

Audit om tidlig opsporing af kræft i almen praksis



Svarrapport
11 klynger med i alt 102 praksis
Region Midtjylland **2021**

VIGTIGT OM DENNE RAPPORT

Denne APO-rapport er primært et deskriptivt arbejdsrapport for deltagerne i projektet. Der forestår et betydeligt validerings-, analyse- og fortolkningsarbejde. Kun med betydelige forbehold kan resultaterne bruges til andre formål end deltagerens egen kvalitetsudvikling. Disse forbehold fremgår ikke af rapporten.

APO offentliggør denne rapport for at give inspiration til lignende kvalitetsudviklingsprojekter, give hypoteser til forskning og vise hvilke data, APO har tilgængelige til forskning. APO fraråder, at andre end deltagerne drager konsekvenser af rapportens indhold. Dette bør afvente den videnskabelige bearbejdning og publikation af data fra projektet.

IMPORTANT ABOUT THIS REPORT

This APO-report is primarily a work paper for the participants in the project. Considerable validation, analysis, and interpretation of the audit data is warranted. Substantial reservations should be taken if using these results for other purposes than the participants own quality development. These reservations are not described in the report.

APO publishes this report to inspire similar quality development project, inspire research hypotheses, and show the data available for science.

Other parties than the project participants should generally avoid to draw consequences based on the results in this report before the scientific processing is completed and published.

Kolofon: Audit om tidlig opsporing af kræft i almen praksis 2021

Udgivet af: Audit Projekt Odense (APO)
Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense
J.B. Winsløvs Vej 9A
5000 Odense C

Forfattere: Gitte Bruun Lauridsen, læge, ph.d.-studerende, Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet
Jesper Lykkegaard, praktiserende læge, lektor, Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet, leder af APO

Lay-out: Susanne Døssing Berntsen

Print: Grafisk Center, SDU

Oplag: 400

Audit om tidlig opsporing af kræft i almen praksis

Kan du forbedre den tidlige opsporing, praksisorganisering og samarbejdet med udredningstilbuddet på dit lokale sygehus?

Indholdsfortegnelse:

Indledning.....	5
Samlede resultater i tabelform	8
Antal registreringer.....	10
Alder og køn.....	11
Antal registreringer fordelt på områder og cancerdiagnose	12
Antal uger med symptomer	13
Alder og kræftdiagnose	14
Samlede resultater.....	15
Hyppeghed af symptomer	20
Hyppeghed af hændelser i udredningsforløb	22
Vurdering	26
Antal uger med symptomer forud for første kontakt	29
Kontakter	30
Patientinterval	33
Læge-system-forsinkelse	35
Corona-nedlukning	37
Variationer	39
Forløb	42
Patient- og Læge-system-forsinkelse	43
Vurdering i forhold til klynger	44
Samlede resultater i tabelform fordelt på køn	46
Registreringsskema	48
Vejledning til registreringsskemaer.....	49
Kræftdiagnostik symptomliste	51

Baggrund

Hvor, hvornår og hvordan henvender de patienter sig til sundhedsvæsenet, som viser sig at have kræft? Opdager vi de tidlige symptomer på kræft i tide? Hvornår og hvordan blev de patienter viderehenvist, der senere viste sig at have kræft? Hvilke forskelle er der på kræfttyperne? Kan vi huske vore egne kræftpatienters diagnostiske forløb, og lærer vi af dem?

Hvilke rutiner i de kræftdiagnostiske forløb hos os i almen praksis eller i samarbejdet med vores lokale sygehus, kan vi forbedre?

Indførelse af kræftpakkeforløbene i 2008 har medført en væsentlig forbedring i udredning og behandling af kræftpatienter, særligt via de specialespecifikke kræftpakkeforløb, der er designet til patienter, som præsenterer sig med specifikke alarmsymptomer på kræft.

Retrospektive undersøgelser af kræftpatienters diagnostiske forløb har dog vist, at op mod halvdelen af de patienter, der diagnosticeres med kræft, ikke præsenterer sig med specifikke alarmsymptomer. Denne gruppe af patienter er i særlig risiko for forsinkelse i udredningsforløbene.

Henvisning til et MAS-forløb (Mistanke om Alvorlig Sygdom) typisk på et diagnostisk center blev indført som en samlet, hurtig udredningspakke til de patienter, hvor den praktiserende læge har mistanke om alvorlig sygdom, der kunne være kræft, men hvor patienten ikke passer ind i de organspecifikke kræftpakker. Forud for henvisning anbefales det typisk, at patienten får taget en række specifikke blodprøver. Det videre udredningsforløb afhænger af lokale praktiske forhold. Nogle steder henvises patienten til den lokale diagnostiske enhed umiddelbart i forlængelse af blodprøven; andre steder vurderer den praktiserende læge, hvorvidt patienten skal have foretaget UL af abdomen/røntgen af thorax eller CT-scanning først. Det billeddiagnostiske resultat er herefter afgørende for, hvorvidt patienten fortsætter i udredningsforløbet på mistanke om alvorlig sygdom eller hos egen læge.

Mange faktorer påvirker det diagnostiske forløb. Hvor længe venter patienten med at henvende sig? Hvad sker der i udredningsforløbet? Hvilke læger og personale har kontakt til patienten i forløbet? Hvordan sikres det, at de relevante sundhedsprofessionelle i praksis bliver opmærksomme på patienten med symptomer på kræft, så udredningen ikke pauseres unødigt ved bortkommen positivt- eller falsk betryggende negativt prøvesvar eller grundet manglende videregivelse af information internt i praksis? Hvilken billeddiagnostik bør vælges? Hvordan henvises mest hensigtsmæssigt og hvordan er det relevant for almen praksis at følge op på sygehuset- og praktiserende speciallægers diagnostiske arbejde?

Formål

APO's kræftaudit har til formål at sætte fokus på, og forbedre den tidlige opsporing af kræft i almen praksis samt at styrke samspillet mellem almen praksis og det lokale sygehus. Særlig fokus er på udredning af- og samspillet om patienter, der præsenterer sig uden organspecifikke alarmsymptomer.

Projektet giver de deltagende praktiserende læger mulighed for refleksion over egne kræftpatienters diagnostiske forløb og for at dele deres erfaringer med andre praksis.

Metode

Projektet blev udviklet af Audit Projekt Odense (APO) for den regionale indsats ”Jo før Jo bedre i almen praksis – tidlig opsporing af kræft” i Region Syddanmark, hvor projektet første gang blev udført i 2018 og siden i sin nuværende form i foråret 2021. Der er tale om en retrospektiv journalaudit baseret på APO-metoden. Projektet i Region Midtjylland blev tilbudt som klyngeforløb, hvor alle almene lægepraksisser i klyngerne blev inviteret til at deltage. Regionen sendte til hver praksis’ E-boks en liste over de af praksis’ tilmeldte patienter, som var blevet registreret med en ny kræftdiagnose i perioden fra 1. marts 2019 til 28. februar 2021, herunder dato og type for kræften. Datoen var for den første sygehuskontakt i 5 år med en bestemt type kræft, kodet som enten aktions- eller bi-diagnose. Det vil sige, at patienter kan have været med på listerne, hvor diagnosekoden var en fejl eller der var tale fortsættelse af et kræftforløb, hvor patienten ikke havde haft kontakt til et sygehus i Region Midtjylland i mere end fem år. Patienter med godartet hudkræft eller manglende tilknytning til nogen praksis på diagnosetidspunktet blev ekskluderet. Patienter, som fik flere typer kræft i projektperioden, indgik kun med den type kræft, som kom først.

Hver praksis brugte patientlisten og opslag i patienternes journal til at udfylde det APO-skema, som kan ses bagerst i denne rapport. Via løbnummeret blev oplysningerne fra skemaet knyttet til patientlisten. Under registreringen ekskluderede praksis de patienter, hvor kræfttypen eller datoen på listen ikke var korrekt, eller hvor der ikke forelå nogen journaloplysninger. Registreringsarbejdet blev honoreret af Regionen.

Deltagende klynger mødtes til et opfølgende klyngemøde, som blev faciliteret af praktiserende læge Rikke Pilegaard, Cancer i Praksis og speciallæge i almen medicin Peter Hjertholm. Nærværende rapport blev udleveret, samt et individuelt svarark til hver deltagende praksis og klynge. Der blev holdt oplæg om kræftdiagnostik og klyngemedlemmerne arbejdede i grupper med egne og klyngens resultater, rapportens indhold, cases og udveksling af tips og tricks.

Der er givet tilladelse fra Styrelsen for Patientsikkerhed, Region Syddanmark og Region Midtjylland til brug af patienternes sundhedsdata. Kun oplysninger fra praksisser, som havde givet individuel GDPR-tilladelse på udgivelsestidspunktet, er medtaget i rapporten.

Resultat

I projektet deltog 11 klynger med i alt 120 praksis (124 ydernumre), hvor de 102 indsendte oplysninger og GDPR- tilsagn.

Deltagerne registrerede i alt 5.868 patienter fra listerne. Af disse blev 4.302(73%) bekræftet med nydiagnosticeret kræft i projektperioden. For 3.065(71%) af de bekræftede kræftpatienter var egen almen praksis det sted i sundhedsvæsenet, som patienten havde kontaktet først med symptomer eller fund, der retrospektivt skønnedes relateret til kræftsygdommen.

Resultaterne præsenteres i denne rapport, dels i skemaer over de samlede resultater, dels i diagrammer visende sammenhænge mellem de registrerede forhold. Endelig findes variationsdiagrammer, hvor hver deltager via sit ID-nummer kan finde sin egen praksis’ resultat i forhold til de øvrige deltagere.

Arbejdsgruppe

- Jesper Lykkegaard, praktiserende læge, lektor, Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet, leder af APO
- Gitte Bruun Lauridsen, læge, ph.d.-studerende, Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet
- Gitte Kjær Nielsen, Kvalitetsudviklingskonsulent, Region Syddanmark
- Jan Helldén, Specialkonsulent, Region Syddanmark
- Dorte Ejg Jarbøl, praktiserende læge, professor, Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet
- Sanne Rasmussen, læge, lektor, Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet
- Kirubakaran Balasubramaniam, læge, lektor, Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet
- Rikke Pilegaard, praktiserende læge, Ph.d, lægefaglig konsulent i Cancer i Praksis, Midtkraft, Region Midtjylland
- Lone Kærsvang, specialkonsulent, Kvalitet og Lægemedler, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland
- Søs Malherbes Jensen, AC-konsulent, Kvalitet og Lægemedler, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland

Finansiering

Projektets udvikling blev finansieret af Region Syddanmark. Udgifter til tilrettelæggelse og afvikling af projektet i Region Midtjylland er finansieret af kræftmidler fra 'Jo før jo bedre' puljen, Region Midtjylland samt fra puljen for Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget (KEU), Region Midtjylland.

Samlede resultater i tabelform

		Antal	Procent
EKSKLUSION	Patienten havde ikke nyopstået kræft på anførte diagnosedato	1502	25,6%
	Jeg har slet ingen journaloplysninger	53	0,9%
	Inkluderede patienter	4302	73,3%
	Uoplyst	11	0,2%
I alt		5868	100,0%
	Kvinde/pige	2100	48,8%
	Mand/dreng	2202	51,2%
I alt		4302	100,0%
KRÆFTTYPE	Nervesystem/øje	63	1,5%
	Hoved-hals	105	2,4%
	Endokrin	76	1,8%
	Lunger/lungehinde	538	12,5%
	Bryst	638	14,8%
	Øvre gastrointestinal	146	3,4%
	Lever/galdeveje	84	2,0%
	Bugspytkirtel	131	3,0%
	Nedre gastrointestinal	525	12,2%
	Urologisk	268	6,2%
	Mandligt kønsorgan	669	15,6%
	Gynækologisk	194	4,5%
	Melanom	315	7,3%
	Andre	74	1,7%
	Hæmatologisk	382	8,9%
Metastase	94	2,2%	
I alt		4302	100,0%
HVOR HENVENDTE	Lægevagten/anden almen læge (fx vagtring eller tidl. læge)	241	5,6%
PATIENTEN SIG FØRST?	Praktiserende speciallæge (ikke alment praktiserende læge)	93	2,2%
	Sygehus (inkl. skadestue, 112, i ambulatorie eller under indlæggelse)	567	13,2%
	Ingen symptomer, kræft påvist ved screening (bryst, kolorectal eller cervix)	291	6,8%
	Ved ikke hvor patienten henvendte sig første gang	45	1,0%
	Egen læge (Min/vores praksis)	3065	71,2%
	Uoplyst	0	0,0%
	I alt		4302
DE FØRSTE SYMPTOMER ELLER TEGN	Uspecifikke eller almene symptomer på kræft	1138	37,1%
	Specifikke alarmsymptomer for kræfttypen	1631	53,2%
	Ingen symptomer	304	9,9%
	Ved ikke	107	3,5%
	Uoplyst	40	1,3%
I alt		3065	105,1%

Samlede resultater i tabelform

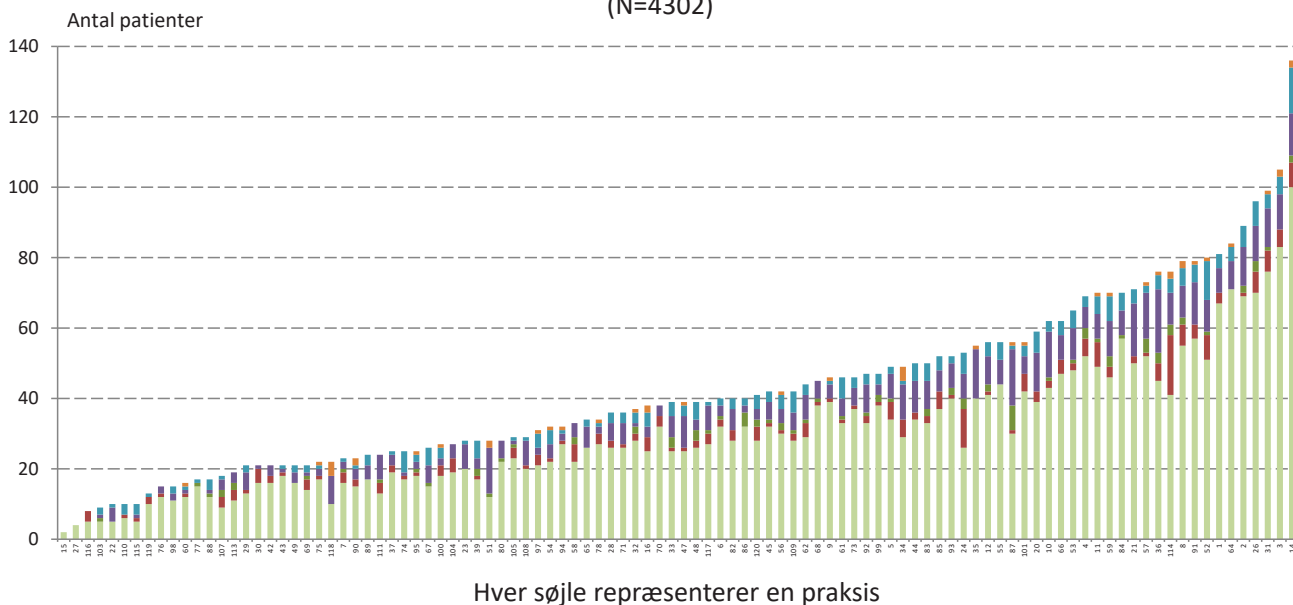
		Antal	Procent	
HÆNDELSER I	Patienten beskrev, at han/hun havde tøvet med at søge læge	296	9,7%	
UDREDNINGSFORLØBET	Patienten har ikke ønsket udredning	109	3,6%	
	Patienten overholdt ikke aftale om opfølgning	84	2,7%	
	Lægen tilrådede at se an uden tidsangivelse	92	3,0%	
	Lægen behandlede eller henviste på mistanke om anden sygdom først	620	20,2%	
	Lægen afventede på baggrund af normale undersøgelser	137	4,5%	
	Lægen overså prøvesvar eller svar på billeddiagnostik	13	0,4%	
	Lægen henviste til udredning på mistanke om anden type kræft først	163	5,3%	
	Sygehuset afviste henvisning	26	0,8%	
	Sygehuset indkaldte patienten senere end 2 uger efter henvisningsdato	82	2,7%	
	Ingen af de forrige	1575	51,4%	
	Uoplyst	225	7,3%	
	I alt		3065	111,6%
	FØRSTE HENVISNING I FORLØBET	Henvist i specifikt kræftpakkeforløb	1509	49,2%
Henvist til diagnostisk center (i MAS-forløb)		91	3,0%	
Henvist direkte til billeddiagnostik		506	16,5%	
Henvist til speciallæge eller anden sygehusafdeling		546	17,8%	
Indlagt akut		306	10,0%	
Ingen af førnævnte		58	1,9%	
Uoplyst		49	1,6%	
I alt		3065	100,0%	
OVERORDNET	Særdeles godt	1732	56,5%	
VURDERING AF DET	Overvejende godt	973	31,7%	
	Overvejende dårligt	267	8,7%	
DIAGNOSTISKE FORLØB	Særdeles dårligt	68	2,2%	
	Uoplyst	25	0,8%	
I alt		3065	100,0%	
PATIENTENS ADFÆRD	Særdeles godt	1897	61,9%	
	Overvejende godt	778	25,4%	
	Overvejende dårligt	257	8,4%	
	Særdeles dårligt	95	3,1%	
	Uoplyst	38	1,2%	
I alt		3065	100,0%	
PRAKSIS HÅNDBETING AF FORLØBET	Særdeles godt	2073	67,6%	
	Overvejende godt	791	25,8%	
	Overvejende dårligt	148	4,8%	
	Særdeles dårligt	29	0,9%	
	Uoplyst	24	0,8%	
I alt		3065	100,0%	
SEKTOROVERGANGE	Særdeles godt	2295	74,9%	
	Overvejende godt	566	18,5%	
	Overvejende dårligt	126	4,1%	
	Særdeles dårligt	51	1,7%	
	Uoplyst	27	0,9%	
I alt		3065	100,0%	
SEKUNDÆRSEKTORENS HÅNDBETING AF FORLØBET	Særdeles godt	2231	72,8%	
	Overvejende godt	592	19,3%	
	Overvejende dårligt	136	4,4%	
	Særdeles dårligt	53	1,7%	
	Uoplyst	53	1,7%	
I alt		3065	100,0%	

Antal registreringer

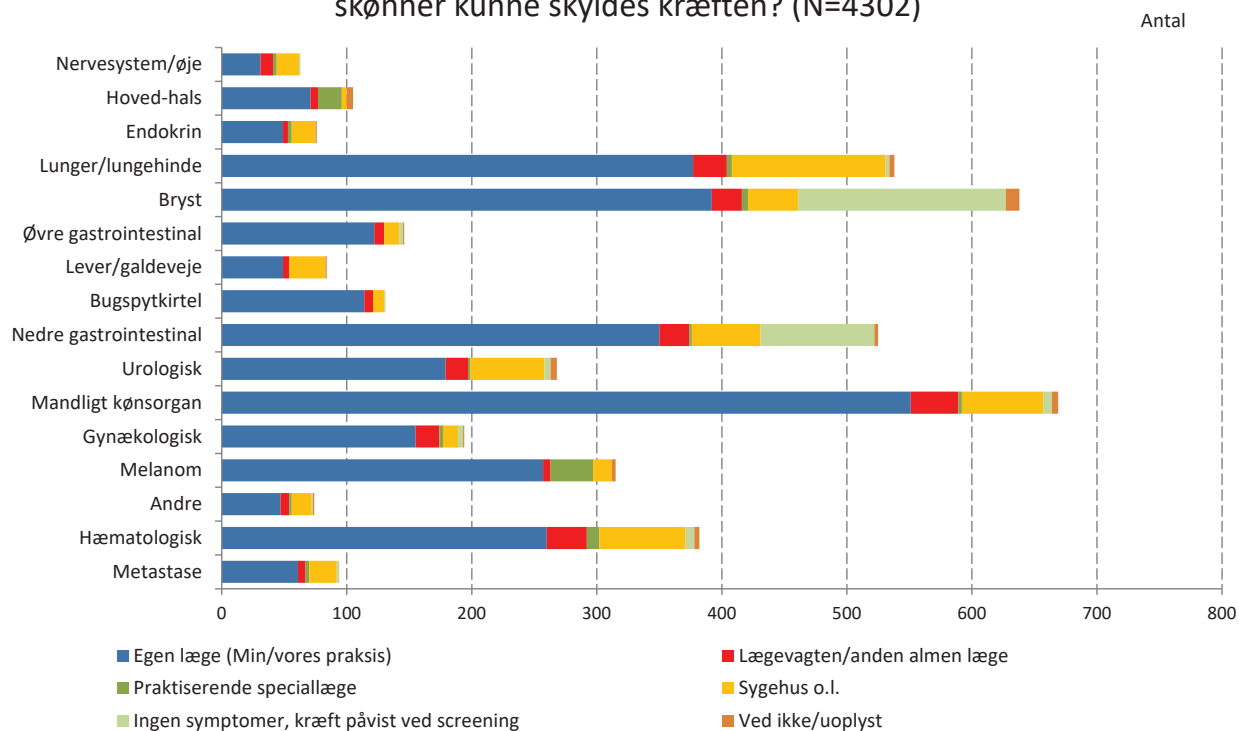
Langt størstedelen af patienter med kræft henvender sig først hos egen læge. Ved brystkræft og nedre GI-kræft starter forløbet, nogle gange med en screeningsundersøgelse. Udredningsforløb for moder-mærkekræft starter nogle gange hos privatpraktiserende speciallæge. Der er for alle kræftformer en gruppe af patienter, der har første kontakt ved sygehusindlæggelse. Dette gælder særligt for lungekræft, endokrine, urologiske, hæmatologiske kræfttyper, samt kræft i nervesystemet.

Registreringer per praksis i forhold til hvor pt. henvendte sig første gang

(N=4302)



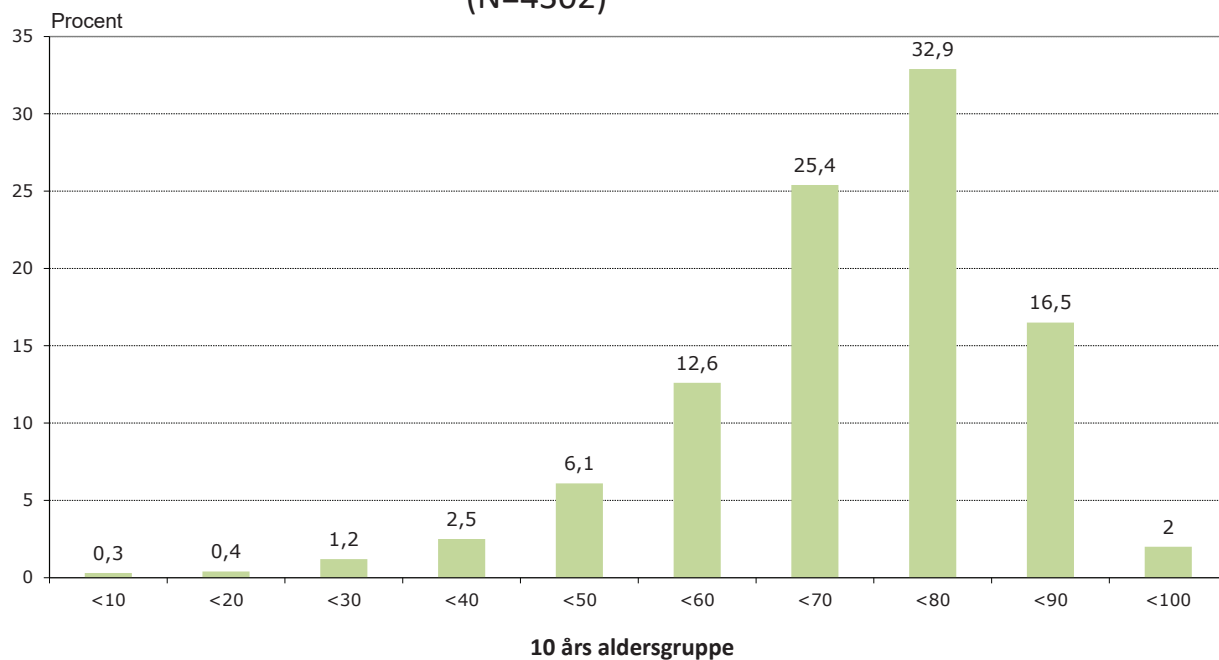
Hvor henvendte patienten sig første gang med symptomer eller tegn, du bagudrettet skønner kunne skyldes kræften? (N=4302)



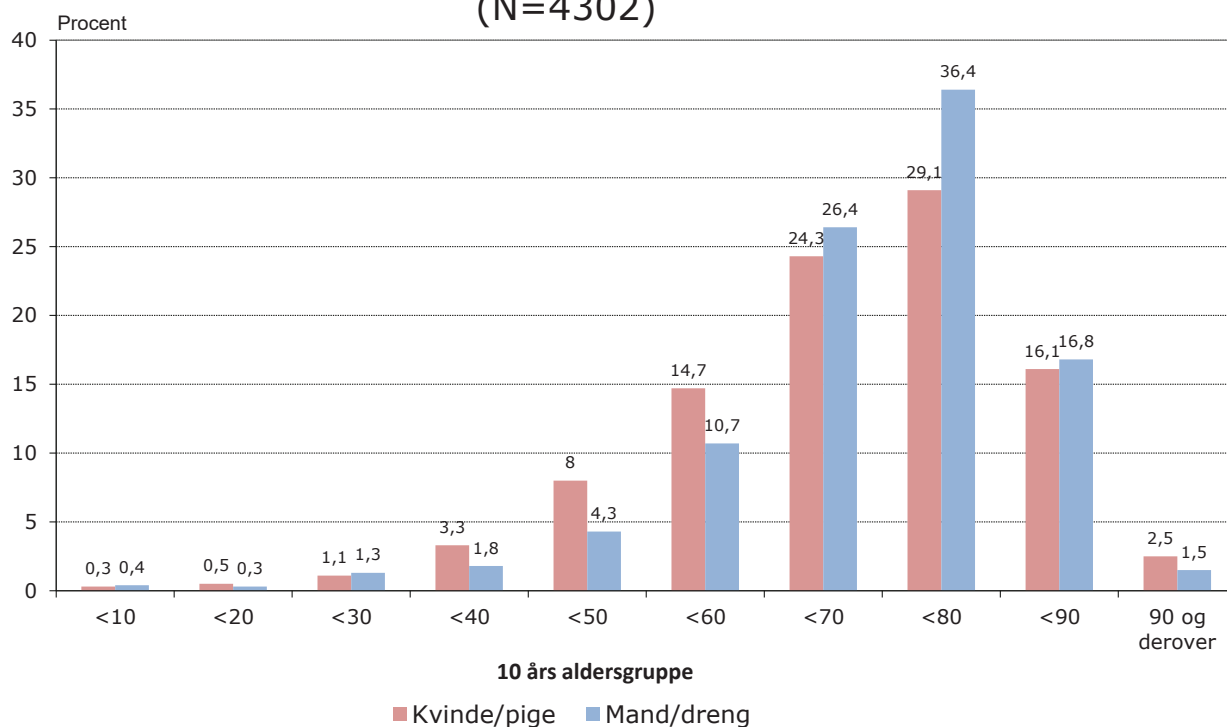
Alder og køn

Forekomsten af kræft stiger med alderen. Når vi alligevel ser, at søjlerne for de ældste er lavere end de øvrige, skyldes det, at der er færre danskere i denne aldersgruppe. Blandt yngre voksne er kræft ligeligt fordelt blandt drenge og piger. Kvinder i alderen 30 - 60 år diagnosticeres hyppigere med kræft end mænd i samme aldersgruppe, mens det modsatte gør sig gældende i aldersgrupperne fra 60- 80 år.

Alder ved diagnose
(N=4302)

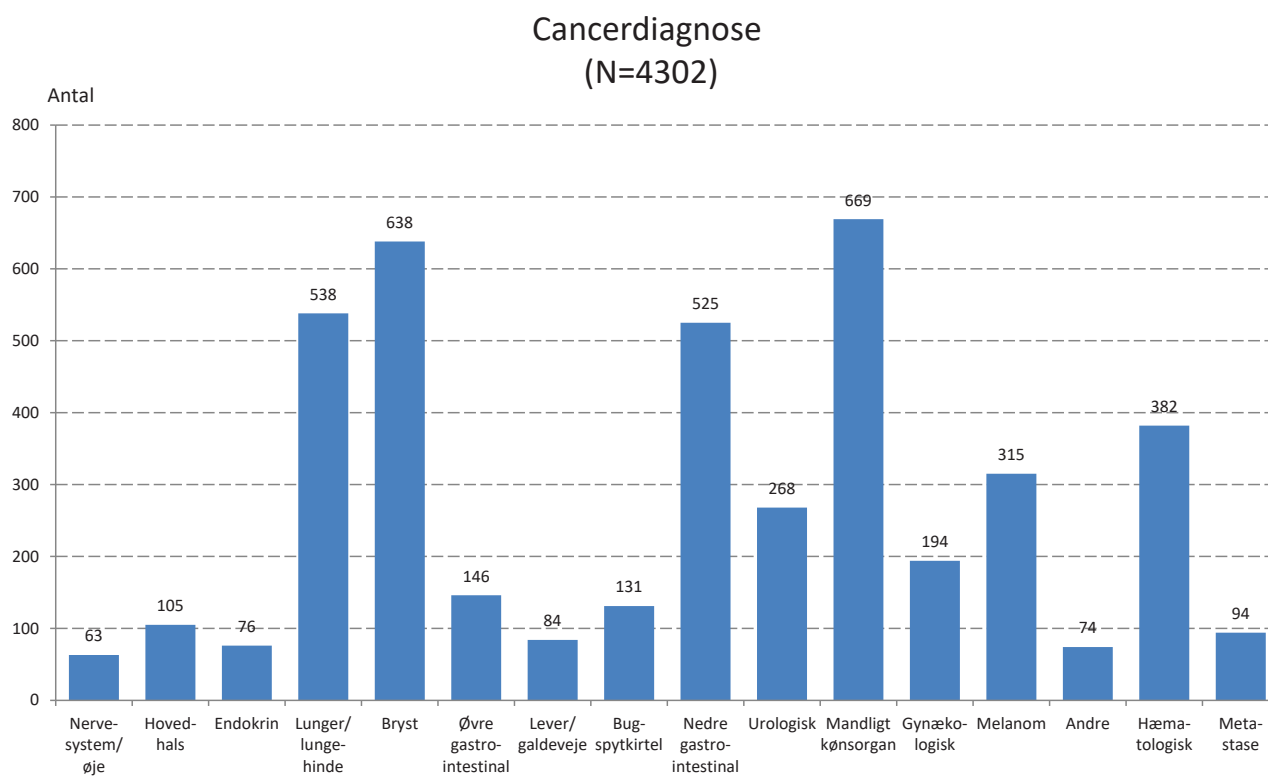


Alder ved diagnose i forhold til køn
(N=4302)



Antal registreringer

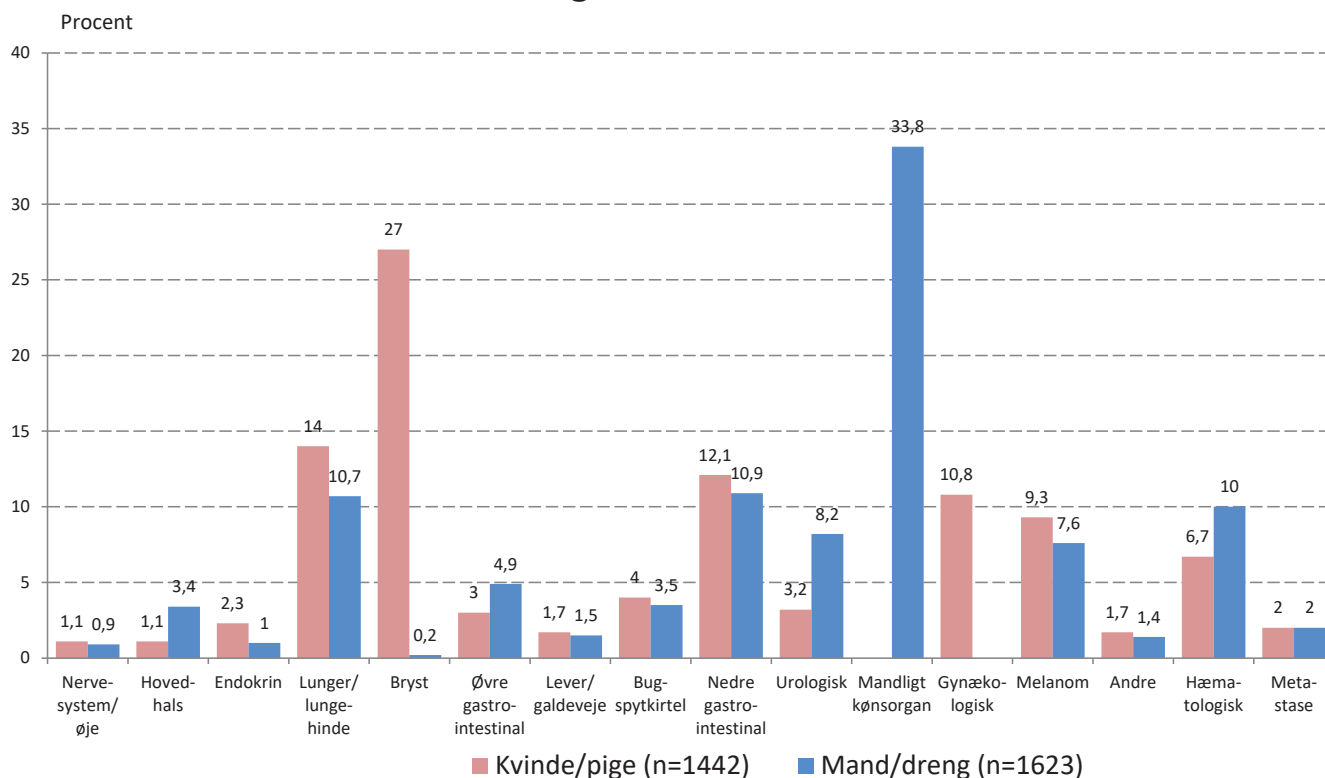
Svarende til fund i hele befolkningen ses det, at kræft i lunger, bryst, nedre GI, mandligt kønsorgan, hæmatologiske kræfttyper og modermærkekræft er hyppigst forekommende.



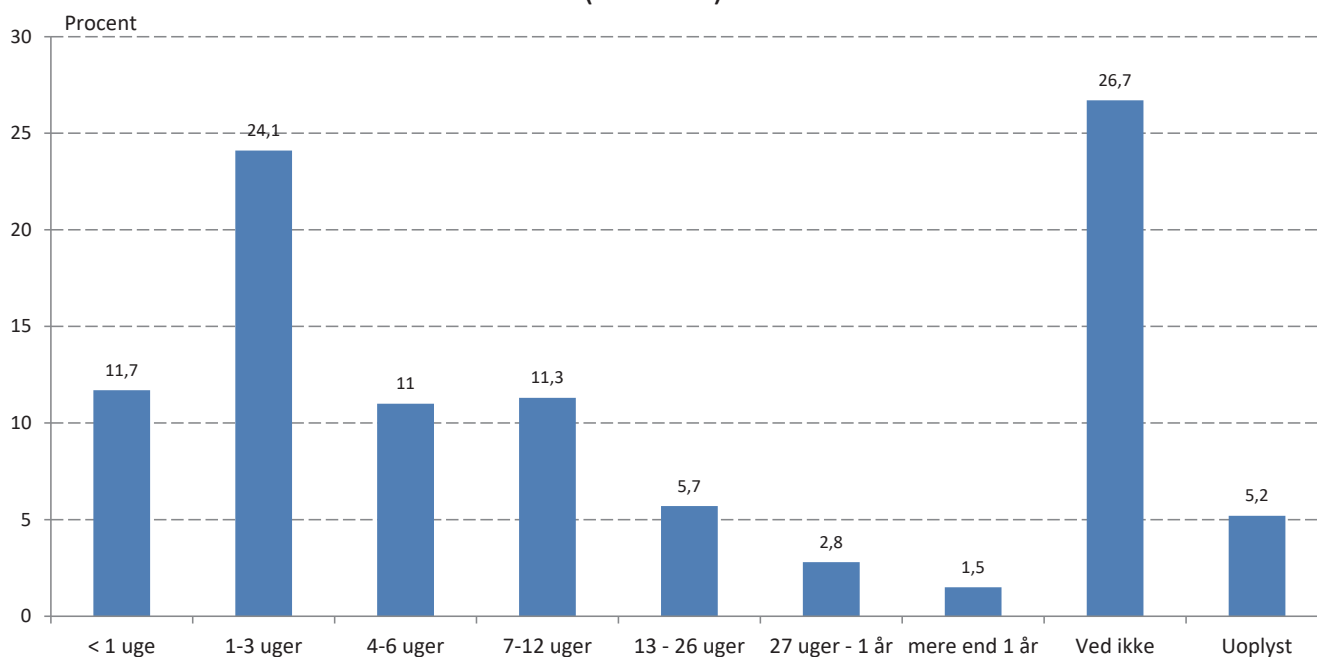
Antal uger med symptomer

Blandt de patienter, der først henvendte sig ved egen læge, ses det, at bryst-, lunge-, nedre GI og gynækologisk kræft, samt modermærkekræft står for de fleste kræftdiagnoser blandt kvinderne. Blandt mændene er kræft i mandligt kønsorgan, lunge-, nedre GI, hæmatologisk samt modermærkekræft de hyppigst forekommende. Knap halvdelen af patienterne kontakter lægen inden for de første 3 uger efter, de har registreret symptomer, der kan være tegn på kræft, mens en mindre del af patienterne har symptomerne i mange måneder, før de kontakter deres læge.

Cancerdiagnose i forhold til køn

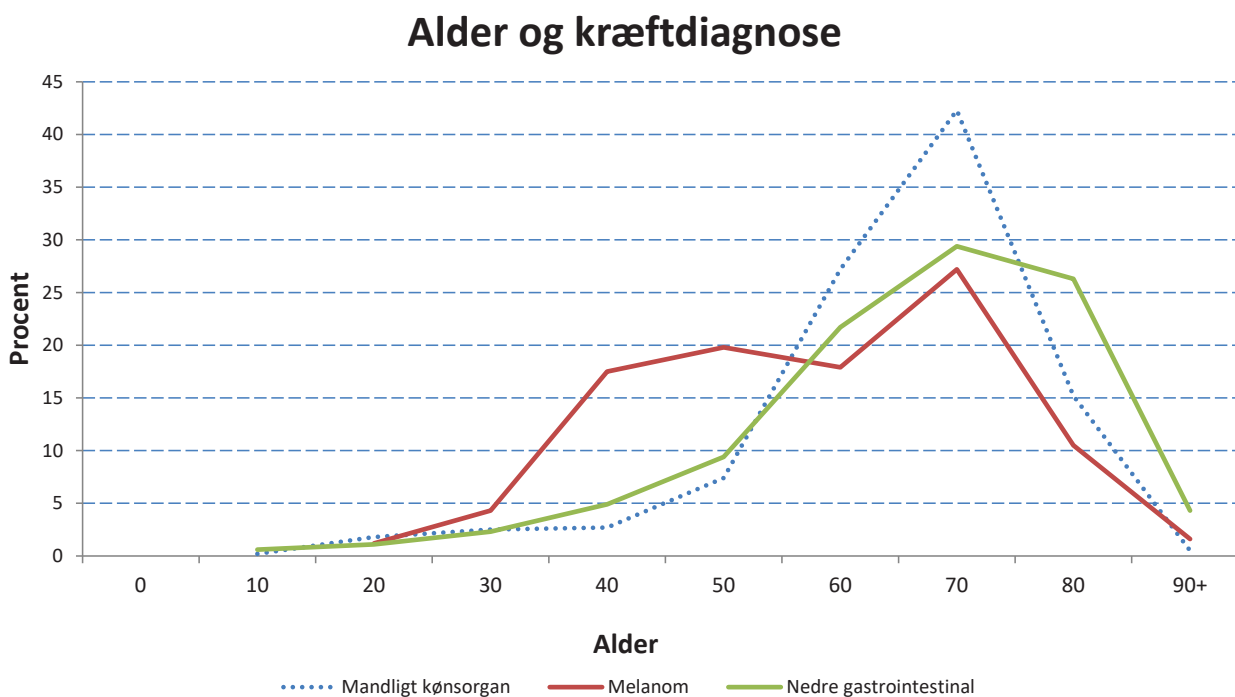
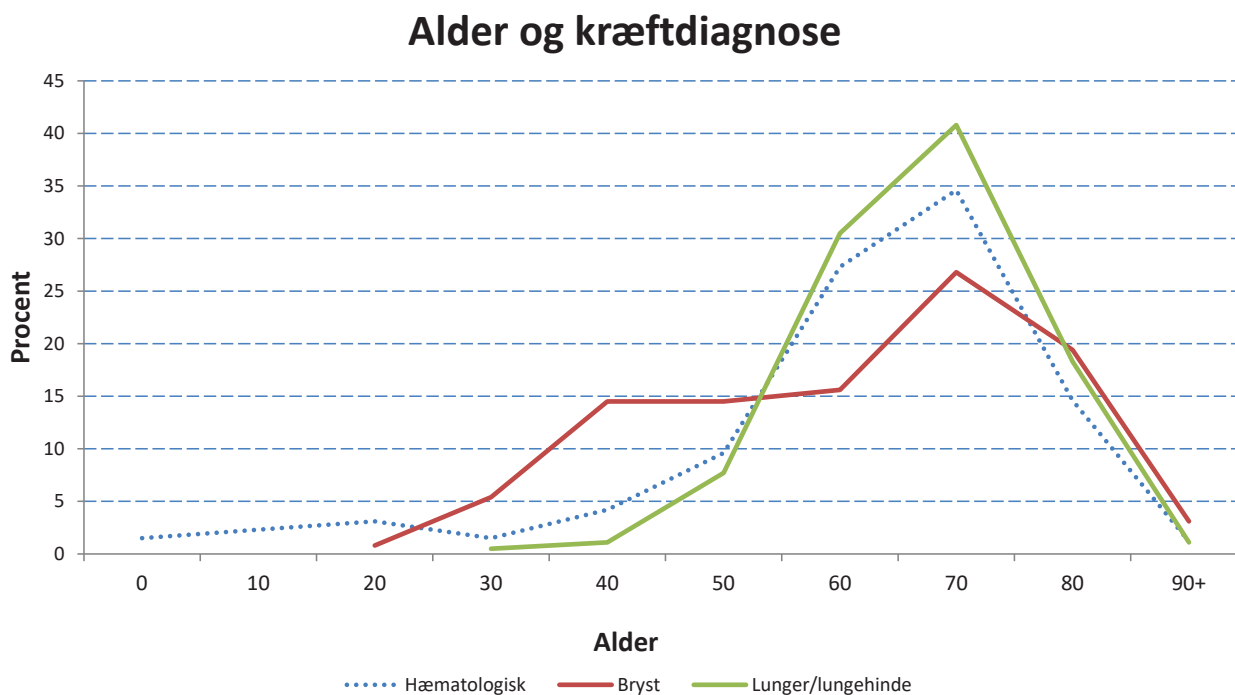


Antal uger med symptomer (N=3065)



Alder og kræftdiagnose

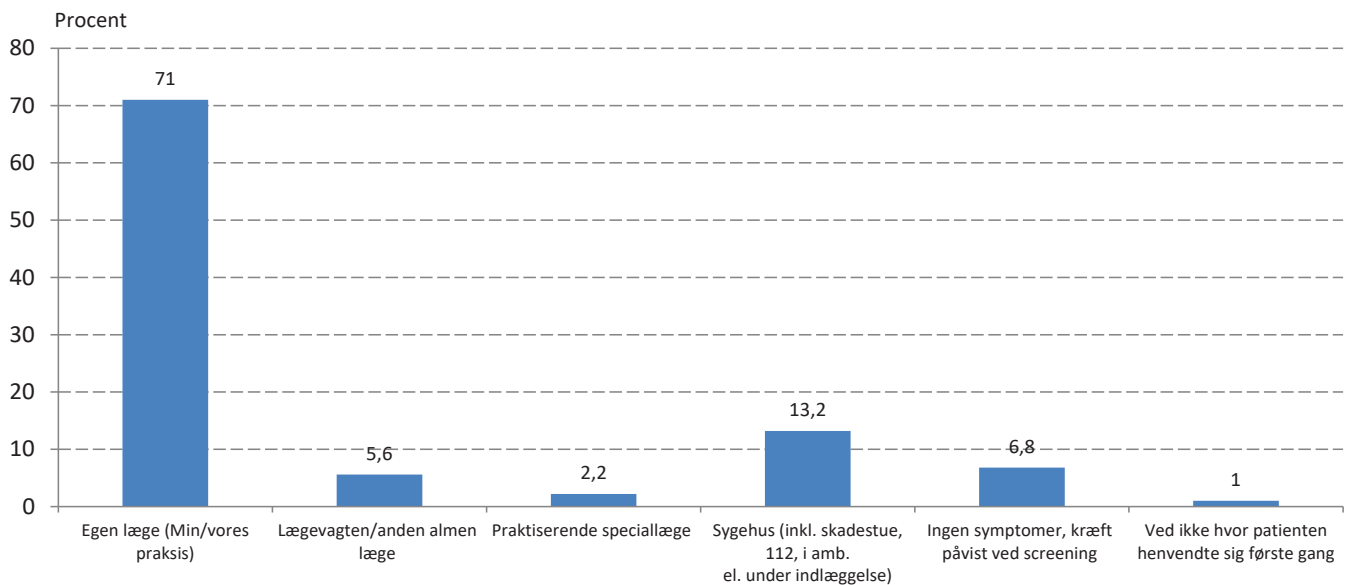
Børn og unge diagnosticeres typisk med hæmatologiske kræfttyper. Modermærkekræft forekommer jævnt fordelt over alle voksne aldersgrupper, dog hyppigst blandt de 55-75 årige. Generelt ses forekomsten af de fleste kræfttyper at stige fra 40-50-årsalderen.



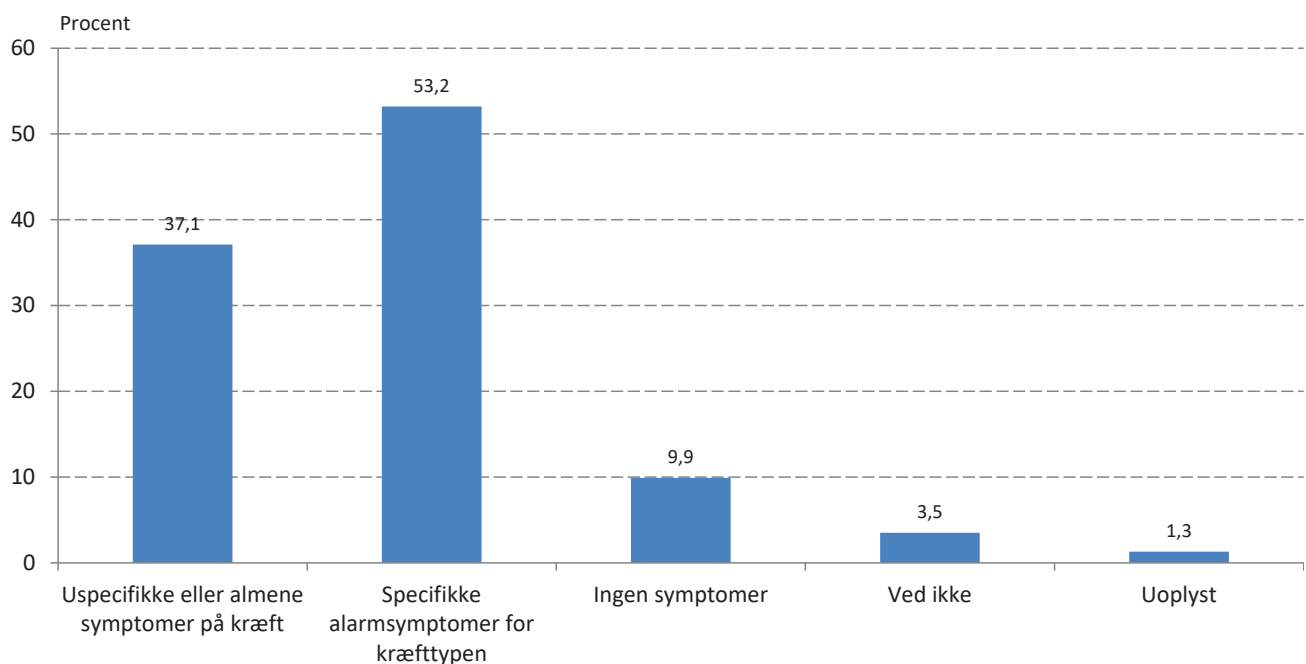
Samlede resultater

Mere end 70% af kræftudredningsforløbene startede hos egen læge i almen praksis. Lidt over halvdelen af disse patienter henvendte sig med organspecifikke alarmsymptomer, mens 37,1% havde uspecifikke eller almene kræftsymptomer. 9,9% af patienterne havde ingen symptomer, men forløbet startede på baggrund af tilfældige fund ved eksempelvis objektiv undersøgelse, blodprøver eller billeddiagnostik, hvor der ikke var tale om en screeningsundersøgelse. Få patienter havde både specifikke og uspecifikke eller almene symptomer på kræften ved første kontakt.

Hvor henvendte patienten sig første gang med symptomer eller tegn, du bagudrettet skønner kunne skyldes kræften ? (N=4302)



De første symptomer eller tegn du bagudrettet skønner kunne skyldes kræften (N=3065)



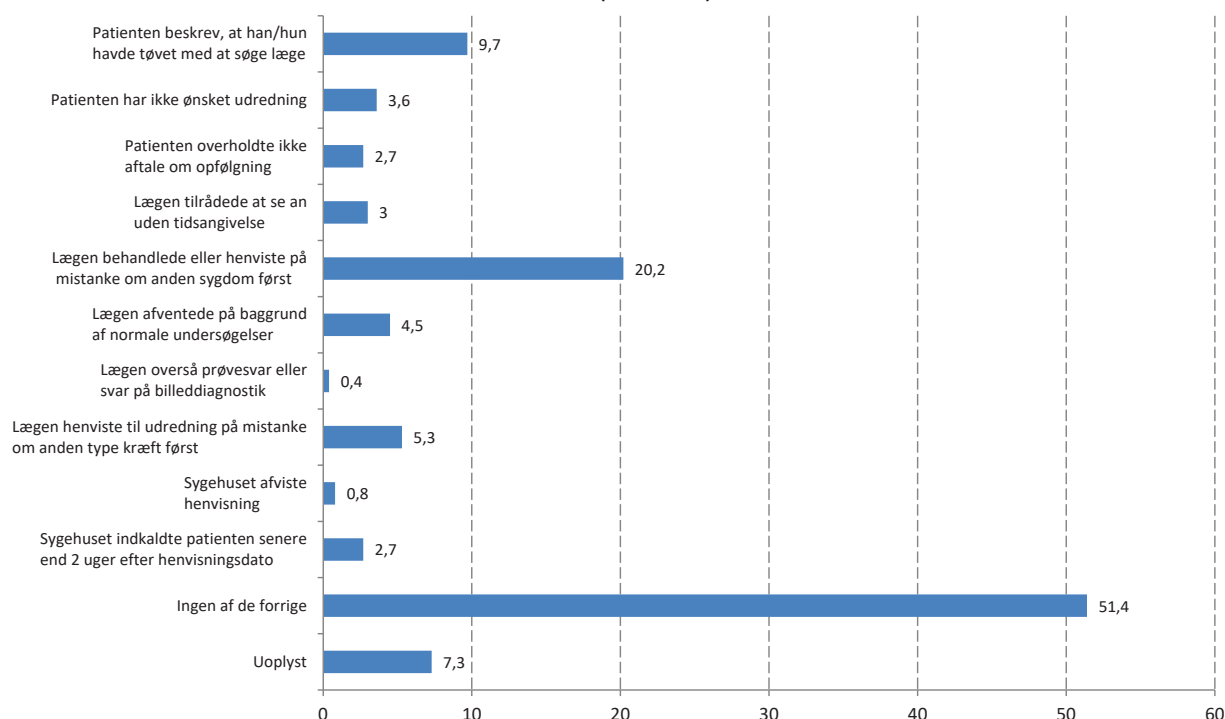
Samlede resultater

For knap hver tiende kræftpatient er det registreret, at patienten har tøvet med at søge læge. Desuden ses det, at ud af de mange prøver og billeddiagnostiske udredninger praktiserende læger dagligt bestiller, er det yderst sjældent, at et svar overses, ligesom det nogenlunde sjældent sker, at en henvisning på en patient, der viser sig at have kræft, afvises af sygehuset. Derimod er det ikke sjældent, at lægen behandler eller henviser på mistanke om anden sygdom først. Dette er registreret i hvert fjerde udredningsforløb. Når kræftudredningsforløbet begynder hos egen læge, henvises godt halvdelen af patienterne i organspecifikt pakkeforløb eller i MAS-forløb til diagnostisk center ved første henvisning. Lidt mere end hver 10. patient indlægges akut.

Hændelser i udredningsforløbet

(N=3065)

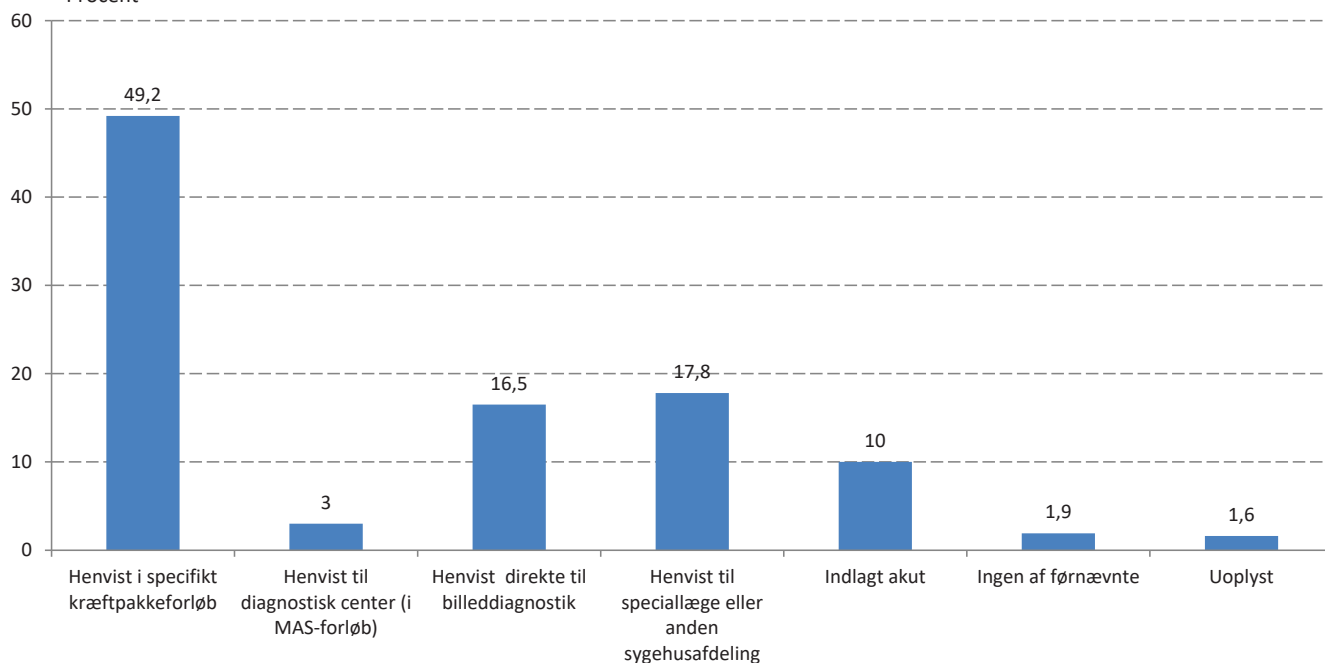
Procent



Den praktiserende læges første henvisning i forløbet

(N=3065)

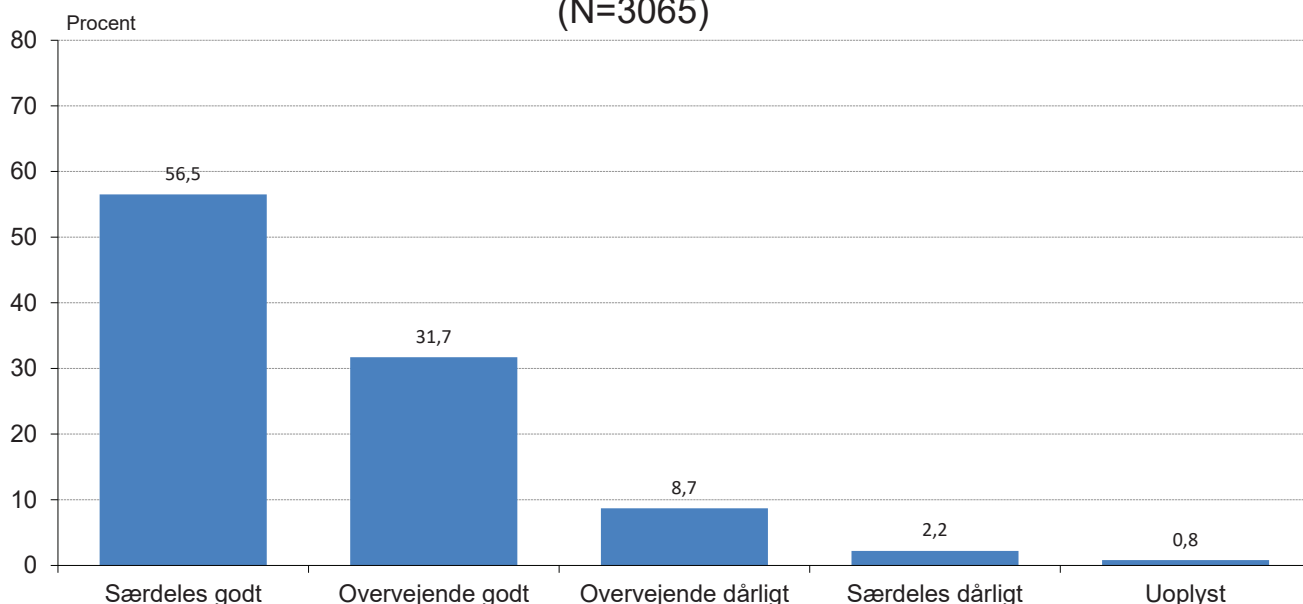
Procent



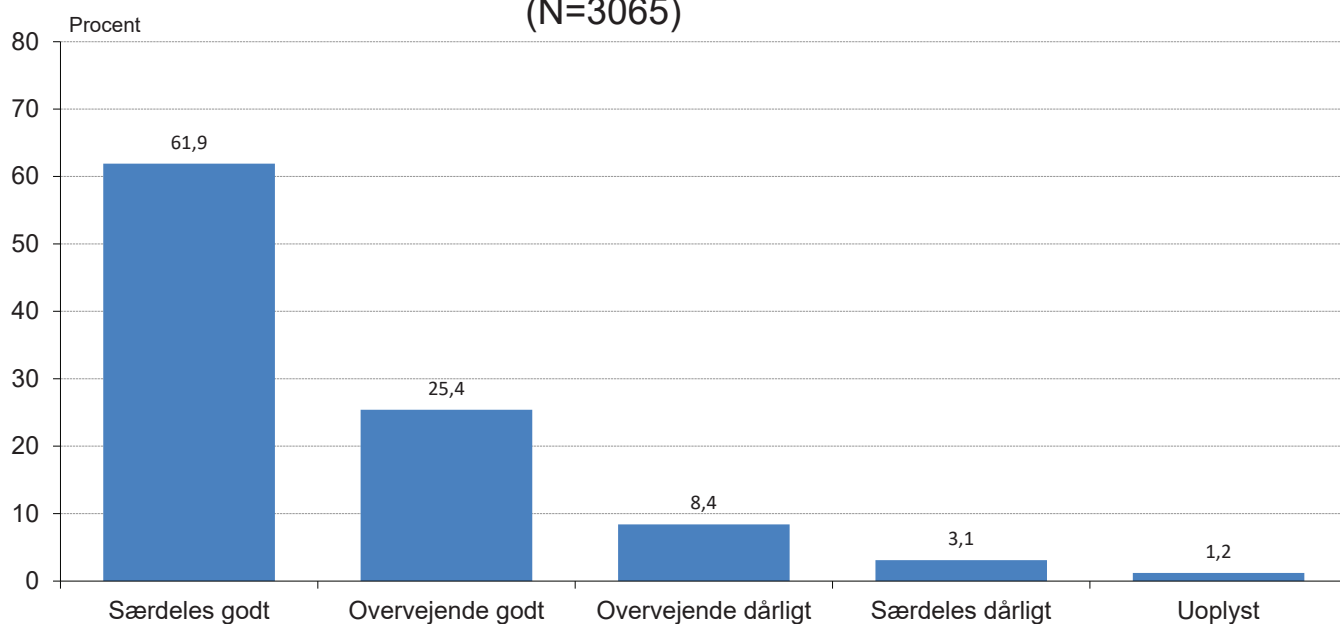
Samlede resultater - Vurdering af det diagnostiske forløb

Godt halvdelen af forløbene blev af lægen vurderet som "Særdeles godt". Vurderingen ses opdelt på patientens adfærd, praksis' håndtering, sektorovergangen, og sekundærsektorens håndtering var hensigtsmæssigt i det kræftdiagnostiske forløb. Ser vi på de fire aspekter af forløbet individuelt, vurderes patientens adfærd som værende "Overvejende dårligt" eller "Særdeles dårligt" i 11,5% af kræftforløbene, set fra praksislægens perspektiv.

Overordnet vurdering af forløbet (N=3065)

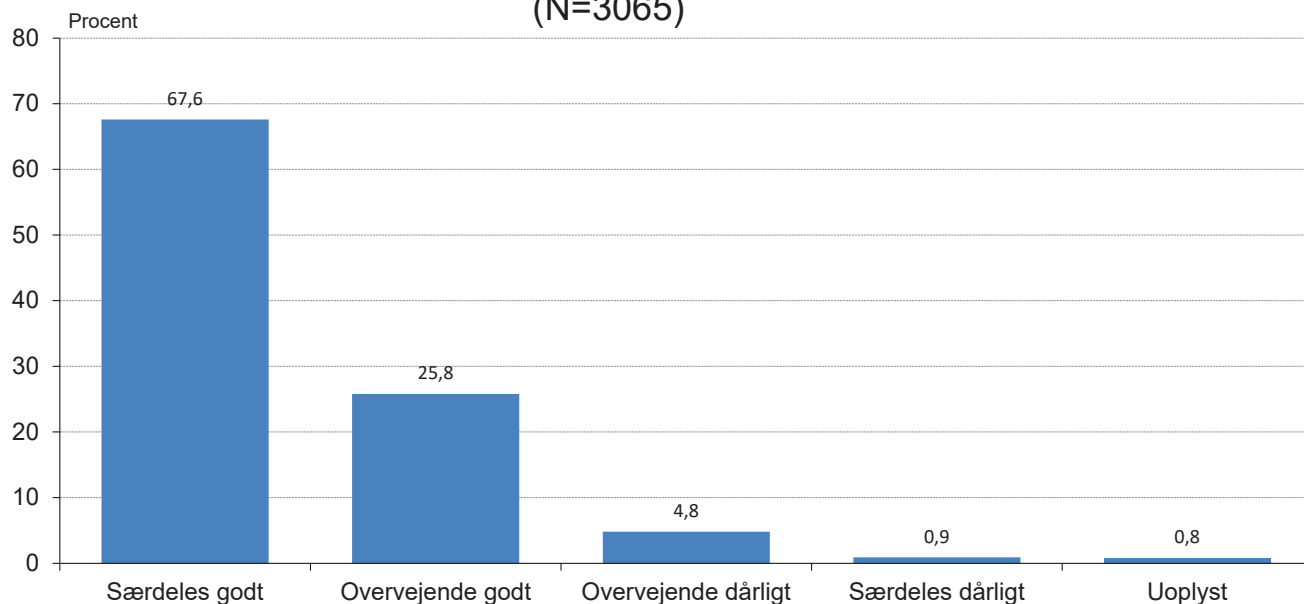


Patientens adfærd i forløbet (N=3065)

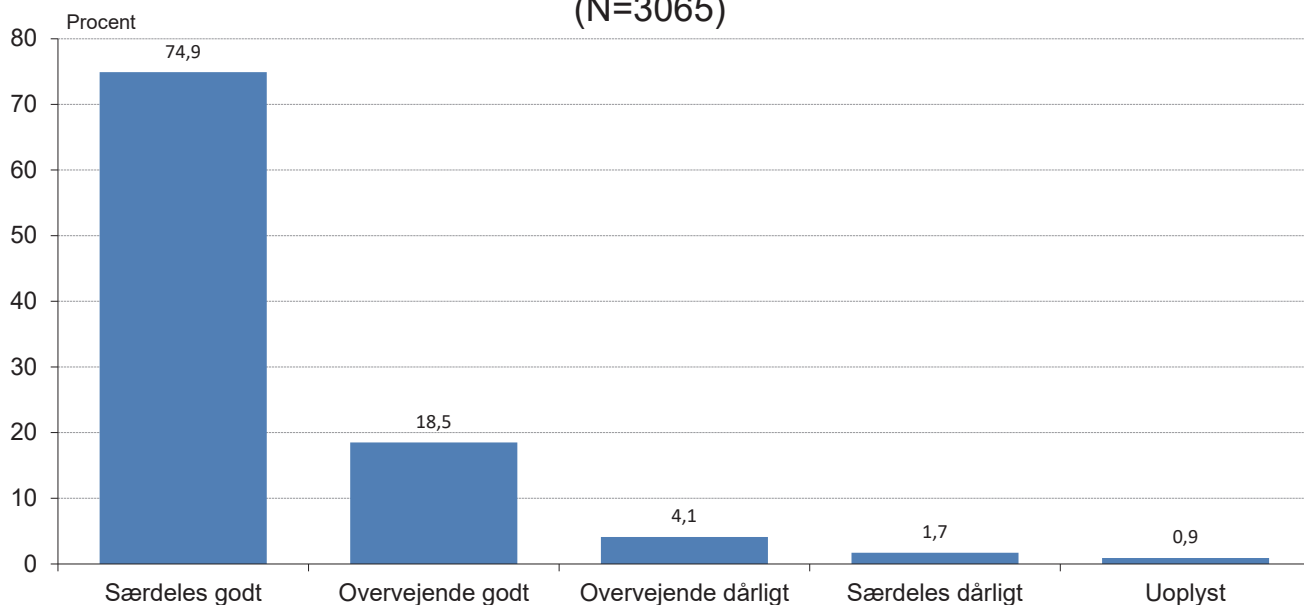


Samlede resultater - Vurdering af det diagnostiske forløb

Praksis' håndtering af forløbet (N=3065)

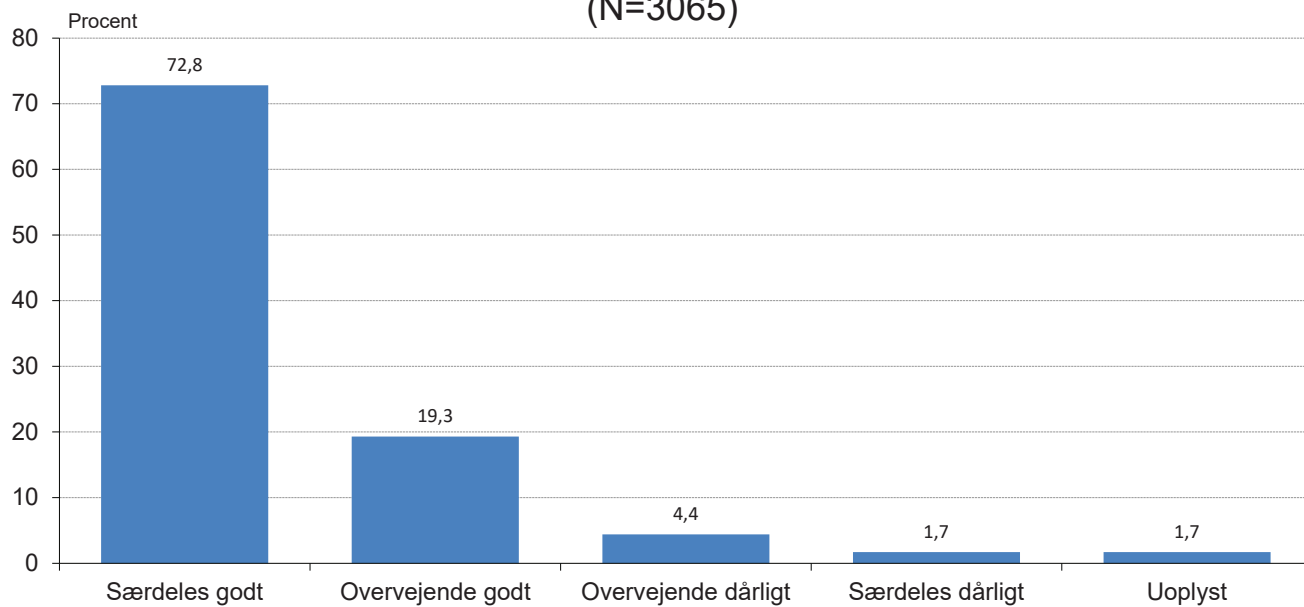


Sektorovergangen (N=3065)



Samlede resultater - Vurdering af det diagnostiske forløb

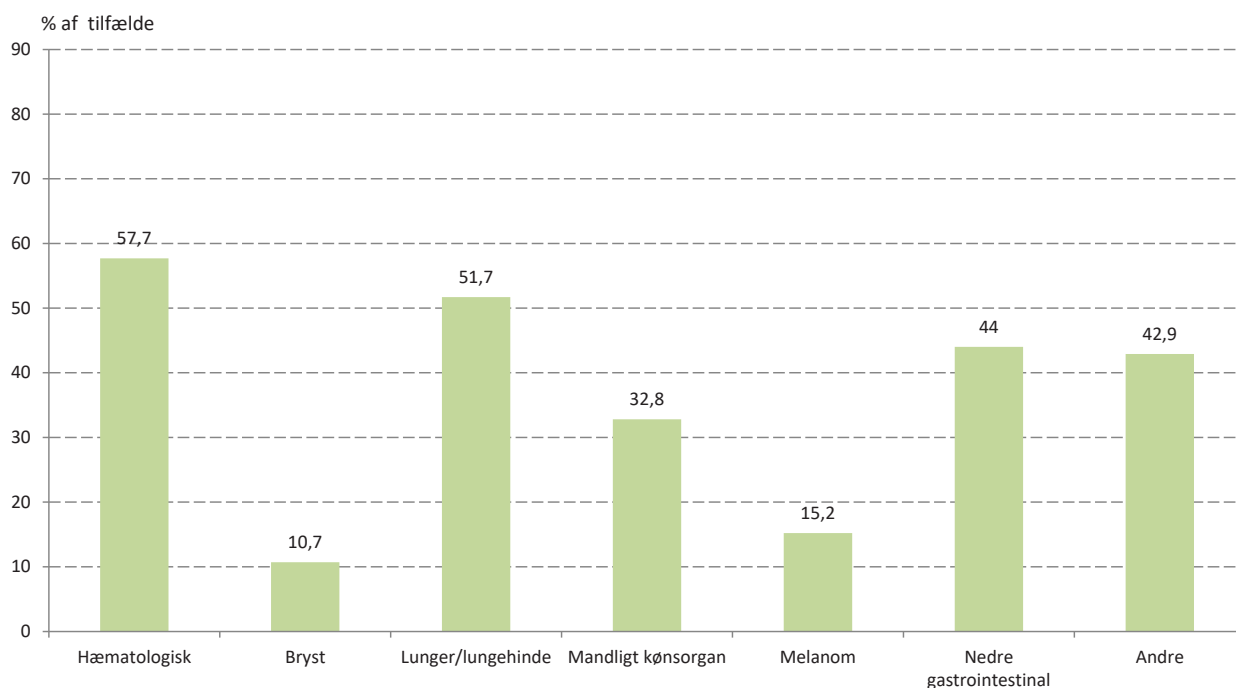
Sekundærsektorens håndtering af forløbet (N=3065)



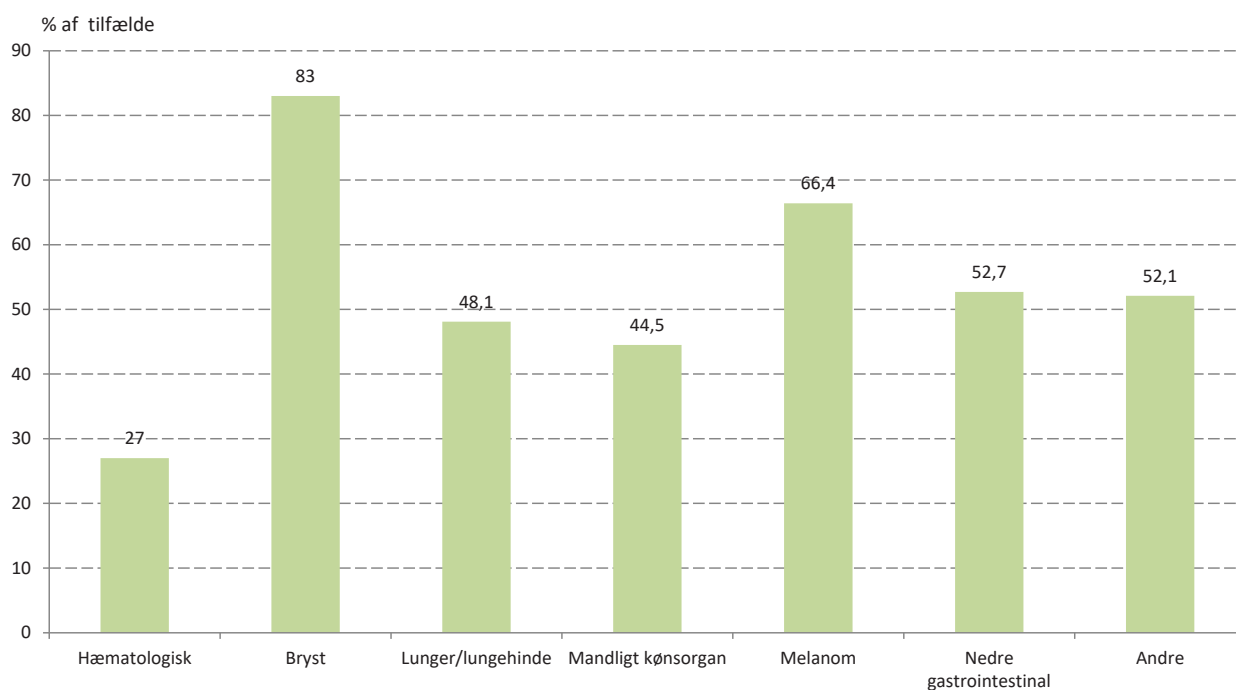
Hyppighed af symptomer

Nogle kræftformer præsenterer sig oftere med uspecifikke eller almene symptomer. Det gælder f.eks. hæmatologiske kræfttyper og lungekræft. De specifikke alarmsymptomer ses hyppigere ved brystkræft og modermærkekræft.

Andel af patienter med uspecifikke eller almene symptomer på kræft
(N=3065)



Andel af patienter med specifikke alarmsymptomer for kræfttypen
(N=3065)

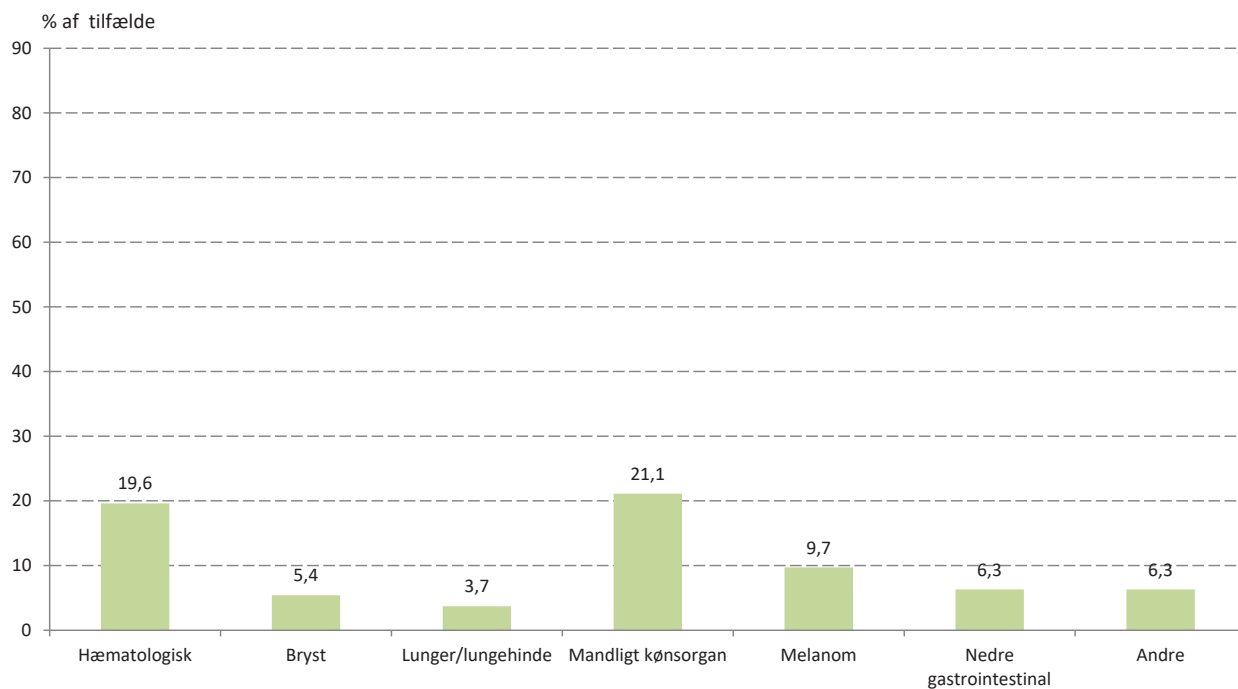


Hyppighed af symptomer

Ofte opdages kræftsygdommen også på baggrund af fund ved den objektive undersøgelse, blodprøver eller billeddiagnostik, uden at der er tale om screeningsprogrammer. Som det fremgår af tabellen, findes ca. hver tiende modernærkekræft i almen praksis, og ikke med baggrund i symptompræsentation. Godt hver femte hæmatologiske kræft findes hos patienter uden symptomer, f.eks. i blodprøvesvar. Prostatakræft findes også hyppigt hos patienter uden symptomer.

Som det fremgår af tabellen, findes ca. hver tiende modernærkekræfttilfælde i almen praksis tilfældigt hos patienter, der henvender sig med et andet problem

Andel af patienter uden symptomer
(N=3065)

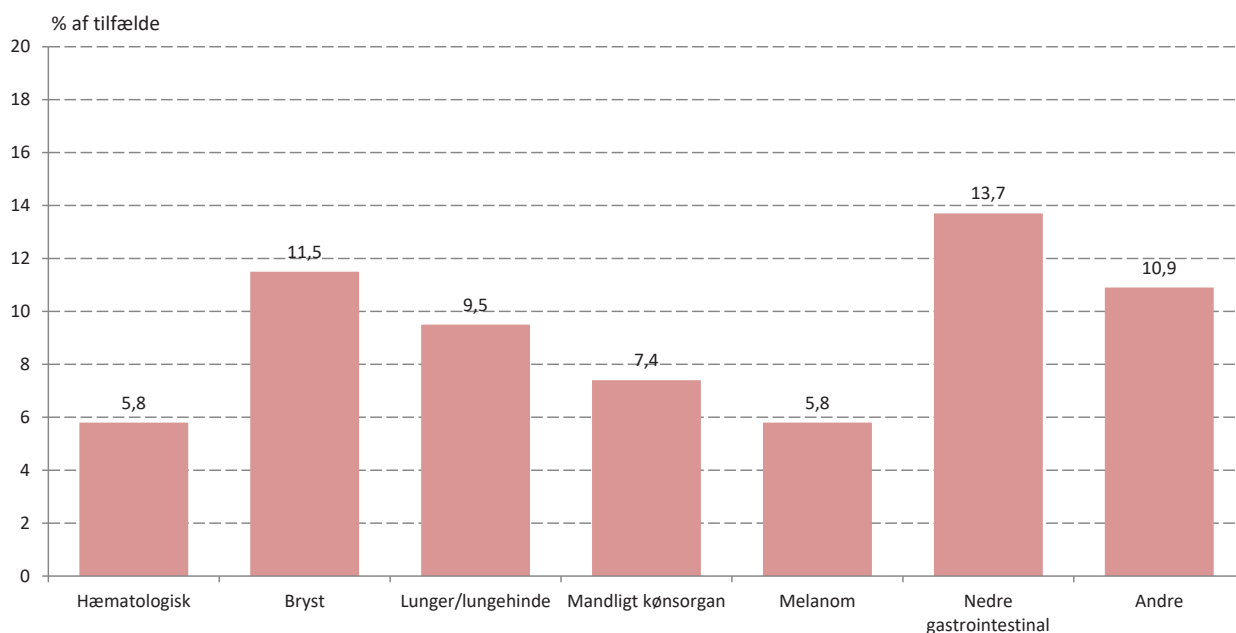


Hyppighed af hændelser i udredningsforløb

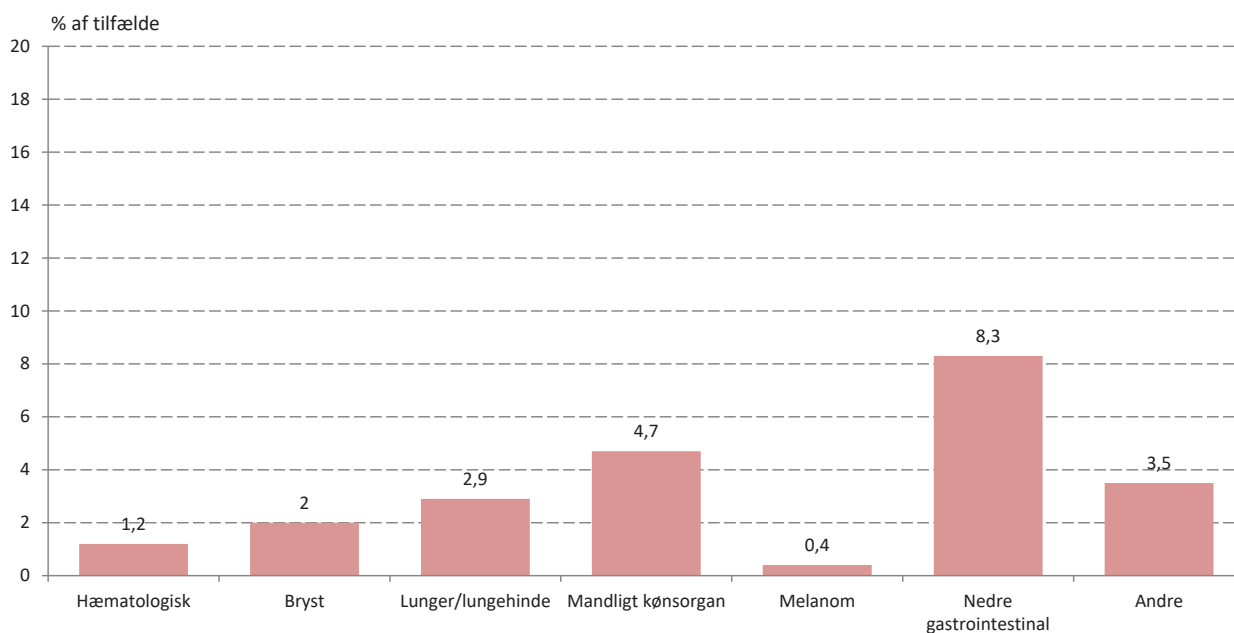
En hyppig årsag til forsinkelse i det diagnostiske forløb er, at patienten tøver med at søge læge, når et symptom, der kunne skyldes kræft, opleves. Andelen af patienter, der har tøvet med at søge læge, er størst blandt patienter med bryst-, nedre GI, lunge- og modermærkekræft.

Patienter med nedre GI-kræft havde oftest fravalgt udredning tidligt i forløbet.

Andel af patienter, der havde tøvet med at søge læge
(N=3065)



Andel af patienter, der ikke har ønsket udredning
(N=3065)

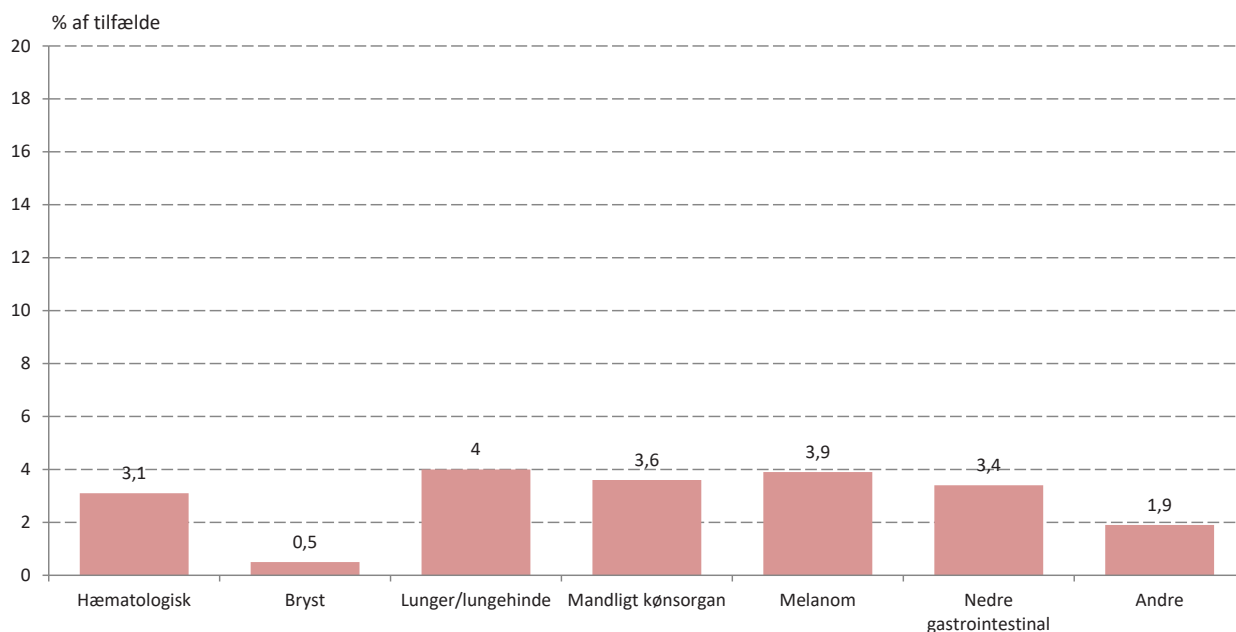


Hyppighed af hændelser i udredningsforløb

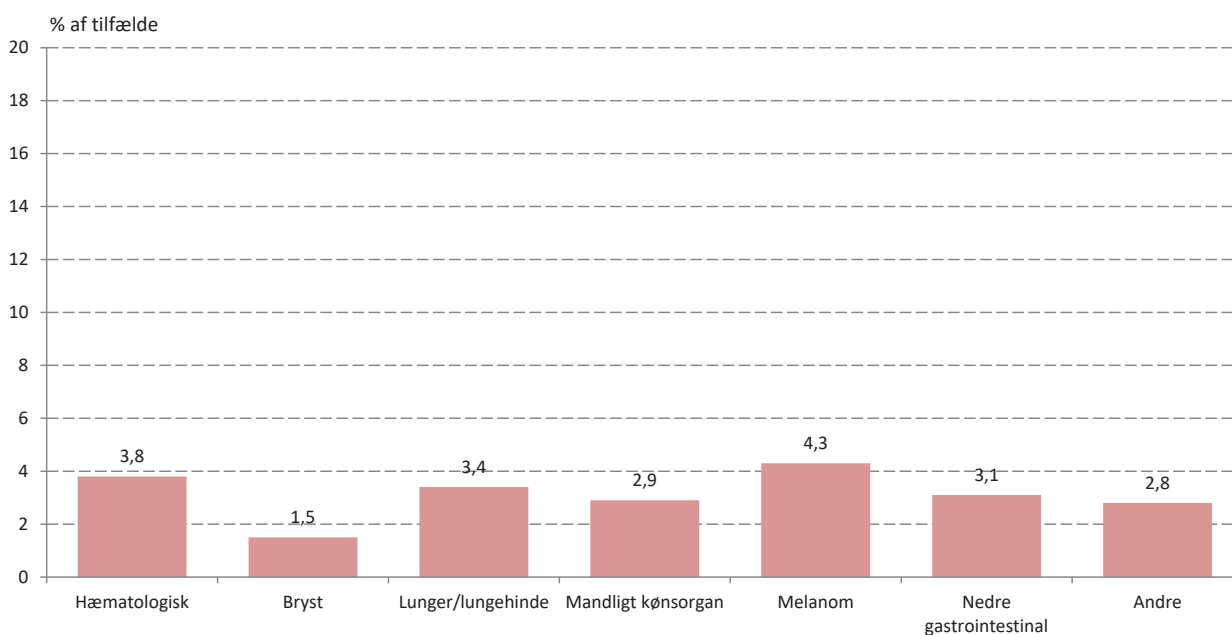
I knap 2,7% af alle udredningsforløbene overholdt patienten ikke aftaler om opfølgning. Det ses, at det særligt var gældende for kræft i mandligt kønsorgan, nedre GI og hæmatologisk kræft.

Ligeledes var det kun i godt 3% af alle forløbene at lægen tilrådede at se an uden tidsangivelse. Bryst- og lungekræft blev sjældent set an uden tidsangivelse. Derimod var det hyppigere ved modermærkekræft, hæmatologisk- og nedre GI-kræft.

Andel af patienter, der ikke overholdte aftale om opfølgning
(N=3065)



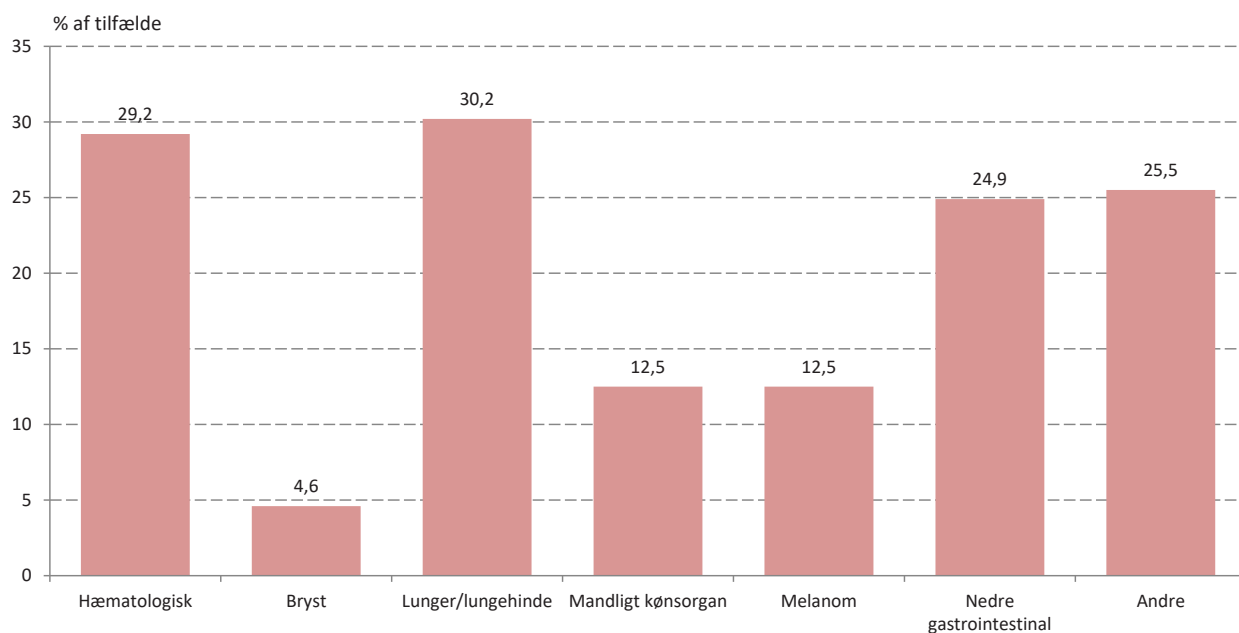
Andel af patienter, hvor lægen tilrådede at se an uden tidsangivelse
(N=3065)



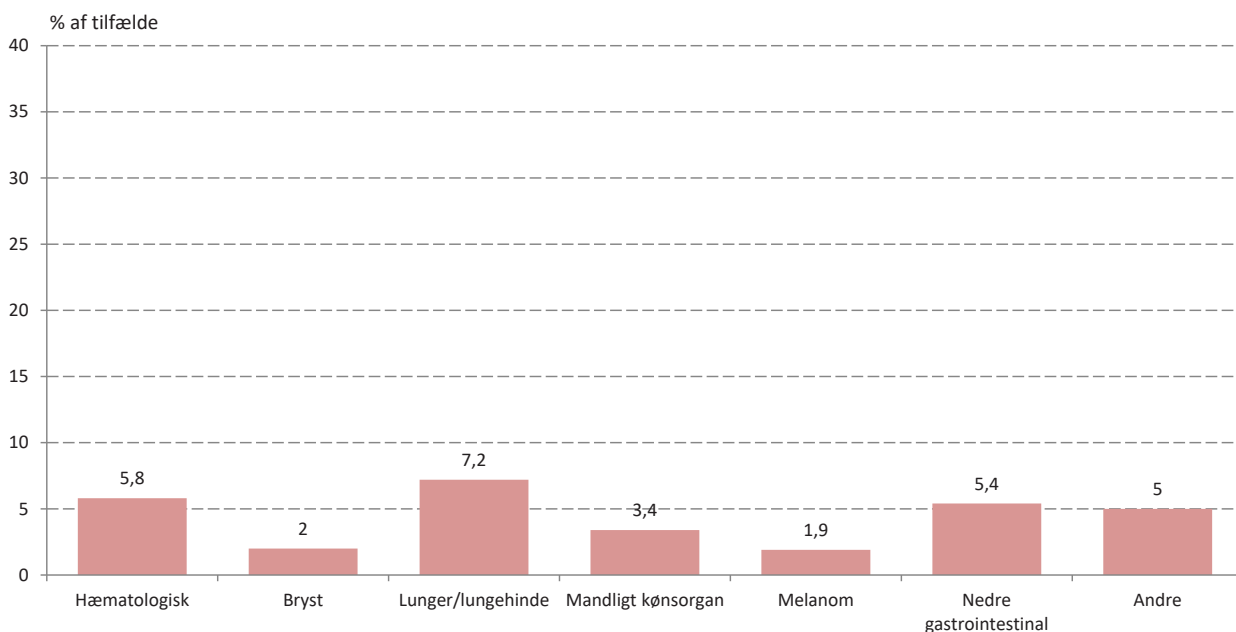
Hyppighed af hændelser i udredningsforløb

I ca. en fjerdedel af alle kræftudredningsforløbene behandlede eller henviste lægen på mistanke om anden sygdom først. Dette var særligt tilfældet ved de hæmatologiske kræfttyper, lungekræft og nedre GI-kræft. Kun i 4,5% af forløbene afventede lægen på baggrund af normale prøvesvar. Især ved kræft i mandligt kønsorgan, samt ved lunge- og hæmatologisk kræft var lægen afventende.

Andel hvor lægen behandlede eller henviste på mistanke om anden sygdom først
(N=3065)



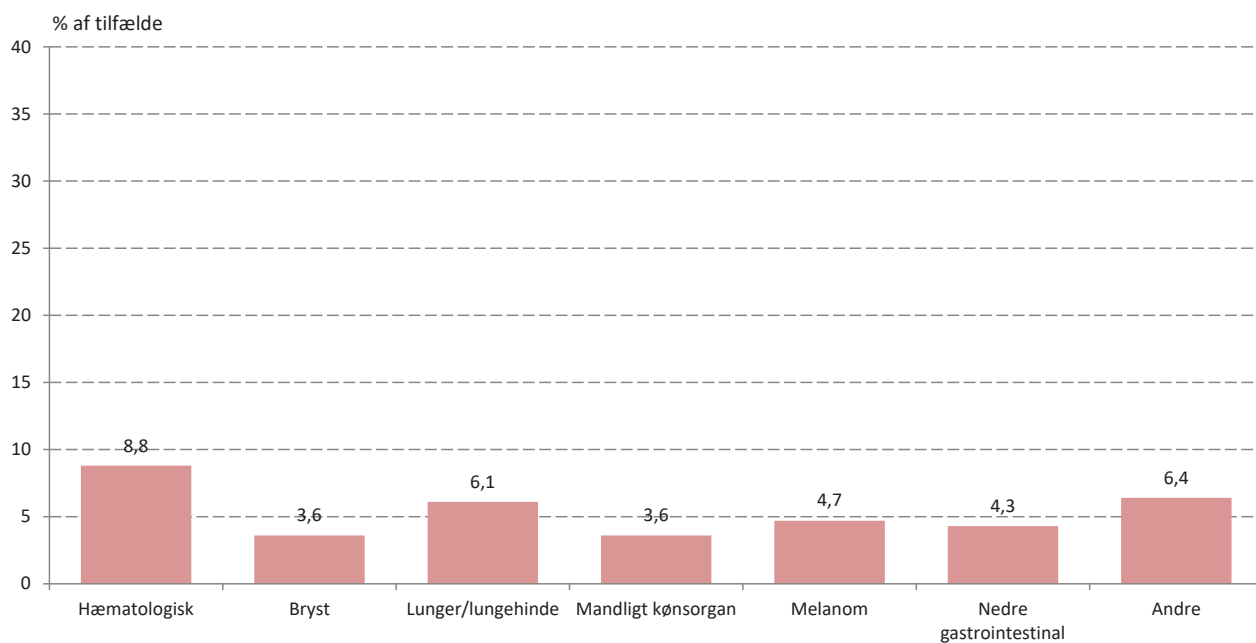
Andel hvor lægen afventede på baggrund af normale undersøgelser
(N=3065)



Hyppighed af hændelser i udredningsforløb

Det skete jævnligt, at udredningsforløbet blev risikeret forsinket ved, at patienten først blev henvist på mistanke om en anden kræftsygdom end den, som patienten senere viste sig at have.

Andel hvor lægen henviste til udredning på mistanke om anden type kræft først
(N=3065)



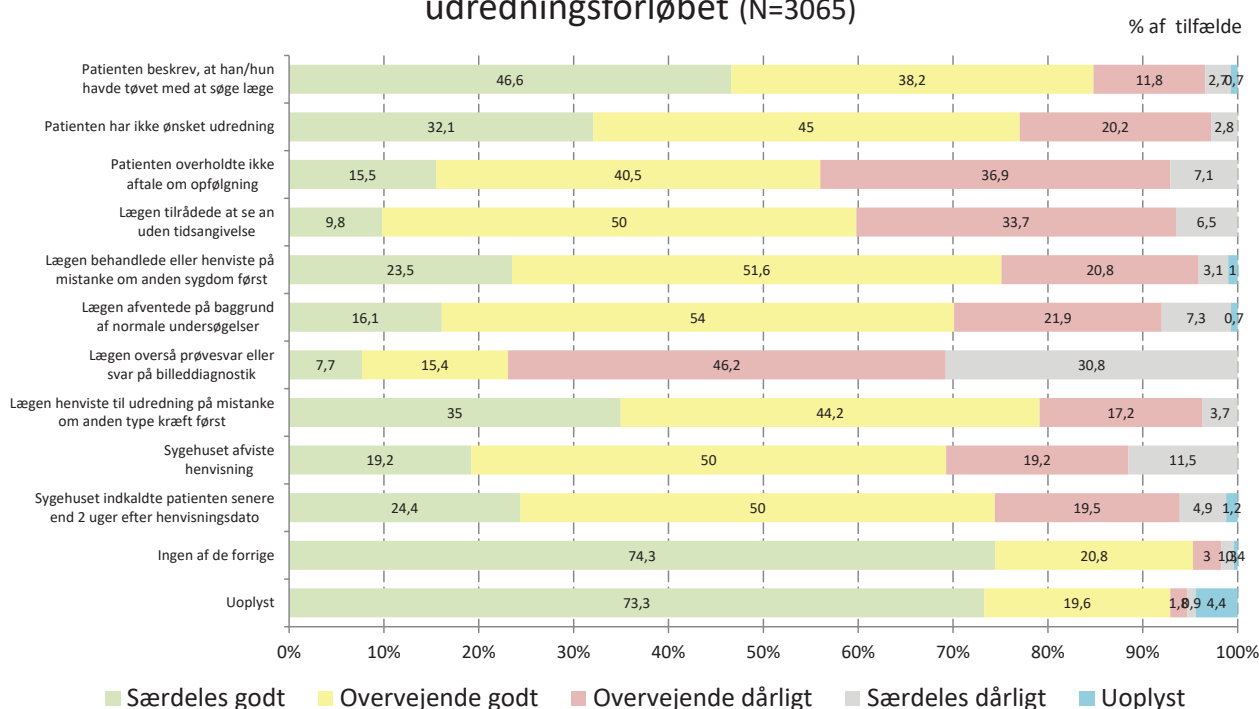
Vurdering

De fleste diagnostiske forløb karakteriseres overordnet som gode. Dette er særligt tilfældet for brystkræft, modermærkekræft og kræft i mandligt kønsorgan. Kræft i nedre GI, lungekræft samt andre kræfttyper blev i lavere grad vurderet til at forløbe godt. Hændelser i udredningsforløbet, hvor lægen enten overser svar eller tilråder at se an uden tidsangivelse, og hændelser, hvor patienten eller sekundærsektoren ikke agerer hensigtsmæssigt i udredningsforløbet, har betydning for den overordnede vurdering af forløbet.

Overordnet vurdering af det diagnostiske forløb i forhold til kræfttype (N=3065)



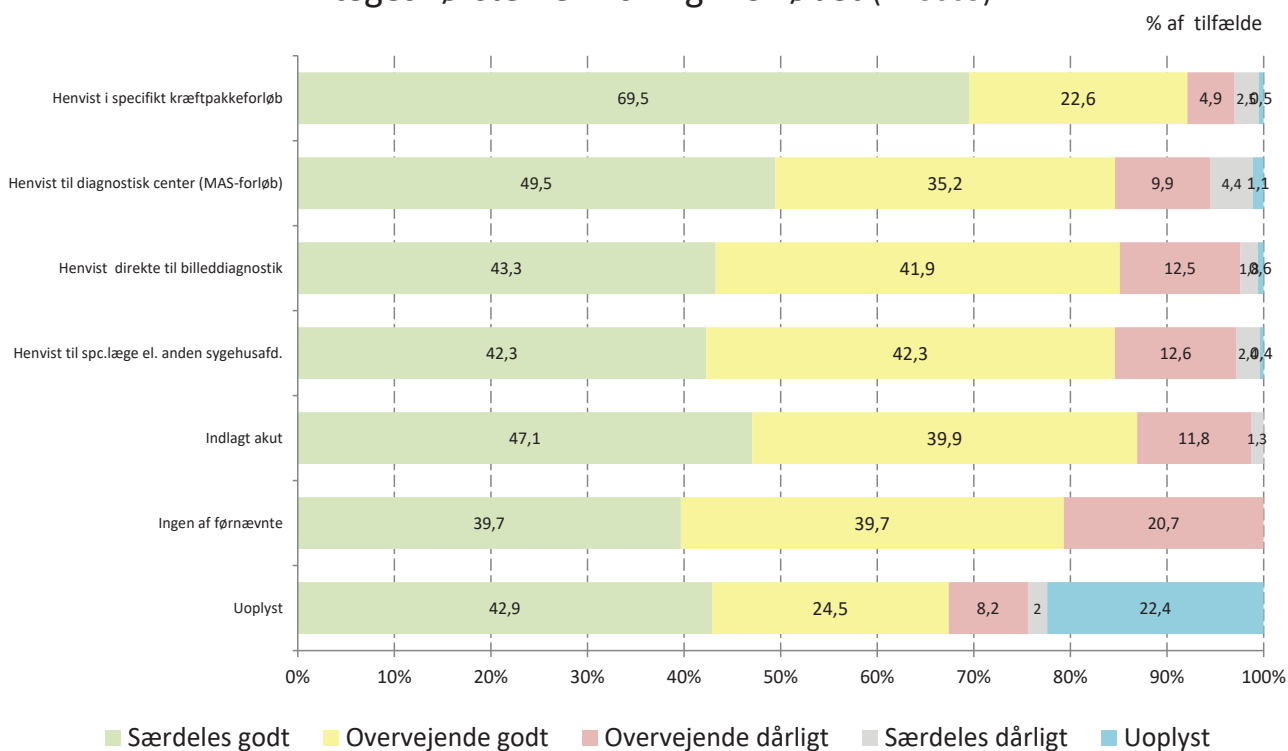
Overordnet vurdering af det diagnostiske forløb i forhold til hændelser i udredningsforløbet (N=3065)



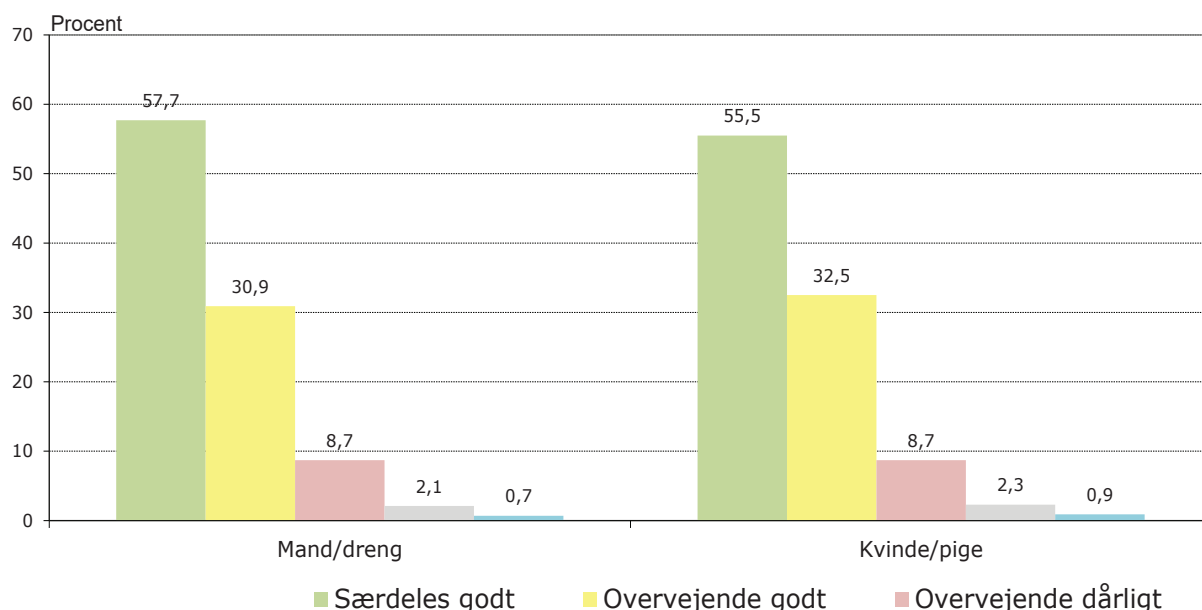
Vurdering

De diagnostiske forløb er vurderet bedst i de situationer, hvor patienterne henvises i specifikke kræftpakkeforløb. Patientens køn spiller ingen større rolle i forhold til vurdering af det diagnostiske forløb.

Overordnet vurdering af det diagnostiske forløb i forhold til den praktiserende læges første henvisning i forløbet (N=3065)



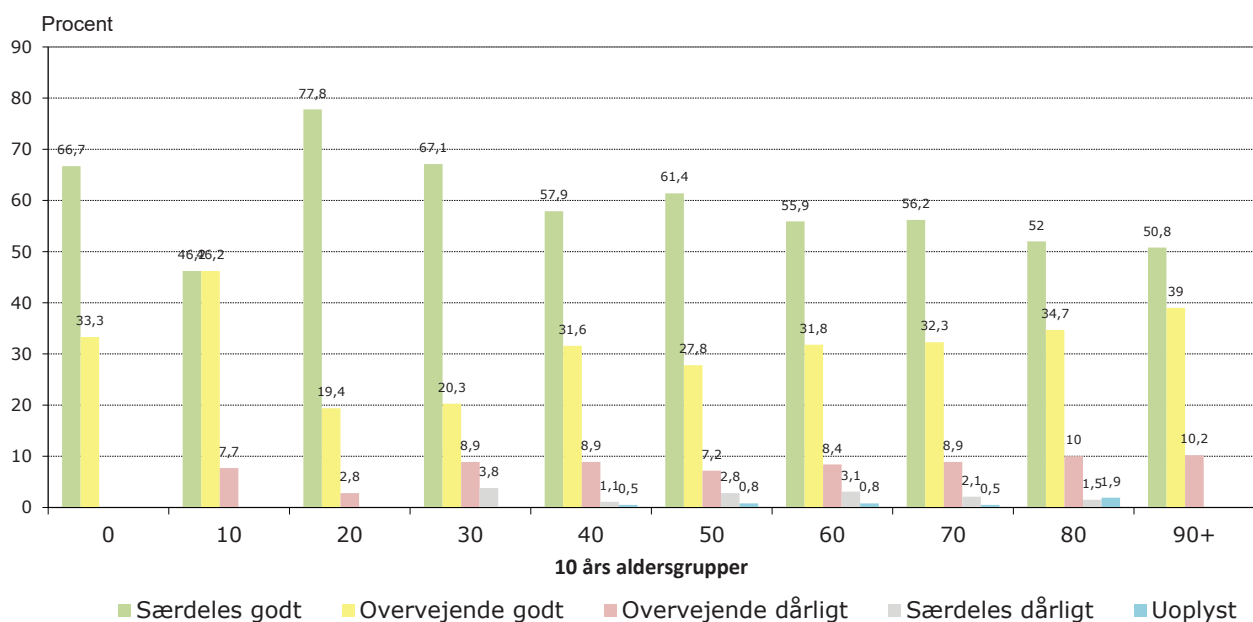
Overordnet vurdering af det diagnostiske forløb i forhold til patientens køn (N=3065)



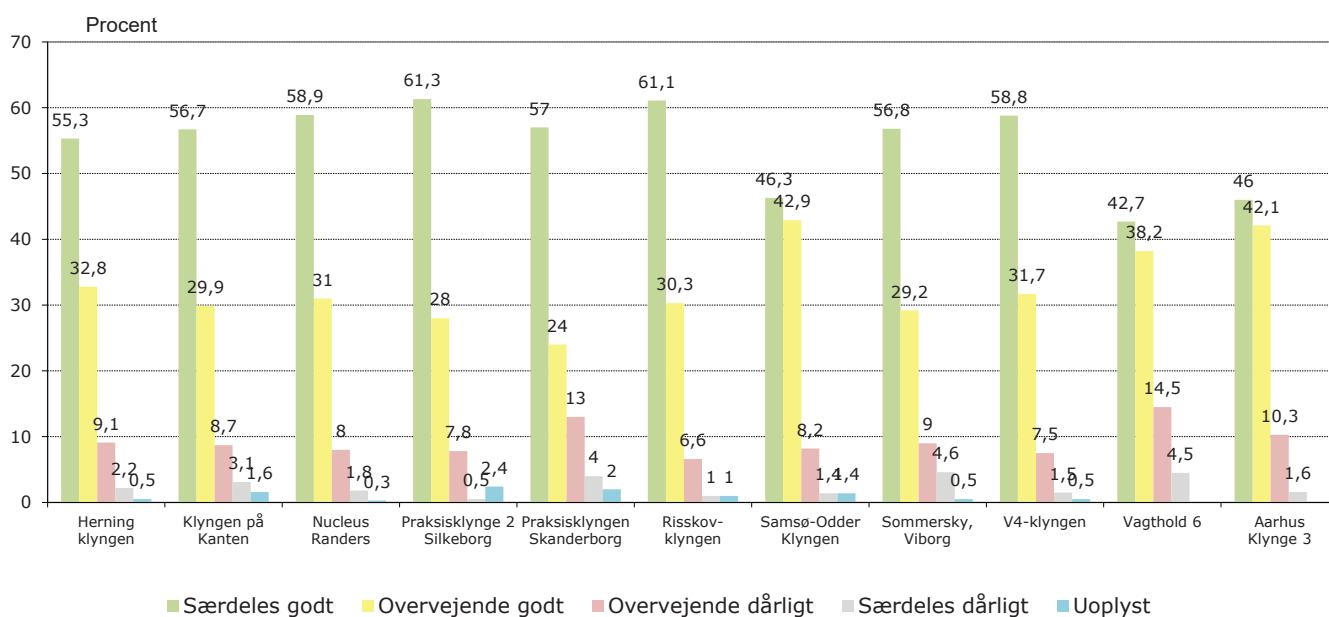
Vurdering

Andelen af forløb, som vurderes dårlige, stiger med patientens alder.

Overordnet vurdering af det diagnostiske forløb i forhold til patientens alder (N=3065)



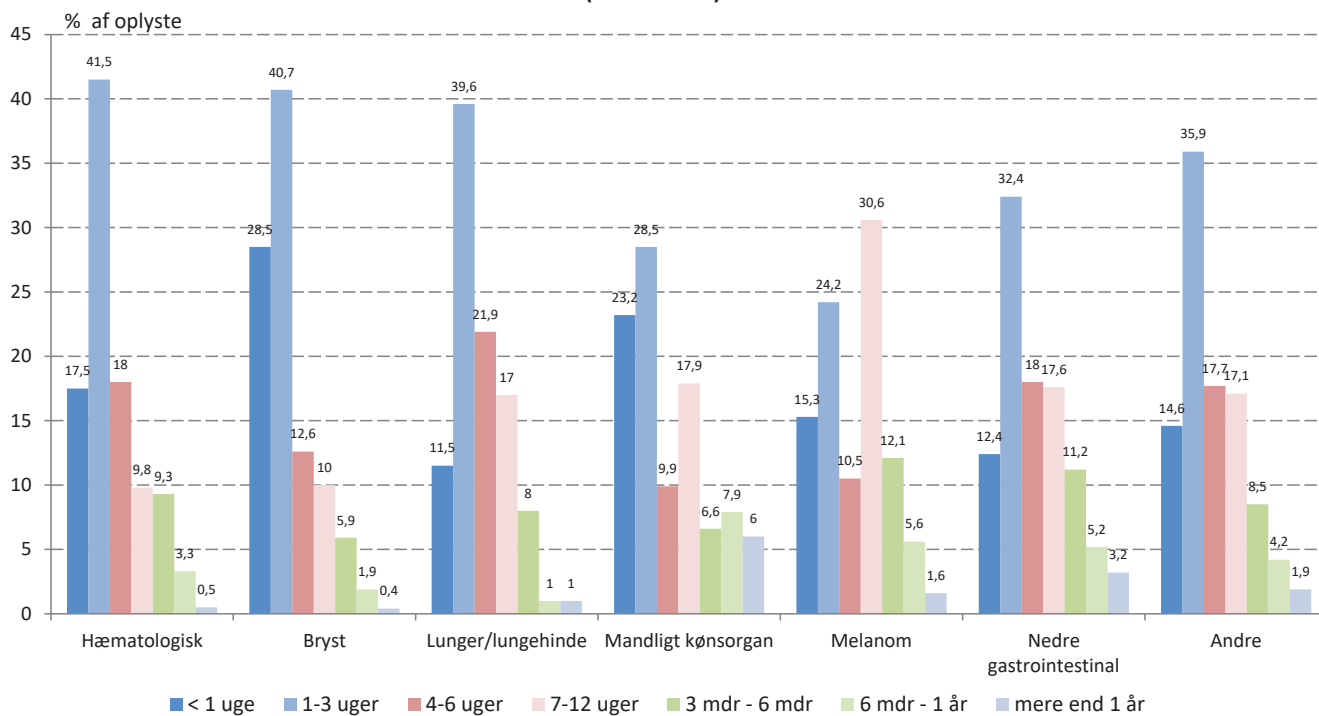
Overordnet vurdering af det diagnostiske forløb i forhold til område (N=3065)



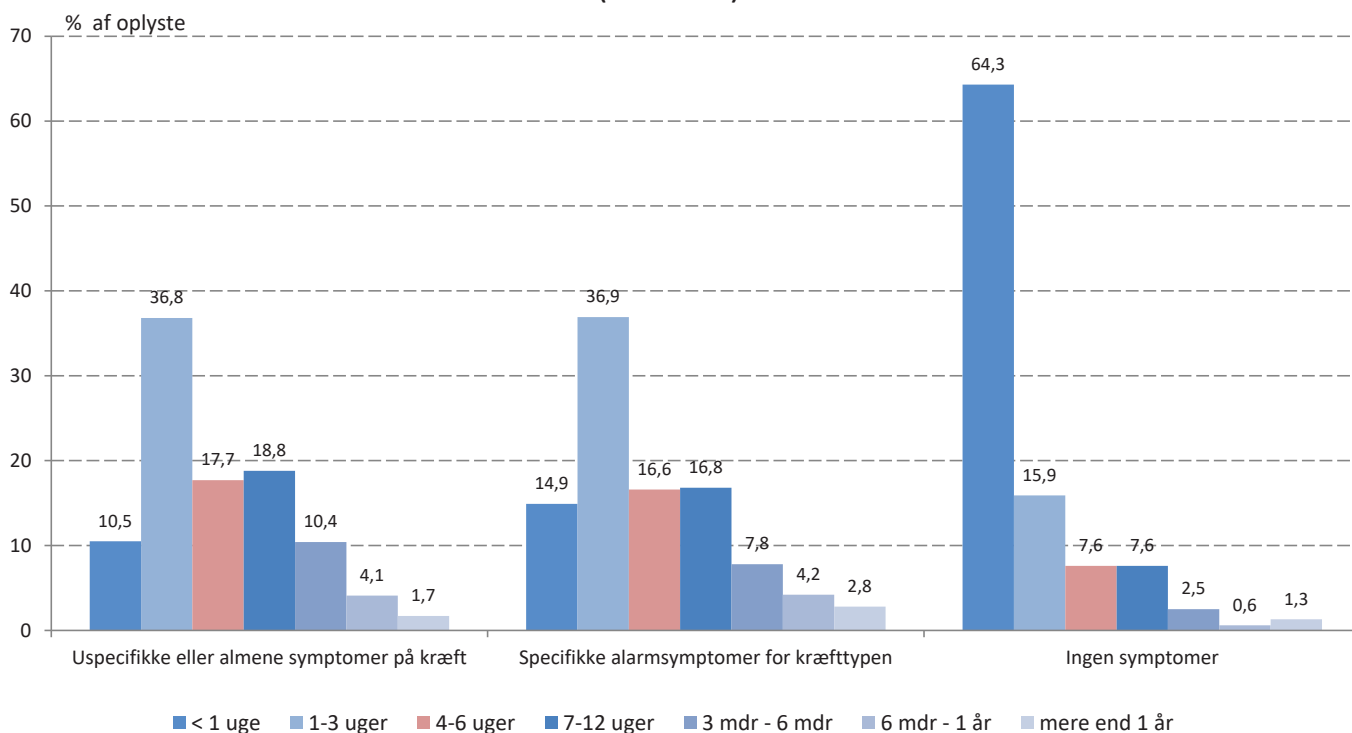
Antal uger med symptomer

Patienters tid til lægekontakt (patientintervallet) med symptomer varierer på tværs af kræftformer. Generelt henvendte patienterne sig inden for de første uger med symptomer. Der ses længere patientinterval blandt patienter diagnosticeret med modernærkekræft. Kræft i mandligt kønsorgan er et andet eksempel på en kræfttype med langvarige symptomer inden lægekontakt. Patienterne venter omtrent liges længe med specifikke og uspecifikke symptomer.

Antal uger med symptomer forud for første kontakt i praksis
(N=2088)



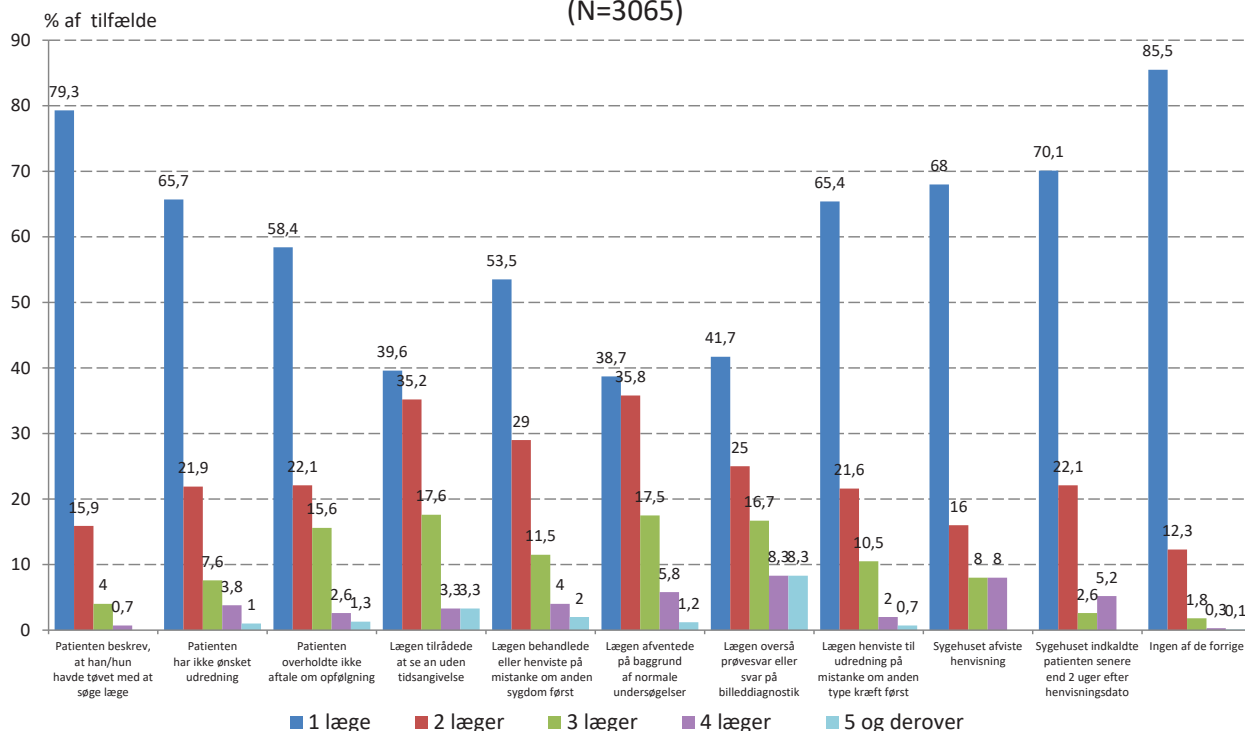
Antal uger med symptomer i forhold til symptompræsentation
(N=2088)



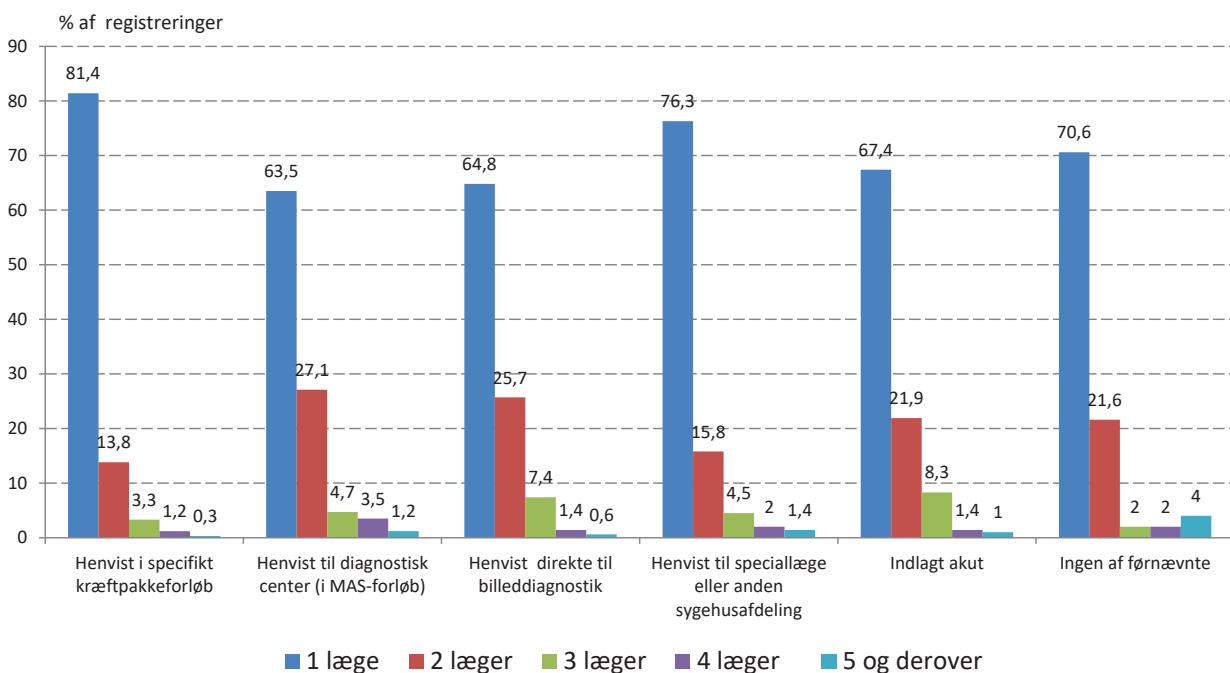
Kontakter

Antallet af læger, der har kontakt med patienten i forløbet, har betydning for hændelserne i udredningsforløbene. I tilfælde med mange læger involveret, var der større risiko for henvisning på mistanke om anden kræfttype først, at lægen behandlede eller henviste på mistanke om anden sygdom først eller patienten ikke overholdte aftale om opfølgning. Desuden ses, at jo færre læger patienten så, des oftere blev patienten henvist i specifikt kræftpakkeforløb som det første. Derudover blev de patienter, der blev set af 3 eller flere læger i forløbet, oftere indlagt akut som første henvisning.

Antal læger med kontakt til pt. i forhold til hændelser i udredningsforløbet
(N=3065)



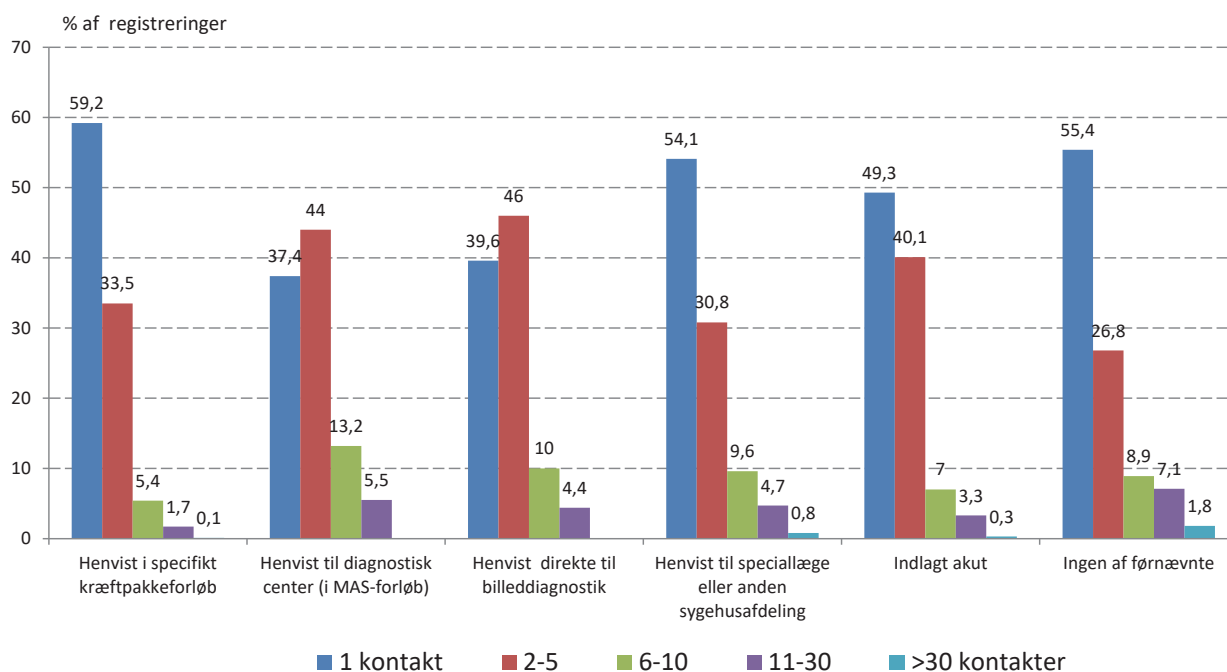
Antal læger med kontakt til pt. i forhold til første henvisning i forløbet
(N=3065)



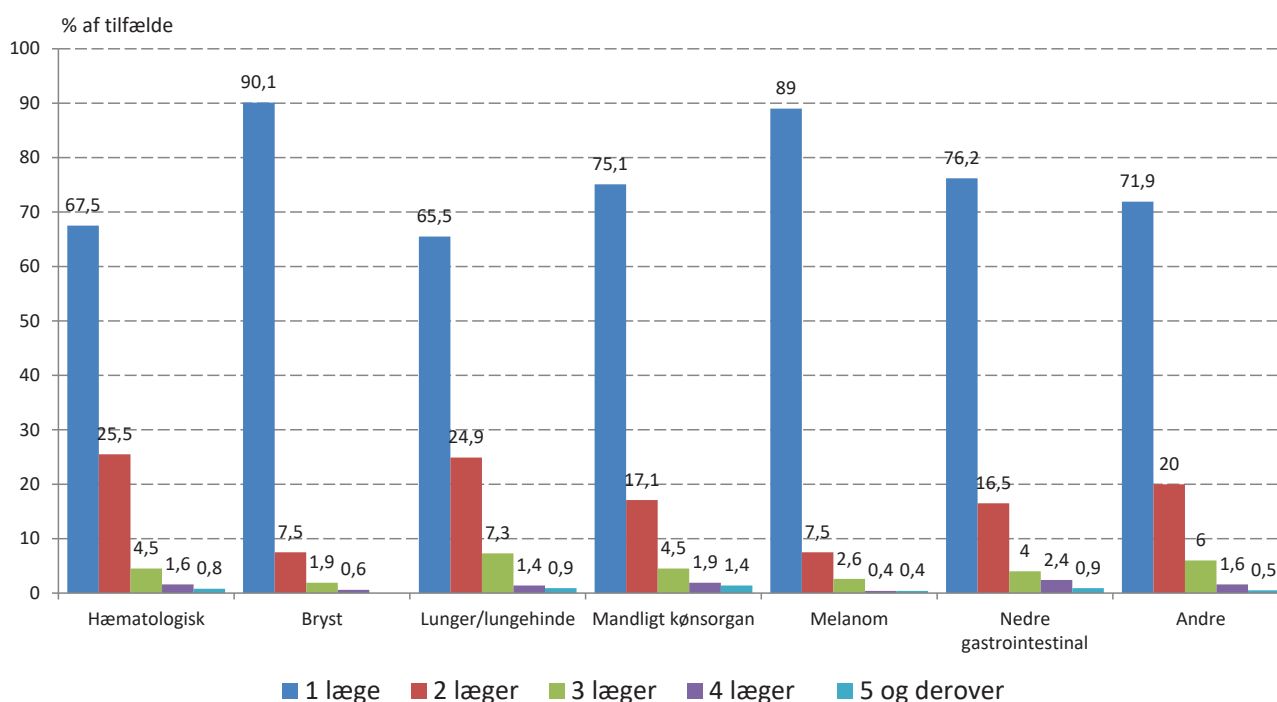
Kontakter

I tilfælde hvor patienten henvises i specifikt kræftpakkeforløb, er der ofte 1 eller få kontakter i praksis. Ved henvisning i MAS-forløb har patienten overvejende 2-5 kontakter. For kræfttyper med et mere ukarakteristisk symptombillede, som eksempelvis hæmatologiske kræfttyper, nedre GI og lungekræft er der oftere flere læger involveret i patientens forløb.

Antal kontakter i praksis i forhold til første henvisning i forløbet
(N=3065)



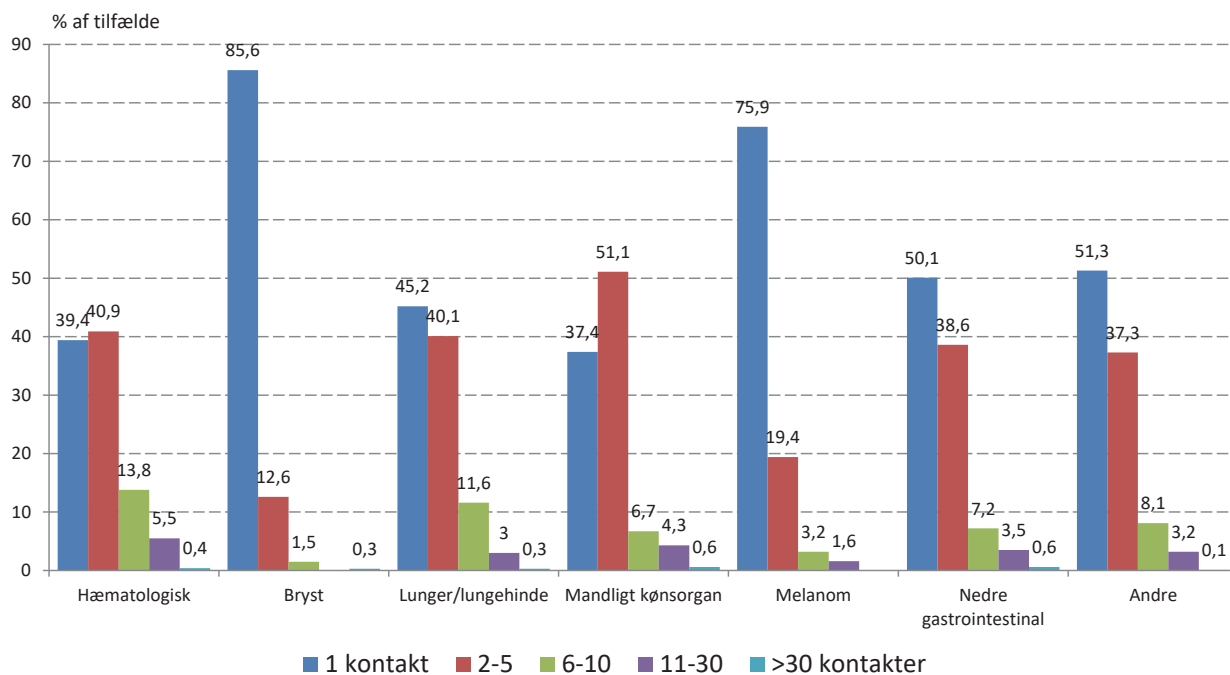
Antal læger i forhold til kræfttype
(N=3065)



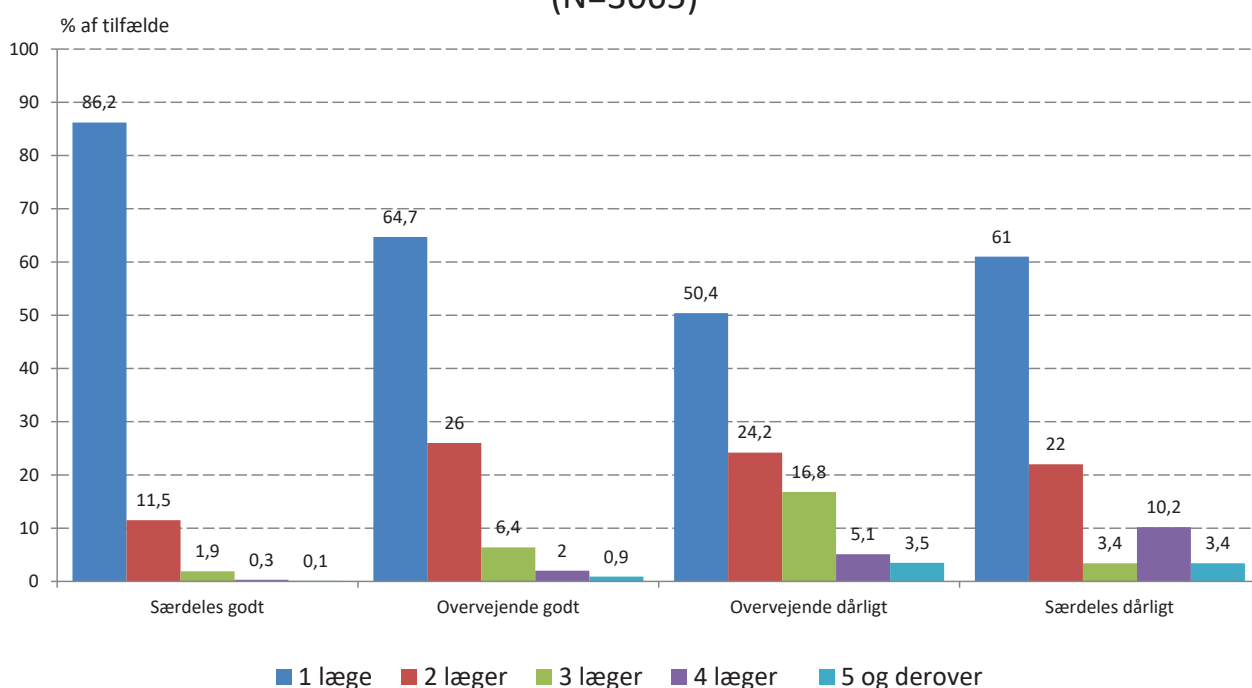
Kontakter

Patienter med kræfttyper, der ofte præsenterer sig med specifikke alarmsymptomer, såsom brystkræft og modermærkekræft, henvises ofte videre ved første lægekontakt. Derimod ses mange kontakter ved de kræfttyper, der ofte har uspecifikke symptomer.

Antal kontakter inden første henvisning i forhold til kræfttype
(N=3065)

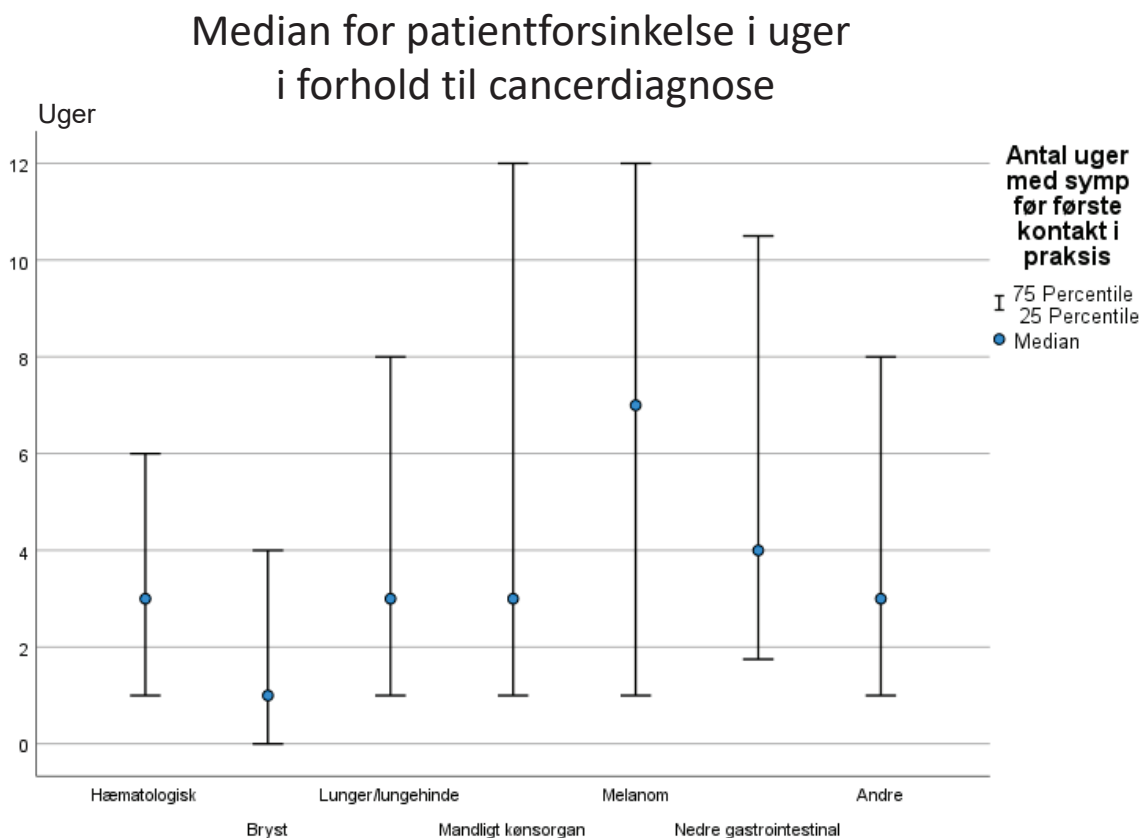
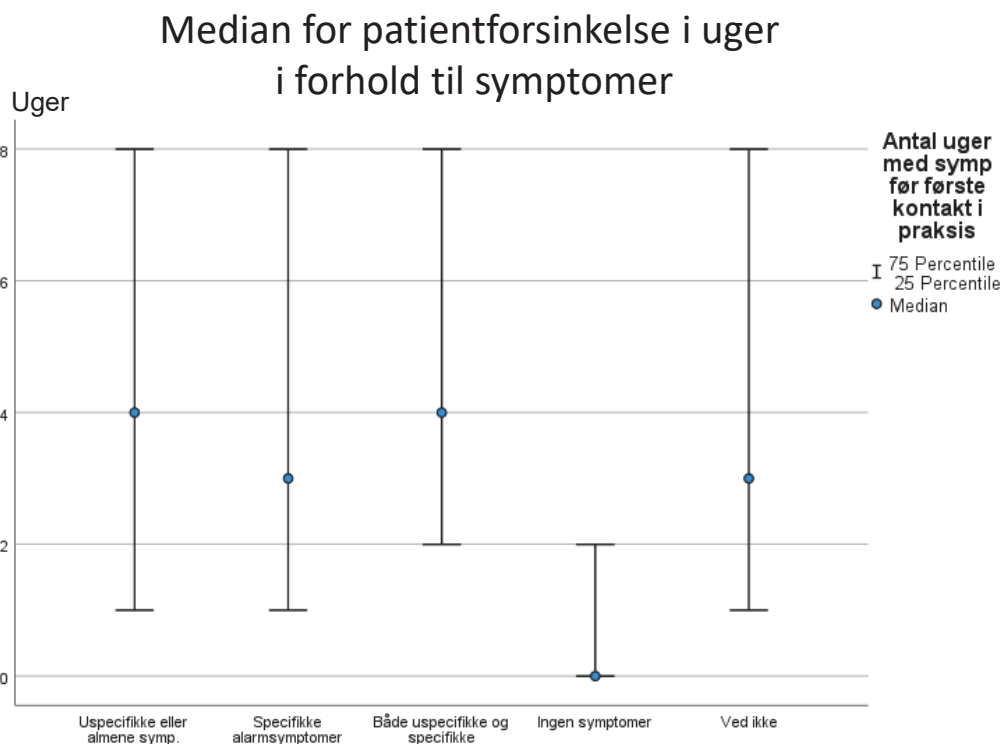


Antal læger i forhold til vurdering af det samlede forløb
(N=3065)



Patientinterval

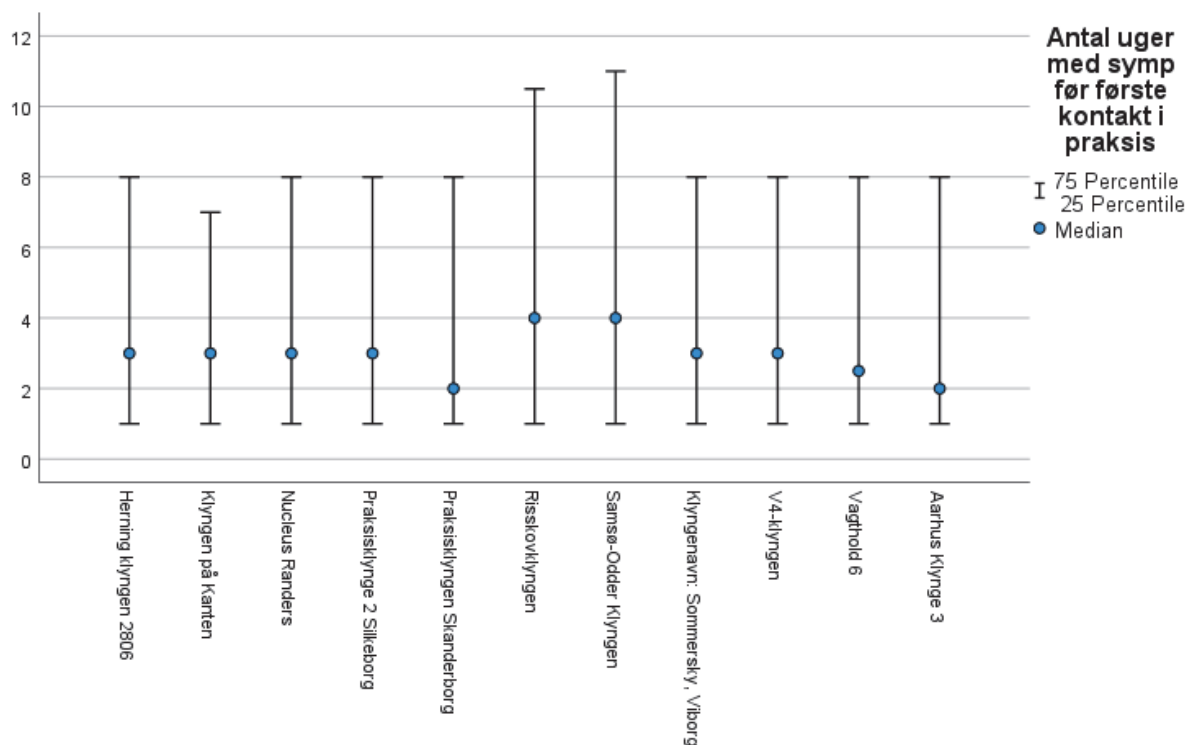
Patienter med specifikke og uspecifikke symptomer henvendte sig næsten lige hurtigt. Halvdelen havde henvendt sig efter henholdsvis 3 og 4 uger med symptomer. Patienter med Melanom eller Nedre-GI ventede længst. Det var dog ikke alle forløb, hvor patientens forsinkelse fremgik af journalen.



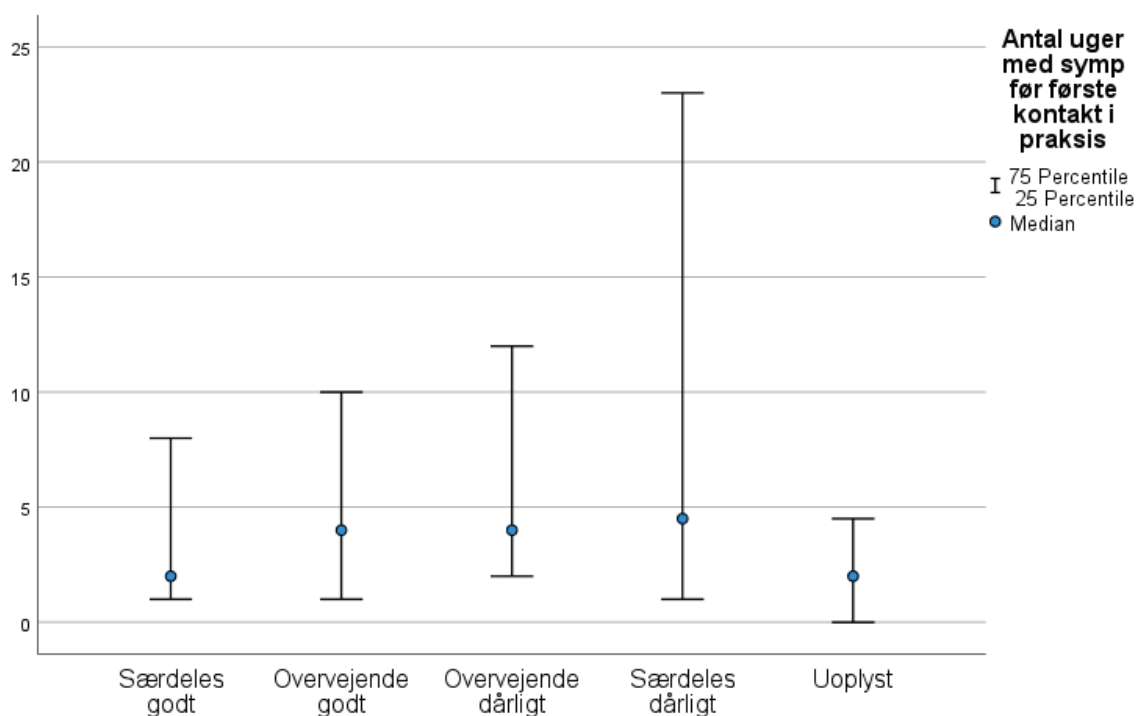
Patientinterval

Jo mindre patientforsinkelse, des bedre overordnet vurdering af udredningsforløbet.
Der var ikke forskel i patientforsinkelse mellem klyngerne

Median for patientforsinkelse i uger i forhold til klynge



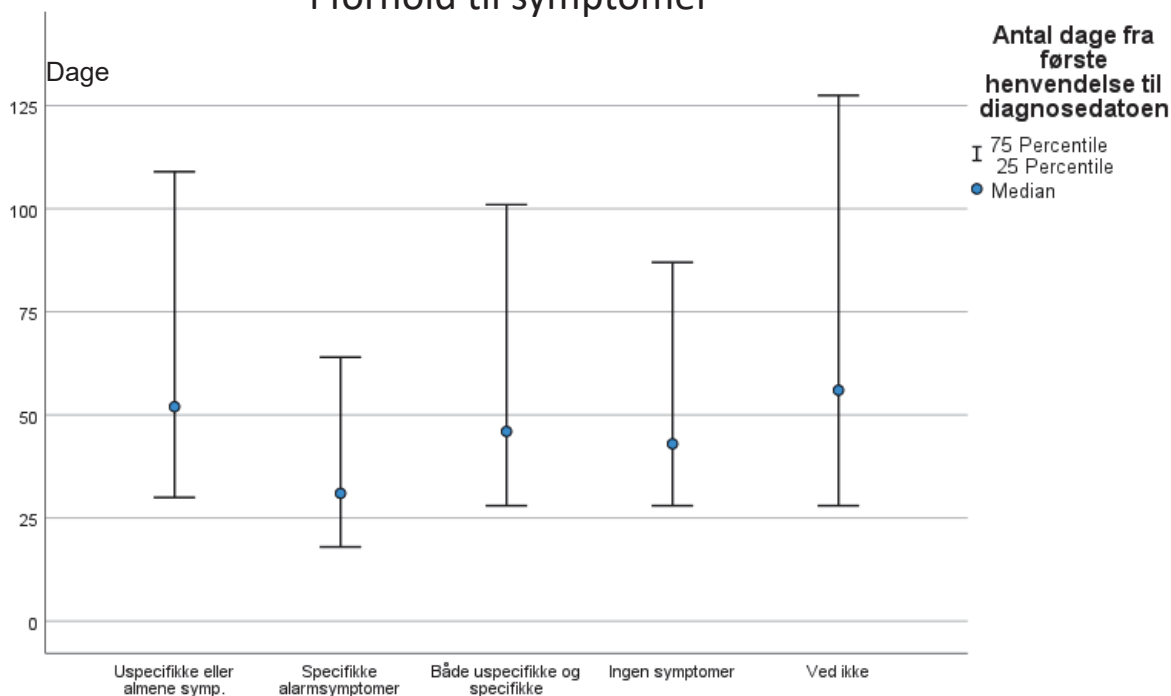
Median for patientforsinkelse i uger i forhold til overordnet vurdering af forløbet



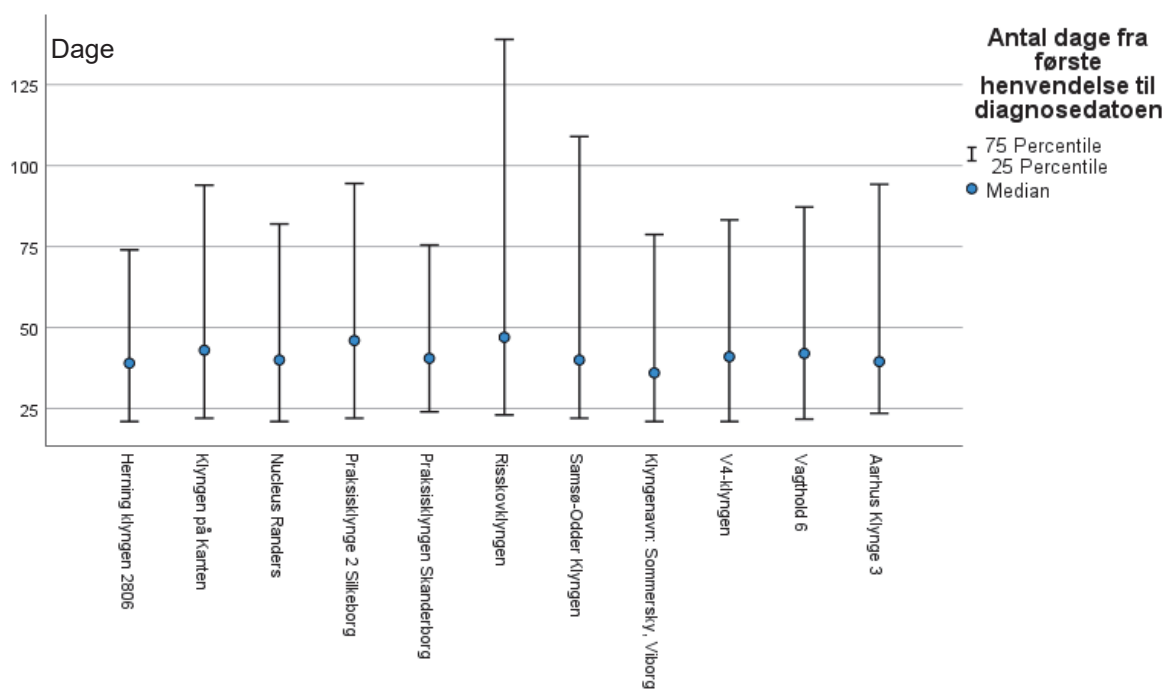
Læge-system-forsinkelse

Læge-system-forsinkelsen er her tiden fra første kontakt i praksis til kræftdiagnosen er registreret på sygehuset. Den var væsentligt kortere for patienter med specifikke symptomer. Der var ikke forskel mellem klyngerne

Median for læge-system-forsinkelse i dage i forhold til symptomer



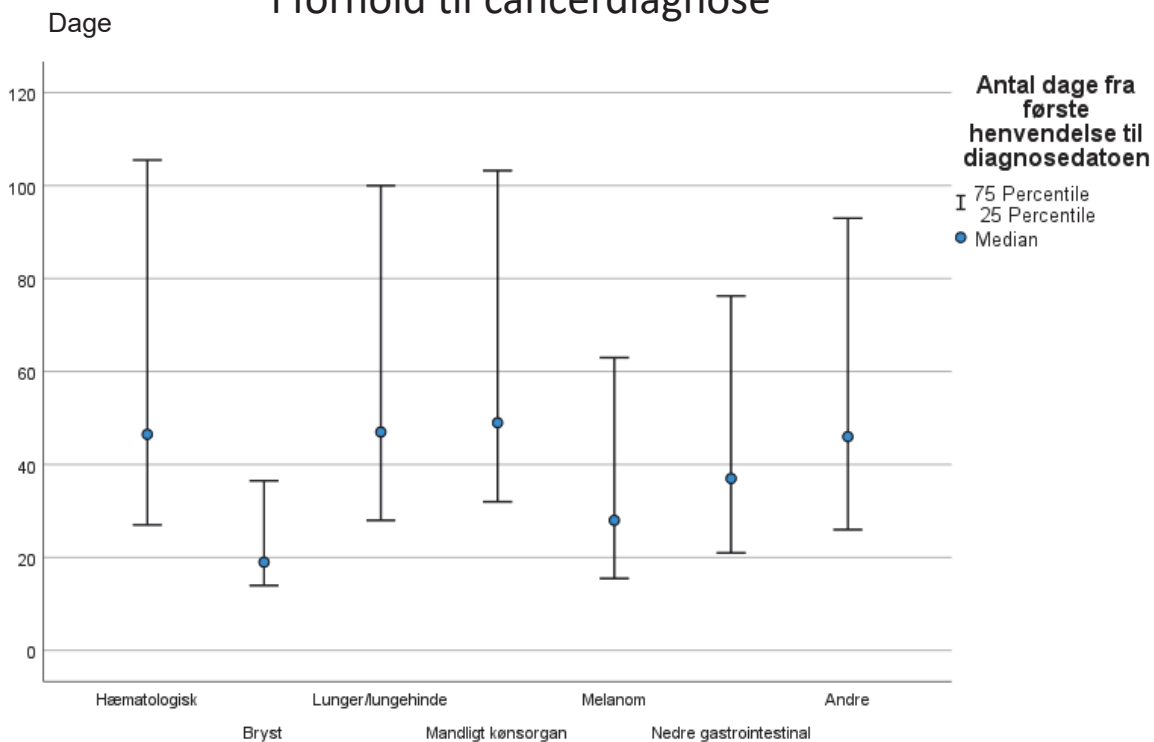
Median for læge-system-forsinkelse i dage i forhold til klynger



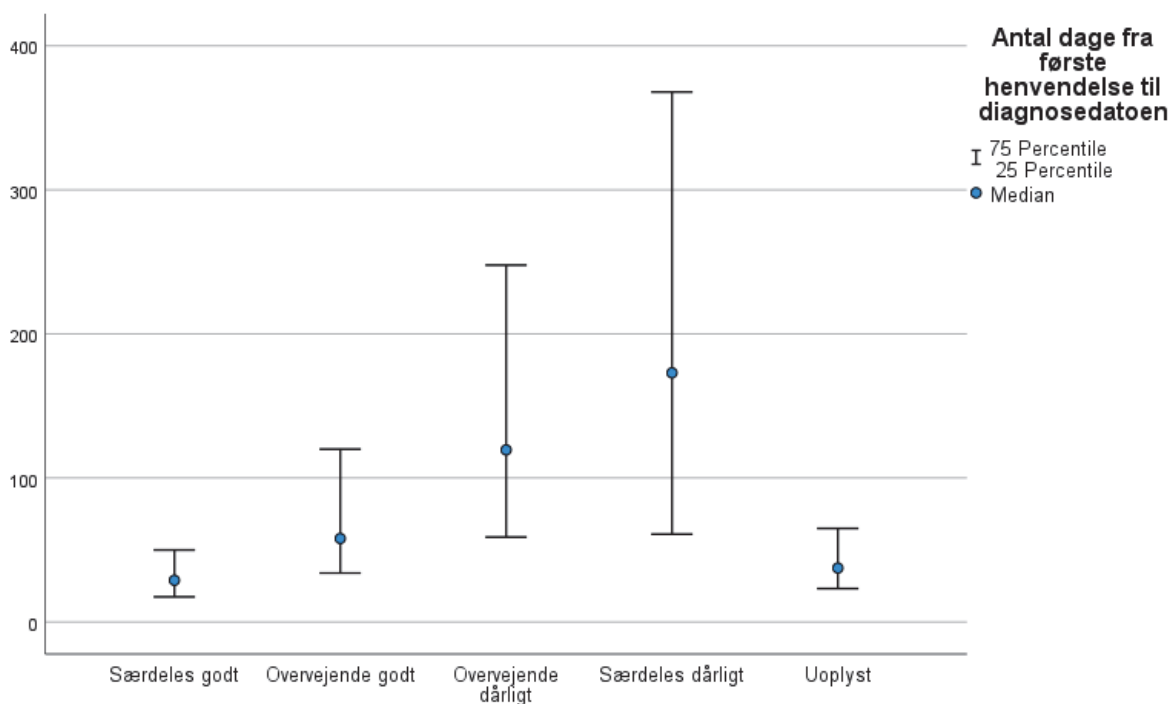
Læge-system-forsinkelse

Læge-system-forsinkelsen var kortest for patienter med brystkræft. Der var tydelig sammenhæng mellem forsinkelsen og den overordnede vurdering af forløbet. Jo-før-jo-bedre.

Median for læge-system-forsinkelse i dage i forhold til cancerdiagnose



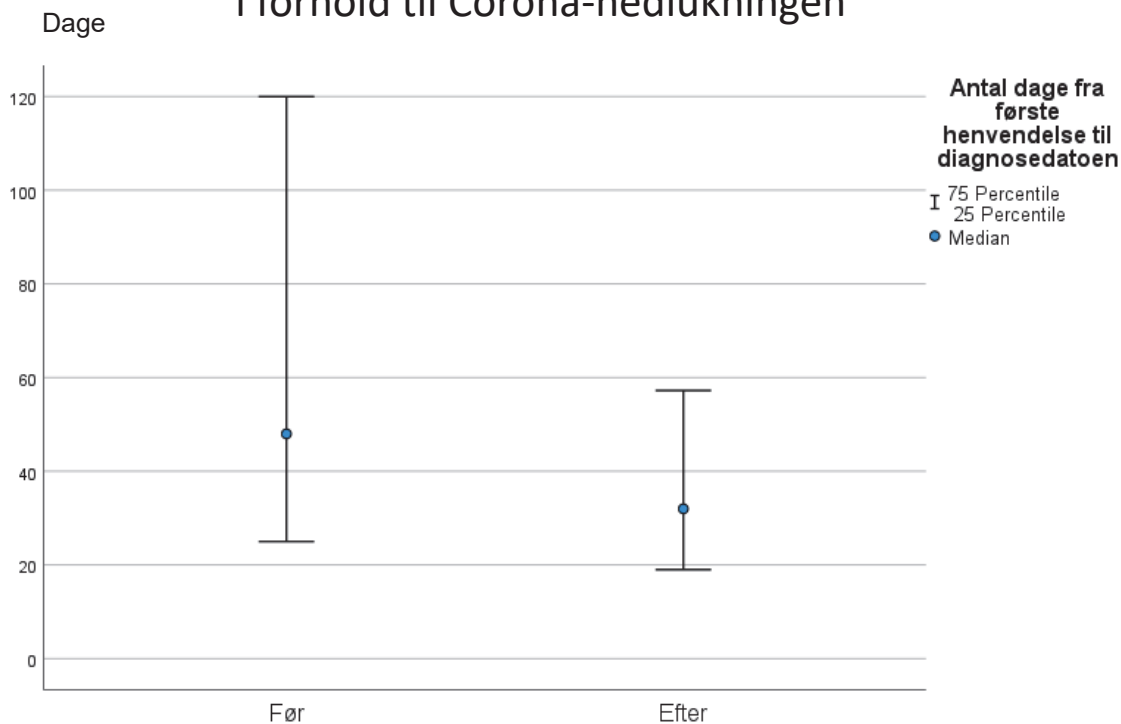
Median for læge-system-forsinkelse i dage i forhold til overordnet vurdering af forløbet



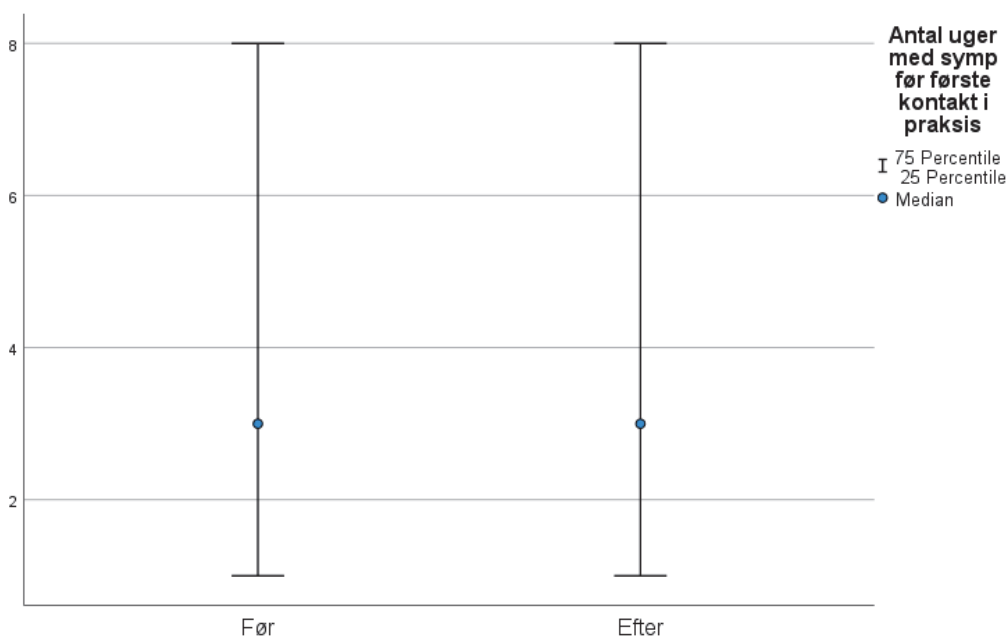
Corona-nedlukningen

Vi har på denne og næste side opdelt patienterne efter, om de første gang henvendte sig til praksis i perioden mellem 1. marts 2019 og COVID-19 nedlukningen den 11. marts 2020 eller i perioden fra nedlukningsdatoen og til 28. februar 2021 – altså ca. et år på hver side. Nærværende undersøgelse finder svarende til nationale undersøgelser, at der i alt kom væsentligt færre nye kræftpatienter i året efter nedlukningen (1108) end i året før (1883). For de som kom var Læge-System forsinkelsen lidt kortere og forløbene blev vurderet til at være lidt bedre efter nedlukningsdatoen. Der var ikke forskel i omfanget i af potentielt forsinkende hændelser.”

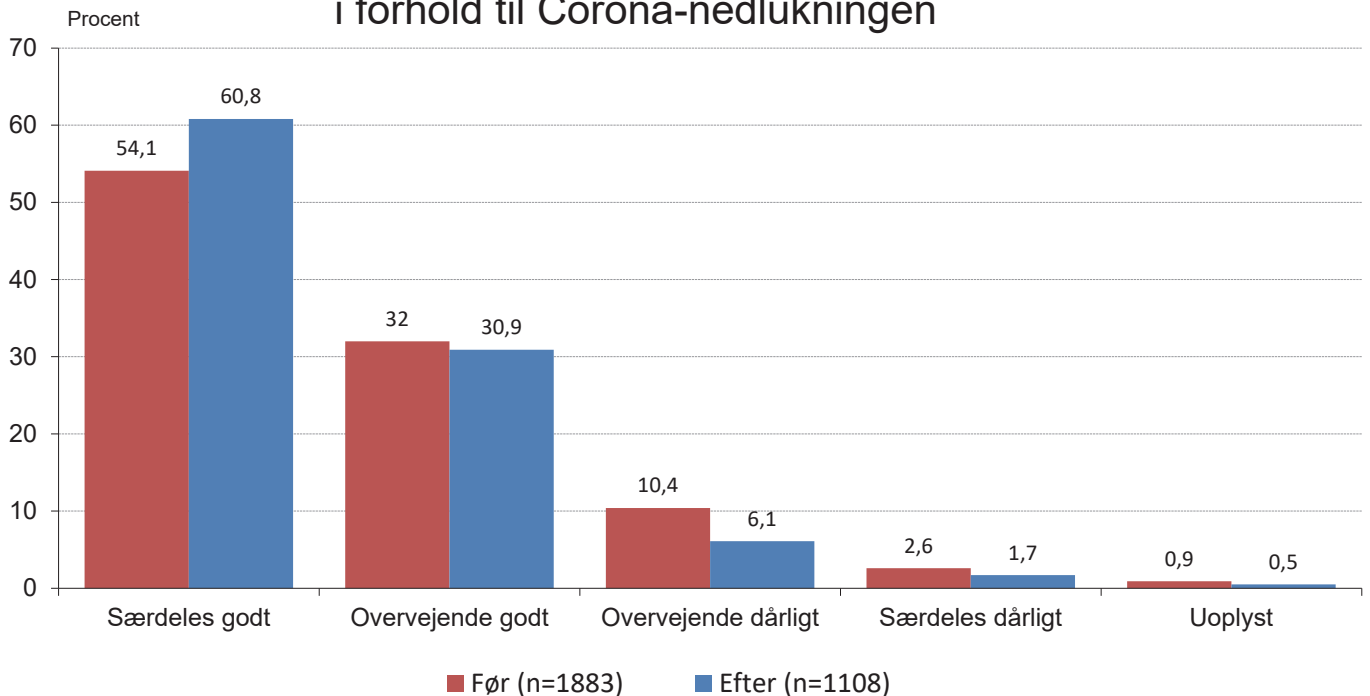
Median for læge-system-forsinkelse i dage i forhold til Corona-nedlukningen



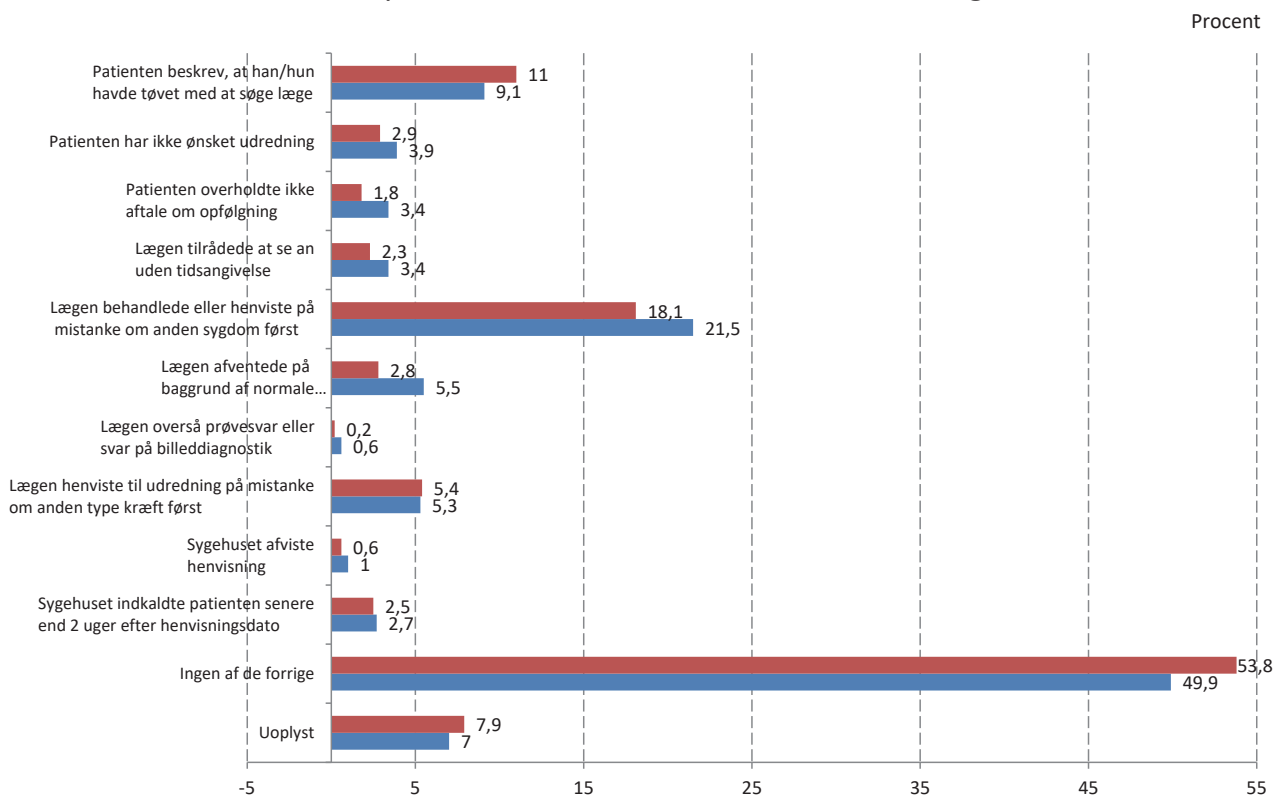
Median for patientforsinkelse i uger i forhold til Corona-nedlukningen



Overordnet vurdering af forløbet i forhold til Corona-nedlukningen



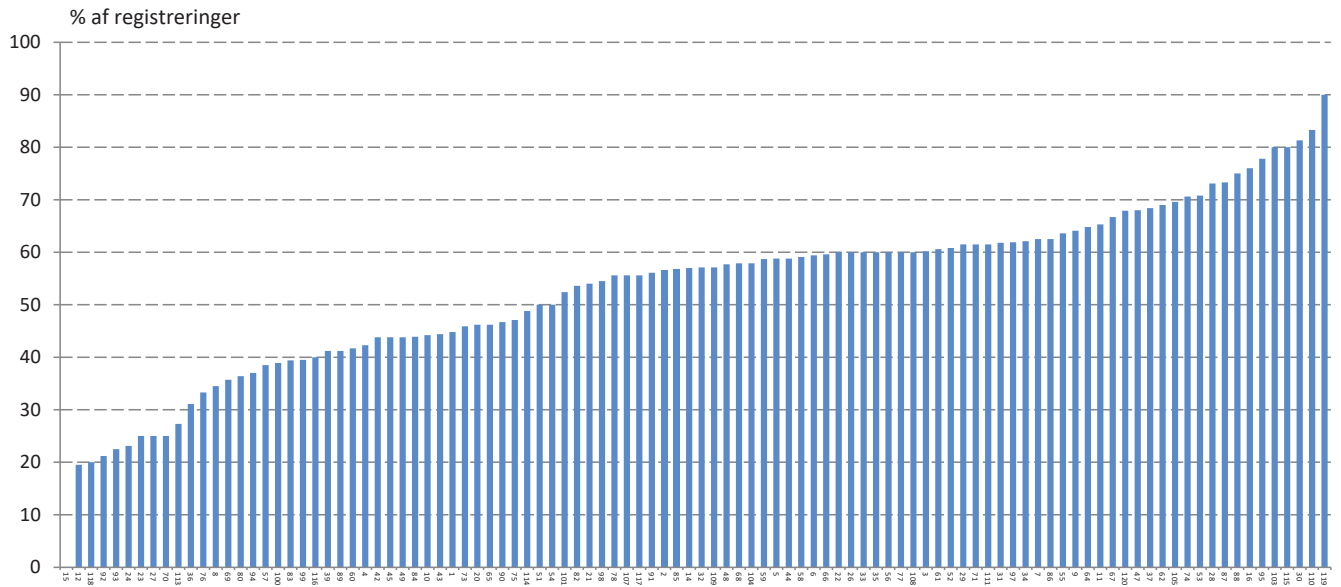
Hændelser i udredningsforløbet i forhold til om pt. kom før eller efter Corona-nedlukningen (11.03.2020)



Variationer

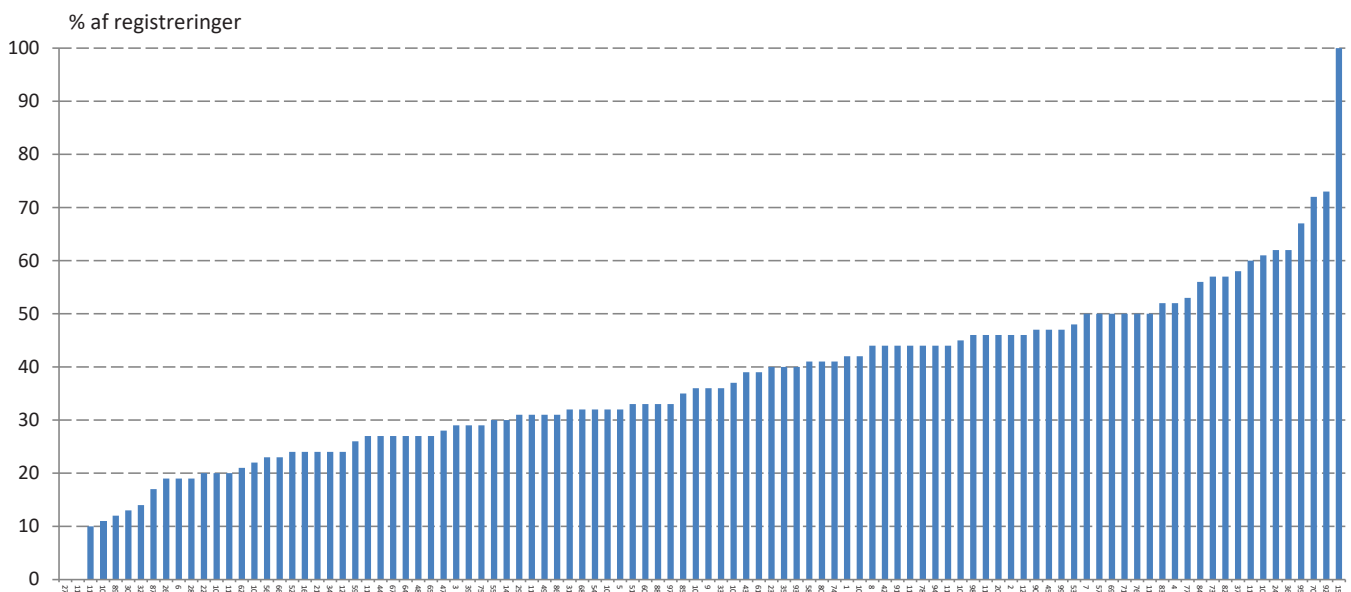
I de følgende figurer er de deltagende praksis listet på x-aksen med angivelse af deres ID-nummer i auditten og sorteret efter hvad grafen viser.

Andel med "Specifikke alarmsymptomer/tegn på kræft"



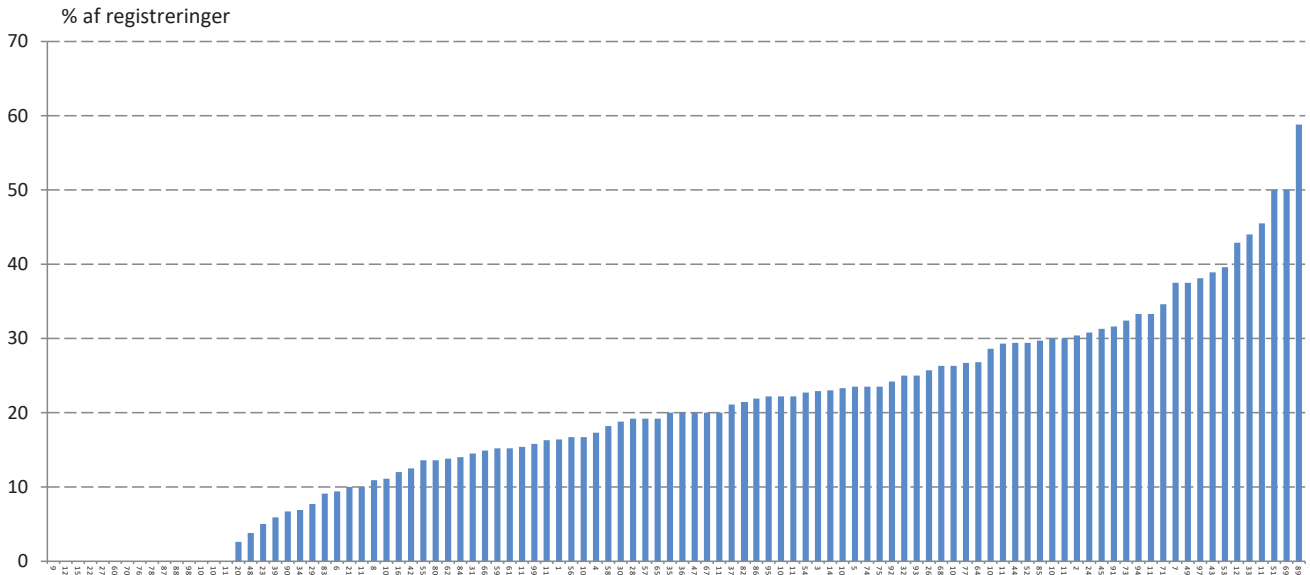
Hver søjle repræsenterer en praksis

Andel med uspecifikke eller almene symptomer



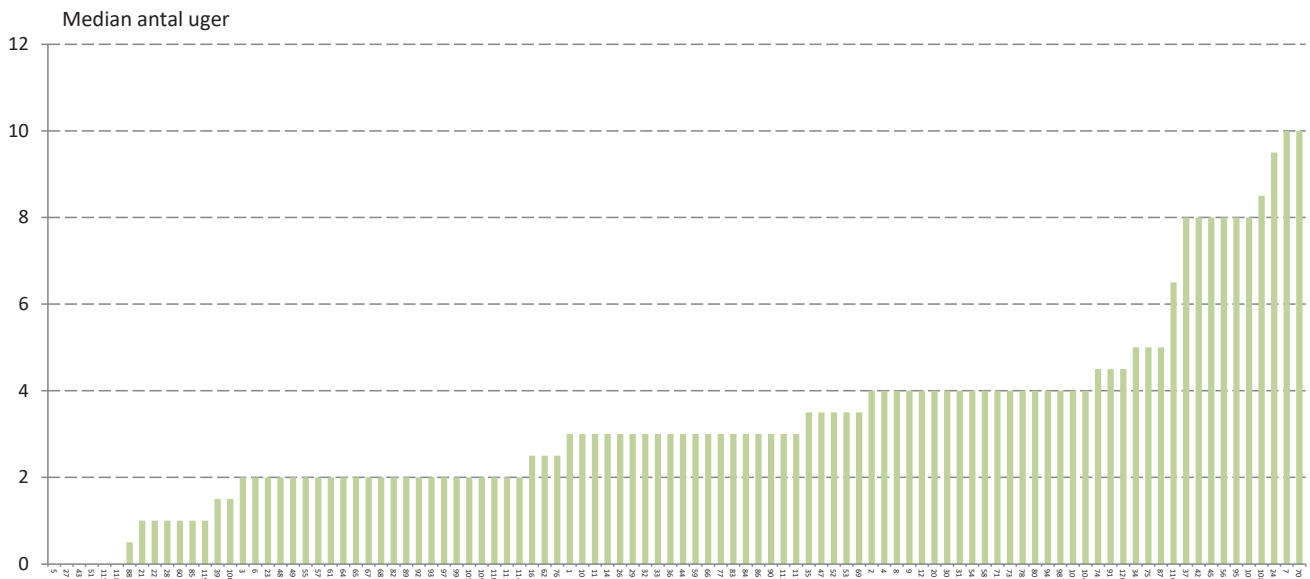
Hver søjle repræsenterer en praksis

Andel hvor lægen behandlede eller henviste på mistanke om anden sygdom først



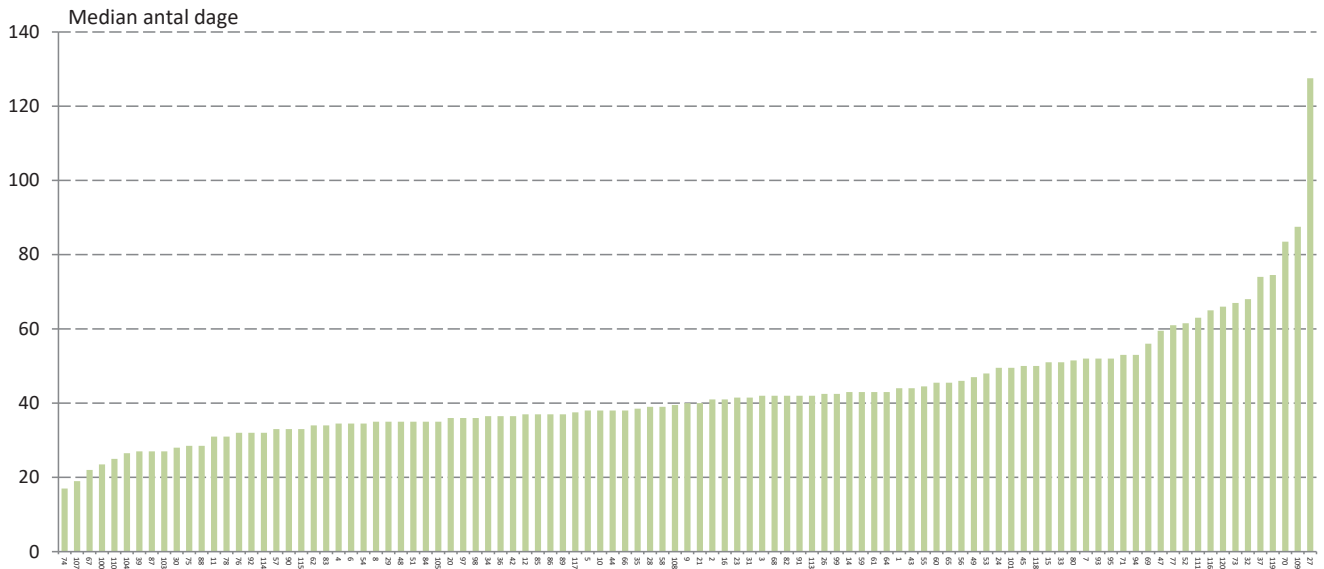
Hver søjle repræsenterer en praksis

Median symptomvarighed (antal uger) før lægekontakt



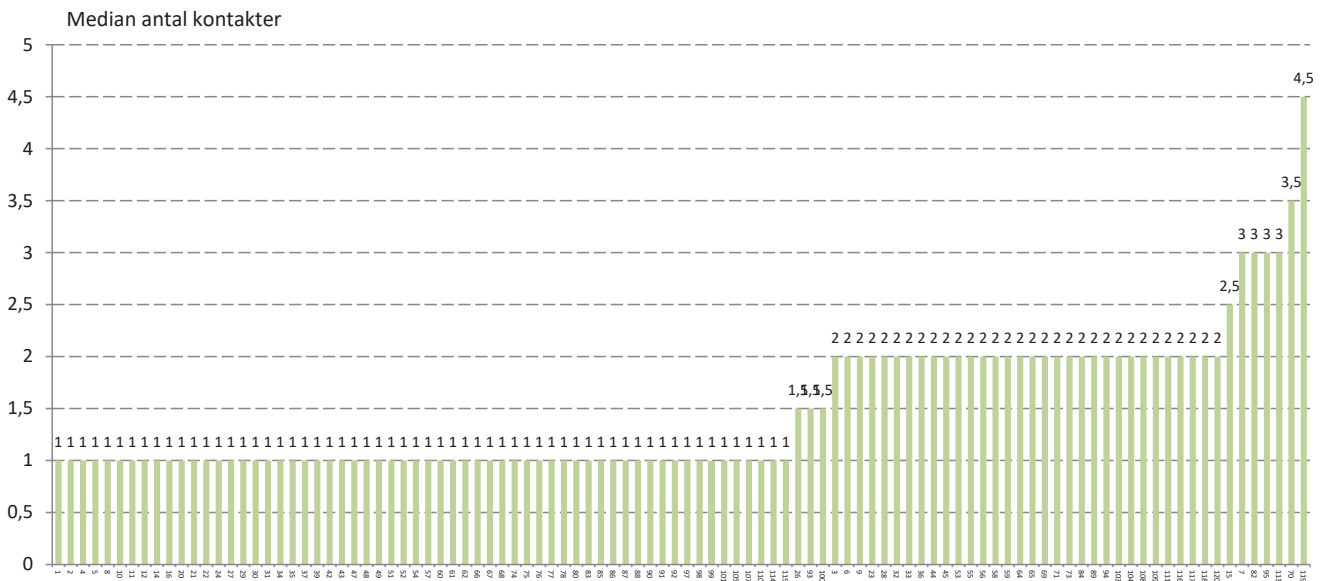
Hver søjle repræsenterer en praksis

Median læge-system-forsinkelse (antal dage) før diagnose



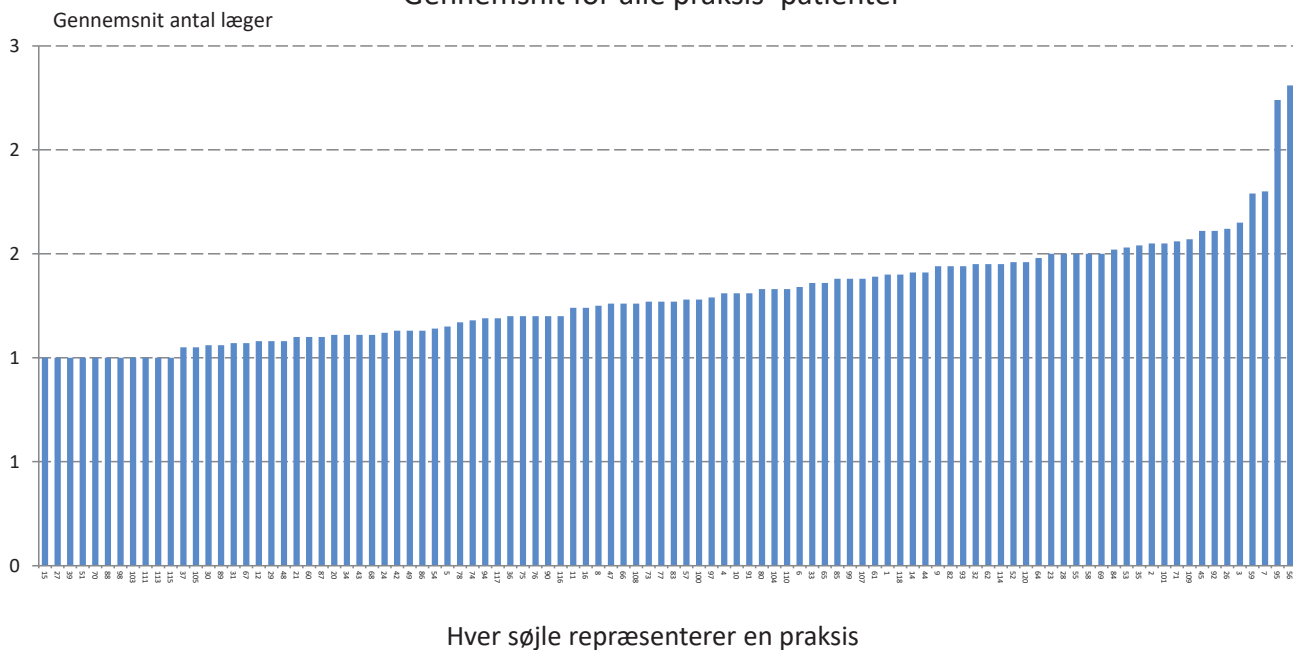
Hver søjle repræsenterer en praksis

Median antal kontakter i praksis inden henvisning

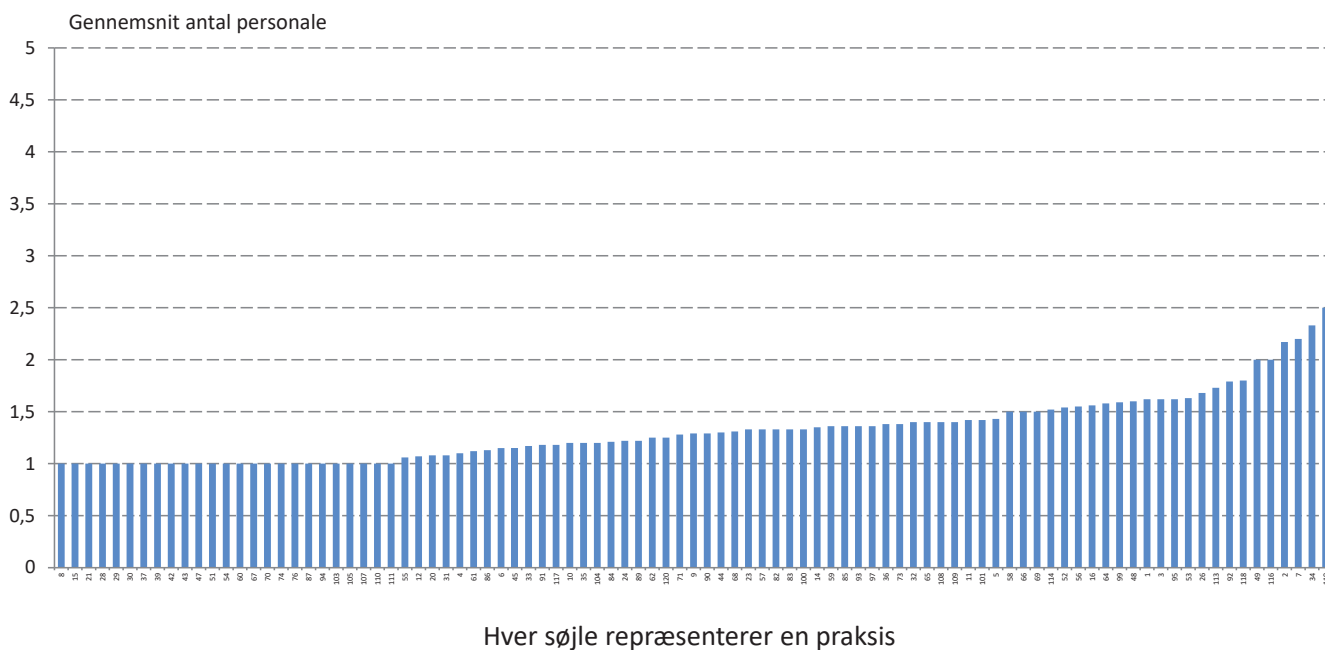


Hver søjle repræsenterer en praksis

Antal læger med kontakt til patienten per forløb Gennemsnit for alle praksis' patienter



Antal praksispersonale med kontakt til patienten per forløb Gennemsnit for alle praksis' patienter

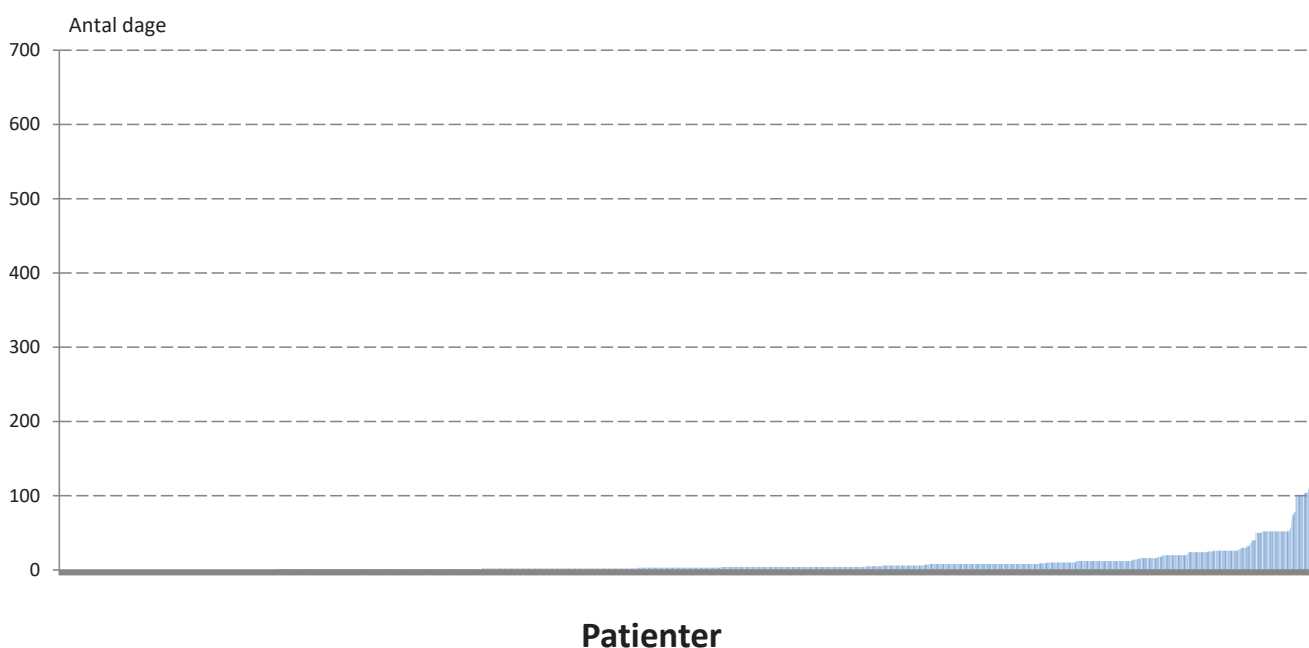


Patient- og Læge-system-forsinkelse

Nedenstående figurer viser en søjle for hver patient sat i rækkefølge efter henholdsvis patientens forsinkelse og den Læge-system-forsinkelse, som patienten har oplevet. I alt 2.088 patienter havde fået registreret, hvor mange hele uger, de havde haft symptomer før første kontakt til praksis. Mange havde haft symptomer i 0 hele uger, men enkelte havde helt op til 600 uger svarende til 12 år før første lægekontakt. I alt 2.962 patienter havde fået registreret datoen for første kontakt til praksis således, at Læge-system forsinkelsen kan beregnes. Mange havde få dages forsinkelse, men enkelte havde op til godt 5000 dages forsinkelse svarende til, at der gik 14 år fra første kontakt med retrospektivt kræftrelaterede symptomer til en kræftdiagnose var registreret på sygehuset. For ikke at tillægge disse ekstreme forløb for meget betydning vises forsinkelse i rapportens andre figurer som medianer og ikke som gennemsnit.

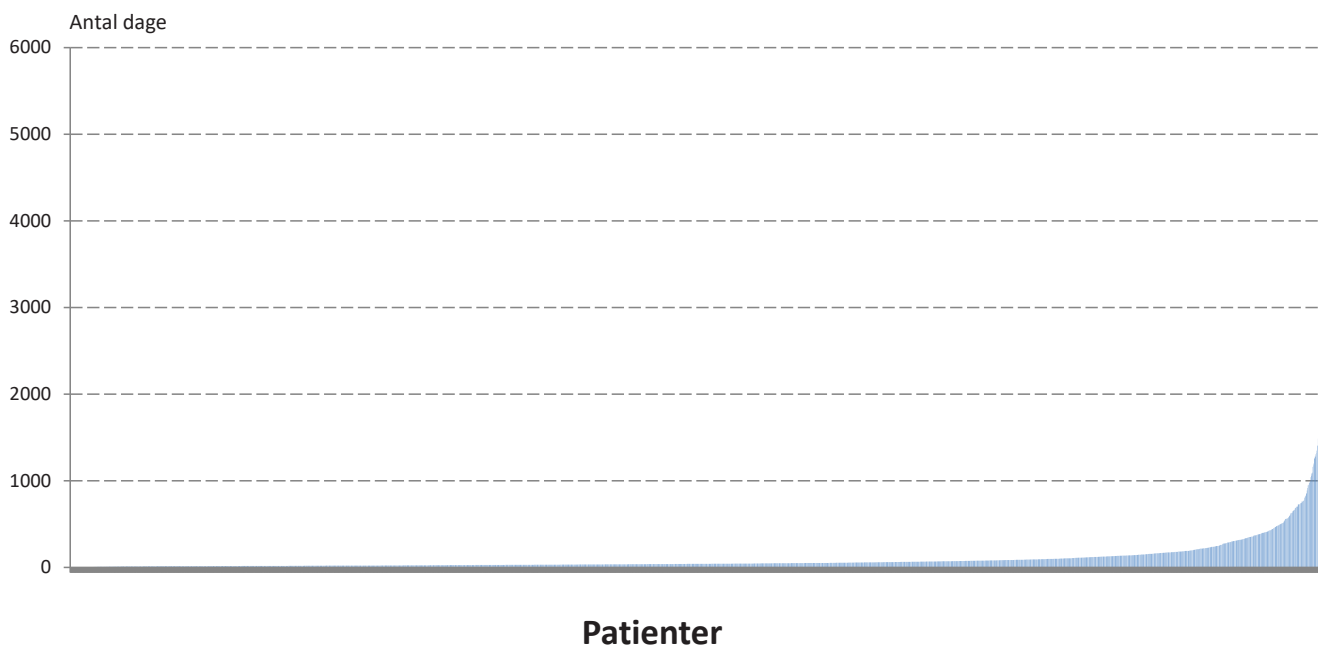
Antal hele uger med symptomer forud for første kontakt

N=2088

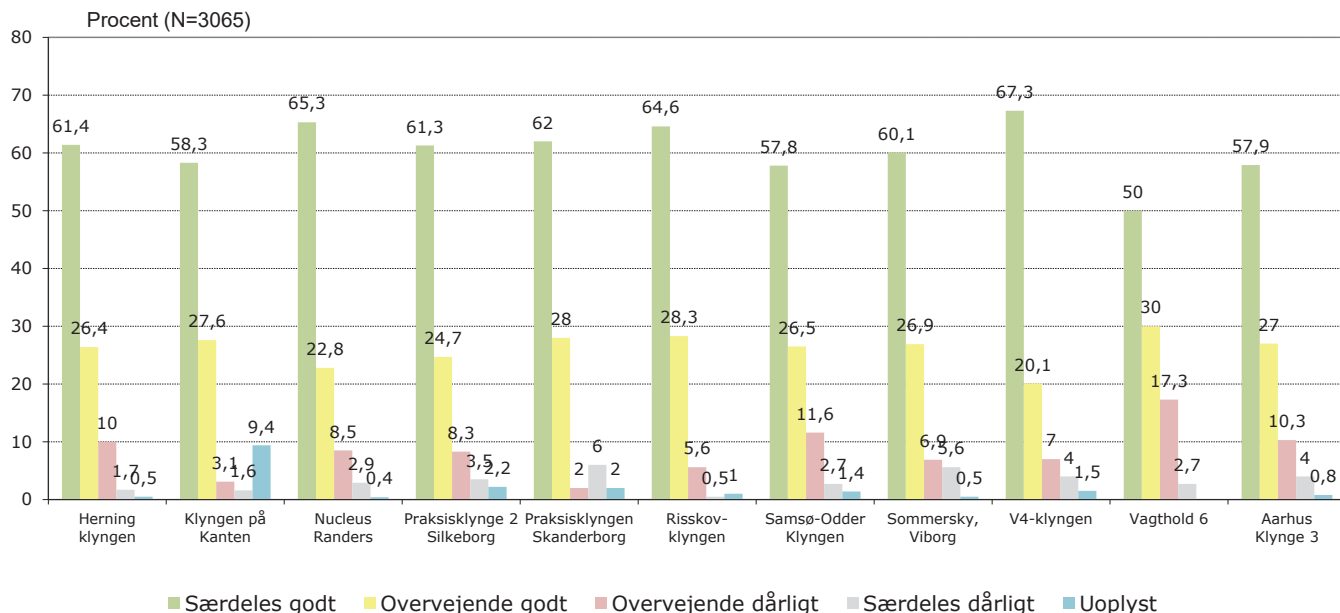


Læge-system-forsinkelse i dage per patient

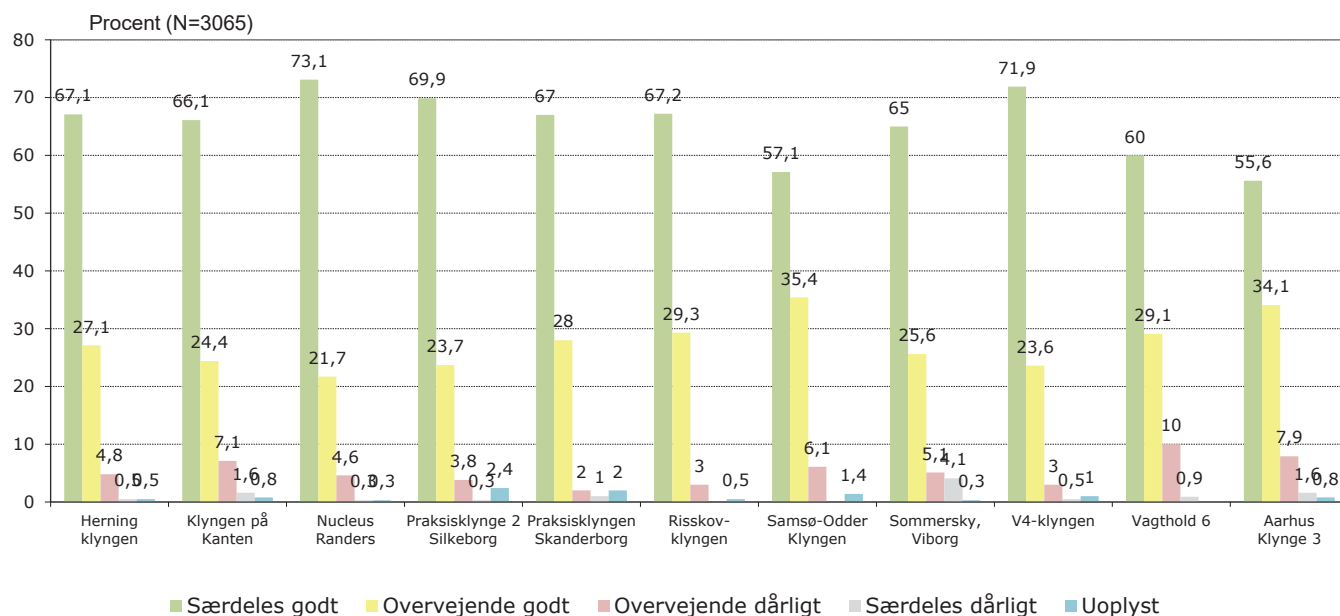
N=2962



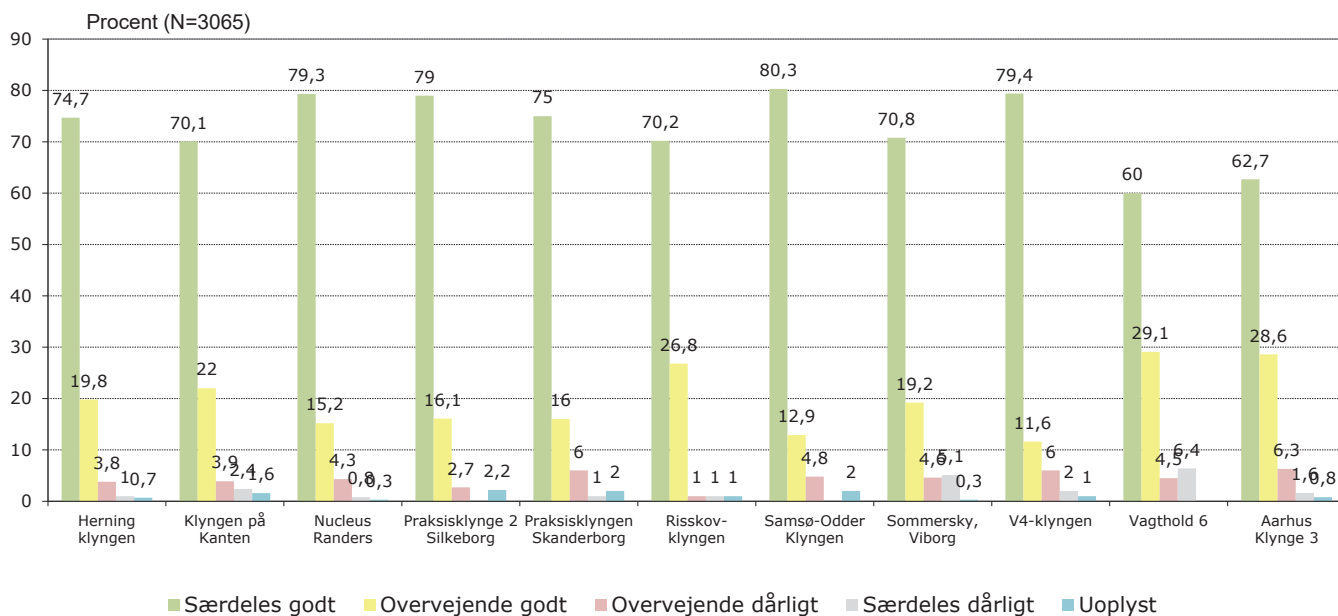
Vurdering af patientens diagnostiske forløb Patientens adfærd i forløbet



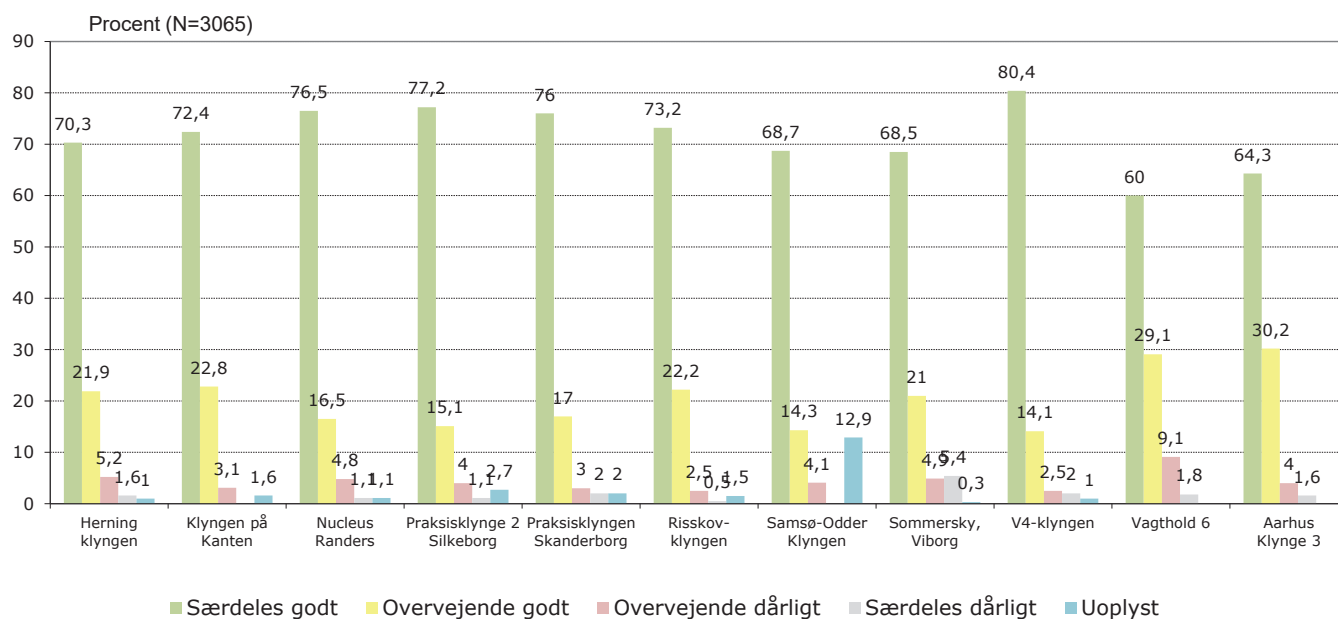
Vurdering af patientens diagnostiske forløb Praksis' håndtering af forløbet



Vurdering af patientens diagnostiske forløb Sektorovergangen



Vurdering af patientens diagnostiske forløb Sekundærsektorens håndtering af forløbet



Samlede resultater i tabelform fordelt på køn

		Kvinde/pige		Mand/dreng	
		Antal	Procent	Antal	Procent
KRÆFTTYPE	Nervesystem/øje	33	1,6%	30	1,4%
	Hoved-hals	24	1,1%	81	3,7%
	Endokrin	51	2,4%	25	1,1%
	Lunger/lungehinde	288	13,7%	250	11,4%
	Bryst	635	30,2%	3	0,1%
	Øvre gastrointestinal	49	2,3%	97	4,4%
	Lever/galdeveje	35	1,7%	49	2,2%
	Bugspytkirtel	66	3,1%	65	3,0%
	Nedre gastrointestinal	252	12,0%	273	12,4%
	Urologisk	75	3,6%	193	8,8%
	Mandligt kønsorgan	0	0,0%	669	30,4%
	Gynækologisk	194	9,2%	0	0,0%
	Melanom	158	7,5%	157	7,1%
	Andre	41	2,0%	33	1,5%
	Hæmatologisk	158	7,5%	224	10,2%
	Metastase	41	2,0%	53	2,4%
I alt		2100	100,0%	2202	100,0%
HVOR HENVENDTE PATIENTEN SIG FØRST	Lægevagten/anden almen læge (fx vagtring eller tidl. læge)	126	6,0%	115	5,2%
	Praktiserende speciallæge (ikke alment praktiserende læge)	36	1,7%	57	2,6%
	Sygehus (inkl. skadestue, 112, i ambulatorie eller under indlæggelse)	254	12,1%	313	14,2%
	Ingen symptomer, kræft påvist ved screening (bryst, kolorectal eller cervix)	218	10,4%	73	3,3%
	Ved ikke hvor patienten henvendte sig første gang	24	1,1%	21	1,0%
	Egen læge (Min/vores praksis)	1442	68,7%	1623	73,7%
	Uoplyst/flere x	0	0,0%	0	0,0%
I alt		2100	100,0%	2202	100,0%
DE FØRSTE SYMPTOMER ELLER TEGN	Uspecifikke eller almene symptomer på kræft	492	34,1%	646	39,8%
	Specifikke alarmsymptomer for kræfttypen	850	58,9%	781	48,1%
	Ingen symptomer	94	6,5%	210	12,9%
	Ved ikke	52	3,6%	55	3,4%
	Uoplyst	19	1,3%	21	1,3%
I alt		1442	104,5%	1623	105,5%

Samlede resultater i tabelform fordelt på køn

		Kvinde/pige		Mand/dreng	
		Antal	Procent	Antal	Procent
HÆNDELSER I UDREDNINGSFORLØBET	Patienten beskrev, at han/hun havde tøvet med at søge læge	148	10,3%	148	9,1%
	Patienten har ikke ønsket udredning	43	3,0%	66	4,1%
	Patienten overholdt ikke aftale om opfølgning	26	1,8%	58	3,6%
	Lægen tilrådede at se an uden tidsangivelse	40	2,8%	52	3,2%
	Lægen beh. eller henviste på mistanke om anden sygdom først	280	19,4%	340	20,9%
	Lægen afventede på baggrund af normale undersøgelser	79	5,5%	58	3,6%
	Lægen overså prøvesvar eller svar på billeddiagnostik	5	0,3%	8	0,5%
	Lægen henviste til udredning på mistanke om anden type kræft først	79	5,5%	84	5,2%
	Sygehuset afviste henvisning	8	0,6%	18	1,1%
	Sygehuset indkaldte patienten senere end 2 uger efter henvis.dato	29	2,0%	53	3,3%
	Ingen af de forrige	752	52,1%	823	50,7%
	Uoplyst	114	7,9%	111	6,8%
	I alt		1442	111,2%	1623
FØRSTE HENVISNING I FORLØBET	Henvist i specifikt kræftpakkeforløb	714	49,5%	795	49,0%
	Henvist til diagnostisk center (i MAS-forløb)	38	2,6%	53	3,3%
	Henvist direkte til billeddiagnostik	263	18,2%	243	15,0%
	Henvist til speciallæge eller anden sygehusafdeling	241	16,7%	305	18,8%
	Indlagt akut	134	9,3%	172	10,6%
	Ingen af førnævnte	30	2,1%	28	1,7%
	Uoplyst	22	1,5%	27	1,7%
I alt		1442	100,0%	1623	100,0%
OVERORDNET VURDERING AF DET DIAGNOSTISKE FORLØB	Særdeles godt	832	57,7%	900	55,5%
	Overvejende godt	445	30,9%	528	32,5%
	Overvejende dårligt	125	8,7%	142	8,7%
	Særdeles dårligt	30	2,1%	38	2,3%
	Uoplyst	10	0,7%	15	0,9%
I alt		1442	100,0%	1623	100,0%
PATIENTENS ADFÆRD	Særdeles godt	913	63,3%	984	60,6%
	Overvejende godt	359	24,9%	419	25,8%
	Overvejende dårligt	104	7,2%	153	9,4%
	Særdeles dårligt	48	3,3%	47	2,9%
	Uoplyst	18	1,2%	20	1,2%
I alt		1442	100,0%	1623	100,0%
PRAKSIS HÅNDBETINGELSE AF FORLØBET	Særdeles godt	984	68,2%	1089	67,1%
	Overvejende godt	372	25,8%	419	25,8%
	Overvejende dårligt	64	4,4%	84	5,2%
	Særdeles dårligt	11	0,8%	18	1,1%
	Uoplyst	11	0,8%	13	0,8%
I alt		1442	100,0%	1623	100,0%
SEKTOROVERGANGE	Særdeles godt	1101	76,4%	1194	73,6%
	Overvejende godt	257	17,8%	309	19,0%
	Overvejende dårligt	54	3,7%	72	4,4%
	Særdeles dårligt	19	1,3%	32	2,0%
	Uoplyst	11	0,8%	16	1,0%
I alt		1442	100,0%	1623	100,0%
SEKUNDÆRSEKTORENS HÅNDBETINGELSE AF FORLØBET	Særdeles godt	1072	74,3%	1159	71,4%
	Overvejende godt	255	17,7%	337	20,8%
	Overvejende dårligt	67	4,6%	69	4,3%
	Særdeles dårligt	21	1,5%	32	2,0%
	Uoplyst	27	1,9%	26	1,6%
I alt		1442	100,0%	1623	100,0%

Registreringskema - læger

Ydernummer
 Navn og ID.

Audiprojekt: Kræftaudit – Jo før Jo bedre – 2021



Løbenummer svarende til patientlisten	Fødselsår	HVIS X i 1-7 STOP videre registrering af patienten		Eksklusiv hvis symptomer eller tegn, du bagudrettet skanner kunne skyldes kræften? her- under	Hvor henvendte patienten sig første gang med symptomer eller tegn, du bagudrettet skanner kunne skyldes kræften?	Allerførste kontakt i praksis med symptomer eller tegn du bagudrettet skanner kunne skyldes kræften Hvis ved/ikke skriv -	De første symptomer eller tegn du bagudrettet skanner kunne skyldes kræften	Kontakter i praksis - fra første kontakt med symptomer eller tegn til sidste kontakt inden henvisningen	Hændelser i udredningsforløbet	Den praktiserende læges første henvisning i forløbet	Vurder patientens diagnostiske forløb 1 = Særlig godt 2 = Overvejende godt 3 = Overvejende dårligt 4 = Særlig dårligt	
		Kun 1 X	Angiv dato og antal uger									Minst 1 X
1		1	2									
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

APO Kræftaudit, 2021 Vejledning til registreringen

Til praksis' E-boks er fremsendt en liste over patienter med ny-diagnosticeret kræft i perioden fra 1. marts, 2019 - 1. marts, 2021. Patientlisten indeholder løbenummer, CPR-nummer, kræfttype og dato for kræftdiagnose. Vedlagt i det fysisk fremsendte materiale findes, foruden denne vejledning, registreringskemaer, et baggrundsspørgeskema og en symptomliste. Registreringskemaerne udfyldes, så løbenumrene stemmer overens med **patientlisten**. Som en kontrol heraf anføres patientens fødselsår på registreringskemaet. **Læs venligst vejledningen inden registreringen.**

BEMÆRK: Patienter registreres kun med deres første nye kræftsygdom i perioden. Der er indhentet generel tilladelse til at se i afdøde patienters journal.

<p>Eksklusion Felt 1-2</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sæt kryds i felt nr. 1, hvis den anførte kræfttype ikke er korrekt eller dato for kræftdiagnosen afviger med mere end 1 måned fra de journaloplysninger du har. Sæt kryds i felt nr. 2, hvis patienten ikke var tilmeldt din praksis på diagnosedatoen eller hvis praksis ikke har journaloplysninger (egne eller andres) i relation til det kræftdiagnostiske forløb. <p>Ved kryds i 1 eller 2 udfyldes resten af linjen ikke for denne patient.</p>
<p>Hvor henvendte patienten sig første gang med symptomer eller tegn, du bagudrettet skønner kunne skyldes kræften? Felt 3-8</p>	<ul style="list-style-type: none"> Find datoen for kræftdiagnosen i patientens journal. Kig tilbage og find det tidspunkt, hvor patienten <u>første gang</u> rettede henvendelse til sundhedsvæsenet med symptomer eller tegn du bagudrettet skønner kunne være symptomer på kræft. Sæt kryds i den rubrik, der passer på henvendelsen. Hvis der ingen forudgående symptomer var, og diagnosen alene blev stillet på baggrund af screening, sættes kryds i screening for kolorektal-, cervix- eller brystkræft. <p>Eksempel 1: En patient indlægges akut på sygehuset. Under indlæggelsen udføres scanning, der viser en kræftknode i brystet. Når du ser tilbage i journalen, har der på intet tidspunkt været symptomer eller tegn relateret til brystkræft.</p> <p>Første kontakt var på sygehuset, hvor kræften blev fundet som et tilfældigt fund ved billeddiagnostik. Der var ingen kræftrelaterede symptomer.</p> <p>Ved kryds i rubrik 1-7 udfyldes resten af linjen ikke for denne patient</p>
<p>Allerførste kontakt i praksis med symptomer eller tegn, du bagudrettet skønner kunne skyldes kræften? Felt 9</p>	<ul style="list-style-type: none"> Dato for <u>den første kontakt</u> i praksis med symptomer, tegn eller fund du bagudrettet skønner skyldes kræften. Denne kontakt kan godt ligge på et tidspunkt, hvor der slet ikke var tænkt på en kræftdiagnose. Kontakter kan være tlf, email, video, fremmøde eller besøg <p>Eksempel 2: En patient får ved skanning konstateret metastaser i columna. Patienten har henvendt sig i praksis med rygsmerter to gange forud for henvisning til skanning.</p> <p>Datoen for første henvendelse ville i dette tilfælde være datoen for første kontakt med rygsmerter.</p> <ul style="list-style-type: none"> Antal <u>hele uger</u> med symptomer: Hvis kræftsygdommen blev diagnosticeret hos en patient uden symptomer, angives 0 uger. Hvis svaret ikke kendes, anføres et minus.

Registreringsvejledning

<p>De første symptomer eller tegn, du bagudrettet skønner kunne skyldes kræften (se symptomliste) <i>Felt 10-13</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Du skal registrere patientens <u>symptompræsentation ved den første kontakt i praksis</u> med symptomer, tegn eller fund, der retrospektivt kunne relateres til kræftdiagnosen. <p>Eksempel 3: En patient henvender sig for første gang i praksis med hoste og almindelige forkølelssymptomer. Hun angiver at det er 3. gang denne vinter, at hun har symptomer på en øvre luftvejsinfektion. Efter 5 uger er der ingen bedring af hosten og der henvises til billeddiagnostik. Patienten diagnosticeres efterfølgende med lungekræft. Første symptomer vil her være langvarig hoste (sæt kryds i felt 11, specifikt alarmsymptom) og øget infektionstendens (sæt kryds i felt 10, alment symptom).</p>
<p>Kontakter i praksis – fra første kontakt med symptomer eller tegn til sidste kontakt inden henvisningen. <i>Felt 14-16</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Antal kontakter i praksis inden henvisning inkluderer både korrespondancer, telefon-, e-mail-, video, fremmødekonsultationer og besøg, fra første kontakt med symptomer eller tegn, der skønnes at relatere sig til kræftsygdommen, til henvisning på mistanke om kræftsygdom. Alle kontakter skal medtages! Antal læger med kontakt til patienten, inkluderer også uddannelseslæger/vikarlæger. Antal ikke-lægefagligt personale med kontakt til patienten, inkluderer fx sekretær, sygeplejerske, jordemoder, medicinstuderende, mm.
<p>Hændelser i udredningsforløbet. <i>Felt 17-27</i></p>	<p>Her angives hændelser relateret til patientens adfærd, lægens adfærd og sektorovergange</p> <ul style="list-style-type: none"> Patienten overholdt ikke aftale om opfølgning, angives hvis patienten trods information om at bestille ny tid ved vedvarende symptomer ikke henvendte sig, eller hvis patienten udeblev fra en opfølgende konsultation, med eller uden afbud. Behandlet i praksis eller henvist til udredning for anden sygdom <i>først</i> anføres, hvis patienten eksempelvis fik ordineret behandling med jern-tabletter for anæmi inden yderligere udredning, eller fik udskrevet hæmoridcreme ved blødning per rectum inden henvisning til udredning for tarmkræft. Undersøgelser og handlinger <u>efter</u> kræftdiagnosetidspunktet skal IKKE angives. Forsinkelse mellem henvisning og første kontakt på sygehus anføres hvis patienten ventede længere tid på indkaldelse end to uger fra henvisning.
<p>Den praktiserende læges første henvisning i forløbet <i>Felt 28-33</i></p>	<p>Angiv <u>første</u> henvisning i forløbet.</p>
<p>Vurder patientens diagnostiske forløb <i>Felt 34-38</i></p>	<p>Vi vil bede dig om at vurdere hele forløbet fra patienten første gang præsenterer symptomer til patienten diagnosticeres med kræft.</p> <p>Først beder vi dig give en overordnet vurdering, dernæst deler vi forløbet op i intervaller. Angiv tal fra 1-4, hvor 1: særdeles godt, 2: overvejende godt, 3: overvejende dårligt, 4: særdeles dårligt. Skriv ÷ hvis 'ved ikke'.</p> <ul style="list-style-type: none"> Overordnet vurdering: Hvordan synes du samlet set forløbet var? Vurdering af forløbet – i relation til patientens adfærd: Mulige medvirkende årsager kan være: "patienten tøvede med at søge læge med sine symptomer", "patienten fortalte ikke om alle symptomer ved 1. konsultation", eller "patienten mødte ikke op til undersøgelserne". Vurdering af forløbet – i relation til lægens håndtering: Mulige medvirkende årsager kan være: "Jeg var for lang tid om at opdage hvad det drejede sig om", "Jeg stirrede mig blind på enkelte symptomer eller fund", "Jeg overså prøvesvar eller mistolkede disse" eller "vi var for mange læger/personale involverede". Vurdering af forløbet – i relation til sektorovergangen: Mulige medvirkende årsager kan være: "Den diagnostiske udredning løb af sporet", "Henvisningen blev afvist/omvisiteret" eller "samarbejdet om patienten fungerede ikke". Vurdering af forløbet – i relation til sekundærsektorens håndtering: Mulige medvirkende årsager: "Behandlingsforløbet blev forsinket" eller "patienten blev ikke indkaldt som planlagt".

Kræftdiagnostik – Jo før Jo bedre

Definition af symptomkategorier

Almene alarm-symptomer eller tegn: Symptomer eller tegn, der kan være udtryk for alvorlig sygdom, men som ikke i sig selv udløser organspecifikt kræftpakkeforløb, f.eks.

Vægttab,
Nedsat appetit
Feber uden kendt årsag
Nattesved
Øget infektionstendens
Hævet lymfeknude
Anæmi

Uspecifikke symptomer: Hyppige, almene symptomer, der ikke i sig selv giver mistanke om alvorlig sygdom, f.eks.

Træthed
Kvalme
Oppustethed
Koncentrationsbesvær
Hukommelses-besvær
Utilpashed
Ubehag
Uspecifikke smerter
Manglende energi
Svimmelhed
Hovedpine
Rygmerter
Hævede ben

Kræftdiagnostik symptomliste

Specifikke alarmsymptomer og tegn på kræft: Symptomer og tegn, nævnt i de organspecifikke kræftpakker, udløser kræftpakkeforløb (se tabel nedenfor)

Kursiv indikerer objektive fund/tegn som modsætning til symptomer, der kunne bringe en patient til læge.

ICPC koder	Gruppe / kræfttype	Organ / kræfttype	Specifikke alarmsymptomer og <i>fund</i> (som bør medføre kræftpakkeforløb)
B72 B73 B74	Hæmatologisk	Hodgkins sygdom/lymfom Leukæmi Kræft i blod-/lymfesystem IKA	<ul style="list-style-type: none"> - En eller flere malignitetssuspekter lymfeknuder - Blødningstendens fra hud/slimhinder - Knoglesmerter og/eller knogledestruktioner - Øget infektionstilbøjelighed - Vedvarende feber af ukendt årsag - Uforklaret trombosetendens - <i>Nyresvigt</i> - <i>Anæmi</i> - <i>Hypercalcæmi</i>
D74 D77	Øvre GI	Kræft i mavesæk Kræft i fordøjelsessystem IKA	<ul style="list-style-type: none"> - Synlig eller palpabel tumor i mundhule eller svælg - Dysfagi (synkebesvær, synkesmerter af over 2 ugers varighed) - Vedvarende opkastninger uden anden forklaring - Nyopstået og vedvarende dyspepsi hos personer > 45 år - Gastrointestinal blødning (eventuel blødningsanæmi) - Gulsot - <i>Abdominal udfyldning / Fokal solid proces påvist ved UL, CT eller MR</i>
D75	Nedre GI	Kræft i tyktarm/endetarm	<ul style="list-style-type: none"> - Alder \geq 40 år med mindst et af følgende symptomer: <ul style="list-style-type: none"> o Synlig rektalblødning (frisk/ikke frisk) o Ændrede afføringsvaner > 1 måned o <i>Jernmangelanæmi</i> - Betydelige almensymptomer; fx vægttab, mavesmerter
D76	Bugspytkirtel	Kræft i bugspytkirtlen	<ul style="list-style-type: none"> - Gulsot - Mavesmerter evt. med udstråling til ryg - <i>Abdominal udfyldning / Fokal solid proces påvist ved UL, CT eller MR</i>
L71	Knogle og bløddele	Kræft i muskel-/skeletsystem	<ul style="list-style-type: none"> - Bløddelstumor > 5 cm i diameter - Bløddelstumor på eller under fascie - Palpabel knogletumor - Dybe vedvarende knoglesmerter uden anden oplagt ortopædkirurgisk forklaring - Bløddelstumor i hurtig vækst

Kræftdiagnostik symptomliste

N74	Nervesystem/øje	Kræft i nervesystemet	<ul style="list-style-type: none"> - Nyopstået progredierende fokalt neurologisk udfaldssymptom uden anden sandsynlig forklaring - Nyopstået epileptisk anfald hos en voksen uden anden sandsynlig årsag - Nyopstået progredierende adfærds-/personlighedsændring eller kognitive deficits, uden anden sandsynlig årsag - Nyopstået markant hovedpine eller markant ændring i hovedpinemønster progredierende over 3-4 uger, evt. ledsaget af tiltagende kvalme/opkastning - <i>Intrakranielt rumopfyldende proces påvist ved CT- eller MR-skanning</i>
R84 R85	Lunger/lungehinde	Kræft i bronkie/luftveje Kræft i luftveje IKA	<ul style="list-style-type: none"> - Hoste af >4-6 ugers varighed - Hæmoptyse - Brystsmerter - Hæshed i mere end 3-4 uger uden forklaring eller tegn på bedring hos patient ældre end 40 år - Nytilkommen dyspnø - Synkebesvær og/eller globulusfornemmelse med smerteudstråling til ørerne - <i>Nyopdaget recurrensparese</i> - Nyopstået, ensidig nasalstenose - Vedvarende blodig sekretion / blødning fra næsen uden forklaring - Synlig tumor i næsekaviteten
S77	Melanom	Hudkræft	<ul style="list-style-type: none"> - Markant ændring i et eksisterende pigmenteret element især i form, farve og/eller symmetri - Nyopstået eller hurtigt voksende knude i huden, evt. pigmenteret og evt. sår dannelse - Atypisk naevus
T71	Endokrin	Kræft i skjoldbruskkirtel	<ul style="list-style-type: none"> - Tumor i thyreoidea med hæshed (<i>recurrensparese</i>) - Hurtig vækst af knude i thyreoidea - Hård immobil knude i thyreoidea
U75 U76 U77	Urologisk	Kræft i nyre Kræft i urinblære Kræft i urinveje IKA	<ul style="list-style-type: none"> - Synligt blod i urinen uden anden åbenbar årsag - Ikke-synligt blod i urinen hos patienter over 60 år fundet ved udredning af symptomer i form af smerter i blæreregionen og/eller irritative vandladningsgener eller flankesmerter og/eller palpabel udfyldning - <i>Billeddiagnostisk mistanke om tumor i nyre, nyrebækken, urinleder eller blære ved undersøgelse udført på radiologisk afdeling</i>

Kræftdiagnostik symptomliste

X75	Gynækologisk	Kræft i livmoderhals	<ul style="list-style-type: none"> - Unormale blødninger fra vagina, herunder blødning efter overgangsalderen - Kontaktblødning og anden pletblødning - Blodigt ildelugtende udflåd - Synlige forandringer på livmoderhalsen
X76	Bryst	Brystkræft hos kvinde	<ul style="list-style-type: none"> - Palpatorisk suspekt tumor - Nytilkommen papilretraktion - Nytilkommen hudindtrækning - Papil / areolaeksem / ulceration (obs. morbus Paget) - Klinisk suspekter aksillære lymfeknuder
X77	Gynækologisk	Kræft i kvindeligt kønsorgan IKA	<p>Endometrie-cancer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - postmenopausal blødning / - blodtingeret flour vaginalis <p>Ovarie-cancer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Øget abdominalomfang - Pollakisuri - Ubehagsfølelse i nedre abdomen - Tyngdefølelse - Ukarakteristiske gastrointestinale symptomer <p>Vulva-cancer:</p> <p>Symptomer fra vulvaområdet</p> <ul style="list-style-type: none"> - kløe - svie - blødning - Suspekt tumor
Y77	Mandligt kønsorgan	Kræft i prostata	<ul style="list-style-type: none"> - LUTS, hvor infektion er udelukket - Gentagne episoder med hæmospermi - <i>Palpatorisk cancersuspekt prostata</i>
Y78	Mandligt kønsorgan	Kræft i kønsorgan hos mand IKA	<ul style="list-style-type: none"> - Diffus forstørrelse af testiklen uden infektionsmistanke eller andre forklaringer - En knudret tumor i testiklen - Nyopstået gynækomasti hos yngre mænd (HCG-producerende tumor) - <i>Forhøjet alfa-føtoprotein i blodet, som ikke kan forklares ved leversygdom</i> - Synlig eller palpabel tumor på penis - Nyopstået misfarvning på glans penis, der kunne mistænkes for at være kræftforandringer - Nyopstået betydende forhudsforstørrelse, der umuliggør retraktion af forhuden, og hvor patienten generes af udflåd eller blødning

