper där det föreligger ett resultat per SVF-förlopp på Sörmlandsnivå, vilket är de största diagnosgrupperna (prostata, urinblåsa, bröstcancer, tjock- och ändtarmscancer, huvud-halscancer och gyn cancer samlat).

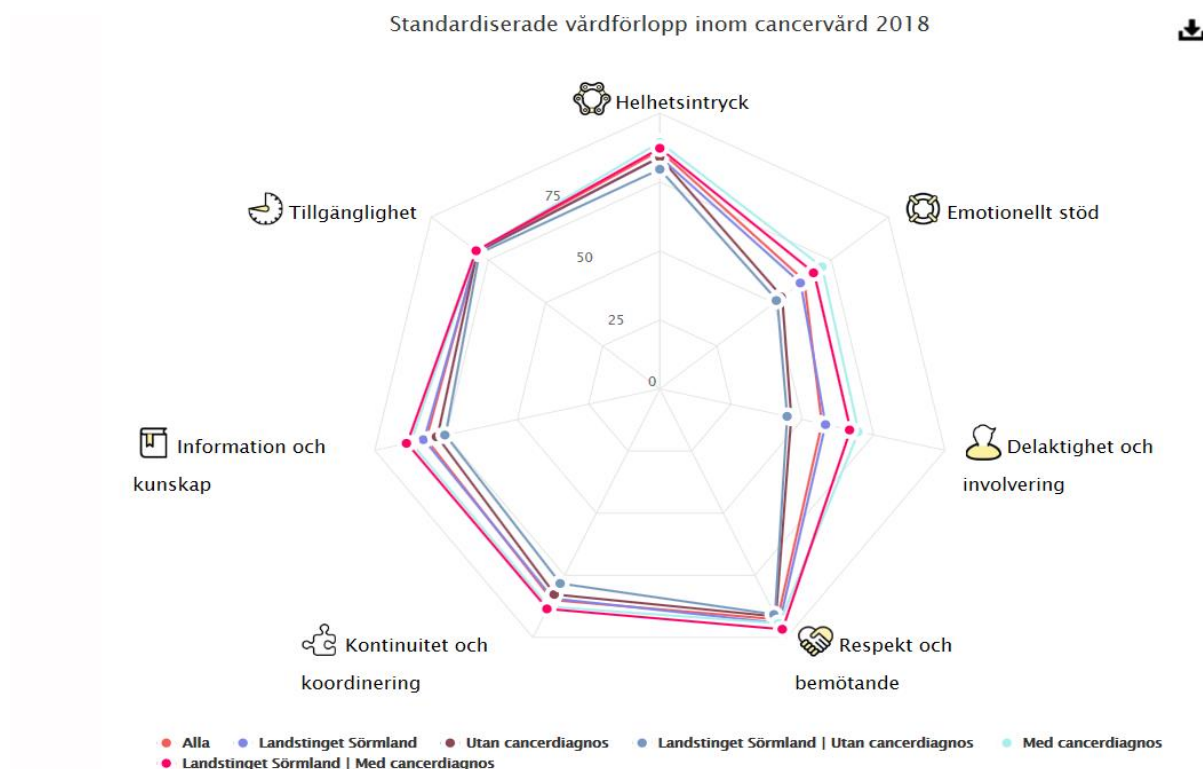
Resultatet visar att helhetsintrycket, respekt och bemötande, kontinuitet och koordinering, tillgänglighet är mycket gott. Medan dimensionerna för emotionellt stöd, delaktighet och



involvering är patienterna, mindre nöjd med och ännu mindre nöjd om man inte fått en cancerdiagnos. Vårt resultat följer rikssnittet, se spindeldiagram nedan.

Att patienterna är mindre nöjda om man inte får en cancerdiagnos är något vi tagit upp med primärvårdens verksamhetschefer på ett fysiskt möte som beställaren kallar till. Troligen har patienterna kvar sina symtom och utredningsgången och omhändertagandet fortsätter då inte på samma tydliga sätt som under SVF-utredningen för patienter som inte får en cancerdiagnos.

Resultatet har även återförts på Lokala cancerrådet och diskuterats där återkommande under året särskilt fritext kommentarerna är värdefulla för verksamheterna och ger värdefull information om vad som behöver utvecklas och vad som patienterna är särskilt nöjda med.



## 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?

Landstinget har bestämt att SVF är det nya sättet att utreda cancer och SVF kommer fortsättningsvis att vara en integrerad del i hälso- och sjukvårdens verksamhet i Landstinget Sörmland. Cancerrådet har ett övergripande ansvar för att SVF-arbetet i landstinget. Hur förvaltningen av SVF ska se ut i Sörmland efter införandeprojektets avslutning diskuteras och kommer att ingå som en del i Kunskapsstyrningen för området Cancer.

Vi jobbar för att ledtiderna för varje SVF ska följas upp regelbundet på kliniknivå i PLUSS, landstingets uppföljningssystem.

Kommentar från primärvården:

*”SVF känns nu så etablerat att det är svårt att komma ihåg hur vi gjorde tidigare.”*

Införandet varit ett mycket stort lyft. Osäkerheten kring vad som händer efter våra remisser är betydligt minskad, och tiden som patienten går i våndan av att inte veta är betydligt kortare och mer strukturerad än tidigare.

Det som verkligen varit till stor hjälp är Diagnostiskt centrum. Detta är ett mycket bra sätt att färdigutreda en patient på ett snabbt och effektivt slut. Utredningarna där har upplevts som mycket hjälpsamma av oss i primärvården.

## 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?

Målet att 70 % av nya cancerfall inom aktuella diagnosområden ska utredas via ett SVF är i praktiken redan uppfyllt. Däremot att 80 % av dessa patienter ska gå igenom respektive SVF inom maximala tidsgränser är svårare att uppnå. Avgörande är tillgång på personal, operationsresurser, resurser för onkologisk behandling samt tillgänglighet till MDK som ofta bara är en gång per vecka.

Kommentarer till punkterna i årets handlingsplan;

- Diagnoser med stora volymer som kräver slutenvårdsplatser, t ex prostatacancer och kolorektalcancer. Att vi bara har en MDK per vecka är också lite fördröjande men det är heller inte möjligt att organsira fler konferenser i nuläget. Något fler vårdplatser är öppnande och rekrytering till operation har förbättrats.
- Övergången från vårdplatsenheter till klinikbundna avdelningar börjat ge positivt resultat. Lättare att rekrytera och behålla personal.
- SSIH-platser, inneliggande, i Nyköping har åter öppnats, vilket underlättar vårdplatssituationen på övriga avdelningar.
- Studielön under specialistsköterskeutbildning och för undersköterskor som utbildar sig till sjuksköterskor.
- Landstinget satsar också på att utvidga vårdnära servicetjänster för att förbättra arbetsmiljön för sjukvårdspersonal. Syftet är att sjukvårdspersonal ska ägna sig ut sjukvårdande arbetsguppfigter.

- Arbetet med ”Framtidens vårdavdelning” på Akutvårdsavdelningen i Nyköping och på kirurgkliniken på Mälarsjukhuset har fortsatt under året. Arbetstidsmodellen innebär bland annat: kortare arbetspass, individuellt anpassade scheman, schemalagd tid för kompetensutveckling och mer ledig tid efter nattarbete och annan obekvämlig arbetstid som storhelger.

## 6. Ekonomi

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

Medlen finansierar en övergripande projektledare för införandet av SVF på deltid. Ungefär hälften av stimulans medlen finansierar det sedan 2016 etablerade Diagnostiska centrat, DC. Beslut finns om att permanenta DC och nivåhöjande medel finns avsatt i budget 2019 på samma nivå som under projektet.

Vidare har medlen använts för att stärka bemanningen av koordinatorsfunktionen och kontaktsjuksköterskor på de berörda verksamheterna samt en kurator på Onkologen. Stimulansmedlen finansierar också ett tjänste-designprojekt för Cancerrehabilitering där syftet är att ta reda på vad patienterna efterfrågar avseende cancerrehabilitering och därefter lämna förslag på åtgärder för att kunna svara upp mot patienternas behov. Motsvarande medel som avsatts för personal i SVF-införandet ska under 2019 belasta medel från ”Personalmiljarden”.

Medlen har även använts till utvecklingsarbete och utbildningsinsatser internt men också till finansiering av kontaktsjuksköterskeutbildning externt.

IT-utveckling av ledtidsrapport internt i landstinget. SVF-PREM enkäterna belastar också stimulansmedlen.

## 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.

Föra in mätpunkterna för välgrundad misstanke och start av behandling i de kvalitetsregister som finns och där SVF införts.

Strukturerade journalmallar som är processbaserade – om möjligt nationellt generiska, för att lättare och mer automatiserat kunna samla in likvärdig data. Idag görs otroligt mycket manuellt med rapportering av hälso- och sjukvårdspersonal som skulle kunna ägna sin tid till patientarbete i stället.

Fortsätta följa upp väntetider till cancerbehandling i landet och ställa krav på kvalitetsregister eller motsvarande att kunna lämna uppgifter mer i realtid, så som Koll på läget.

## **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/>