

Audit om tidlig opsporing af kræft i almen praksis



Svarrapport
21 praksis
Region Nordjylland **2021**

VIGTIGT OM DENNE RAPPORT

Denne APO-rapport er primært et deskriptivt arbejdspapir 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: 100

Audit om tidlig opsporing af kræft i almen praksis

Et samarbejde med Kræftgruppen i Nord-KAP, Region Nordjylland.

Kan du optimere 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
Hyppighed af symptomer	20
Hyppighed af hændelser i udredningsforløb	22
Vurdering	26
Antal uger med symptomer forud for første kontakt	29
Kontakter	30
Patientforsinkelse	33
Variationer	35
Vurdering i forhold til hændelser i udredningsforløbet.....	38
Samlede resultater fordelt på køn i tabelform.....	40
Registreringsskema	42
Vejledning til registreringsskemaer.....	43
Kræftdiagnostik symptomliste	45

Baggrund

Hvornår og hvordan henvender patienter sig til sundhedsvæsenet, som viser sig at have kræft? Opdager vi de tidlige symptomer på kræft i tide? Hvornår og hvordan har vi henvist patienter, der senere viste sig at have kræft? Hvilke forskelle er der på kræfttyperne?

Er der områder hos os i praksis eller i samarbejdet med vores lokale sygehus, der kan optimeres?

Indførelse af kræftpakkeforløbene i 2008 har medført en væsentlig optimering i udredning og behandling af kræftpatienter. De specialespecifikke kræftpakkeforløb er designet til patienter, som præsenterer sig i almen praksis med specifikke alarmsymptomer på kræft.

Retrospektive undersøgelser af kræftpatienters diagnostiske forløb har dog vist, at op mod halvdelen af 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) blev indført som en samlet, hurtig udredningspakke til de patienter, hvor den praktiserende læge har mistanke om alvorlig sygdom, men hvor patienten ikke passer ind i de organspecifikke kræftpakker. Forud for henvisning anbefales det, 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 returneres til egen læge.

Mange faktorer kan spille ind på det diagnostiske forløb. Hvor længe venter patienten med at henvende sig? Hvad sker der i udredningsforløbet? Hvor mange læger og personale har kontakt til patienten i forløbet? Hvordan sikres det, at alle involverede ansatte og læger i praksis bliver opmærksomme på patienten med symptomer på kræft, så udredningen ikke pauseres unødigt, trods negativt prøvesvar eller grundet manglende videregivelse af information internt i praksis?

Formålet med audit

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 ikke præsenterer sig med organspecifikke alarmsymptomer.

Projektet er designet som en retrospektiv audit, hvor praktiserende læger og praksispersonale via refleksion over egne kræftpatienters diagnostiske forløb:

- opnår viden om håndtering af patienter med symptomer, der kunne være tidlige tegn på kræft, og
- opnår et endnu stærkere samarbejde med det lokale diagnostiske center/ udredningstilbud, med sigte på tidligere diagnostik af kræft.

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 først blev udført i 2018 og siden gennemført i sin nuværende form i 2021. Der er tale om en retrospektiv journalaudit baseret på APO-metoden.

Alle almene lægepraksisser i Region Nord blev inviteret til at deltage. Region Nord sendte til hver praksis’ E-boks en liste over de af praksis’ tilmeldte patienter, som var blevet diagnosticeret med kræft over en 2-årig periode (marts 2019-marts 2021), herunder dato og type for kræften. Den dato, praksis skulle oplyses om var datoen for den første sygehuskontakt, som var kodet med en kræftdiagnose, som enten aktions- eller bi-diagnose. Desværre har praksis modtaget henvisningsdatoen i stedet for diagnosedatoen. Resultaterne i denne audit skal derfor vurderes med det forbehold.

Patienter med godartet hudkræft, tidligere kontakter med samme type kræft inden for 5 år eller manglende tilknytning til praksis på diagnosedatoen blev ekskluderet. Patienter, som fik flere typer kræft i projektperioden, bidrog 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 diagnosedatoen på listen ikke var korrekt, eller hvor der ingen journaloplysninger forelå på patienten. Registreringsarbejdet blev honoreret af Region Nord.

Deltagende praksisser (læger, personale og uddannelseslæger) mødtes til en kursusdag med repræsentanter fra det lokale sygehus. Nærværende rapport blev udleveret, samt et individuelt svarark til hver deltagende praksis. Der blev holdt oplæg om kræftdiagnostik og deltagerne arbejdede i grupper med at diskutere rapportens indhold, cases og udveksle tips og tricks. Der var særskilt kursusaktivitet for praksispersonale og læger.

Der er givet tilladelse fra Styrelsen for Patientsikkerhed, Region Syddanmark og Region Nord til brug af patienternes sundhedsdata, og hver deltagende praksis har givet GDPR tilladelse.

Resultat

I alt 23 praksis (ydernumre) tilmeldte sig audit. Alle 23 har deltaget i registreringen, 21 praksis nåede med i rapporten. 26 læger og 23 praksispersonaler har tilmeldt sig en af de to opfølgende kursusdage.

De deltagende praksis registrerede i alt 1.455 patienter. Af disse blev 1.052 (72,5%) bekræftet med nydiagnosticeret kræft fra perioden 1. april 2019 til 31. marts 2021. I alt var 779 (79%) af patienternes udredningsforløb begyndt i almen praksis.

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
-
- Morten Ohrt, tidl. praktiserende læge, medlem af Kræftgruppen, Nord-KAP
 - Mette Greth, praktiserende læge og medlem af Kræftgruppen, Nord-KAP
 - Andreas K. Toft, uddannelseslæge og medlem af kræftgruppen, Nord-KAP
 - Anne Grethe Schioldan, uddannelseslæge og medlem af Kræftgruppen, Nord-KAP
 - Henriette Lydixen, Uddannelseslæge og medlem af Kræftgruppen, Nord-KAP
 - Anja Kallestrup, Projektleder og medlem af Kræftgruppen, Nord-KAP

Finansiering

Projektets udvikling er finansieret af Region Syddanmark og afviklingen af Kræftmidler afsat til tidlig opsporing af kræft i almen praksis i Region Nordjylland.

Samlede resultater i tabelform

		Antal	Procent
PATIENTENS KØN	Kvinde/pige	759	52,2%
	Mand/dreng	696	47,8%
I alt		1455	100,0%
EKSKLUSION	Patienten havde ikke nyopstået kræft på anførte diagnosedato	394	27,1%
	Jeg har slet ingen journaloplysninger	9	0,6%
	Inkluderede patienter	1042	71,6%
	Uoplyst	10	0,7%
I alt		1455	100,0%
KRÆFTTYPE	Nervesystem/øje	26	2,5%
	Hoved-hals	33	3,1%
	Endokrin	22	2,1%
	Lunger/lungehinde	150	14,3%
	Bryst	148	14,1%
	Øvre gastrointestinal	29	2,8%
	Lever/galdeveje	25	2,4%
	Bugspytkirtel	36	3,4%
	Nedre gastrointestinal	123	11,7%
	Urologisk	62	5,9%
	Mandligt kønsorgan	152	14,4%
	Gynækologisk	42	4,0%
	Melanom	65	6,2%
	Andre	6	0,6%
	Hæmatologisk	91	8,7%
	Metastase	42	4,0%
I alt		1052	100,0%
HVOR HENVENDTE PATIENTEN SIG FØRST	Lægevagten/anden almen læge (fx vagtring eller tidl. læge)	50	4,8%
	Praktiserende speciallæge (ikke alment praktiserende læge)	13	1,2%
	Sygehus (inkl. skadestue, 112, i ambulatorie eller under indlæggelse)	120	11,4%
	Ingen symptomer, kræft påvist ved screening (bryst, kolorectal eller cervix)	75	7,1%
	Ved ikke hvor patienten henvendte sig første gang	5	0,5%
	Egen læge (Min/vores praksis)	779	74,0%
	Uoplyst/flere x	10	1,0%
I alt		1052	100,0%
DE FØRSTE SYMPTOMER ELLER TEGN	Uspecifikke eller almene symptomer på kræft	318	40,8%
	Specifikke alarmsymptomer for kræfttypen	414	53,1%
	Ingen symptomer	80	10,3%
	Ved ikke	14	1,8%
	Uoplyst	12	1,5%
I alt		779	107,6%

Samlede resultater i tabelform

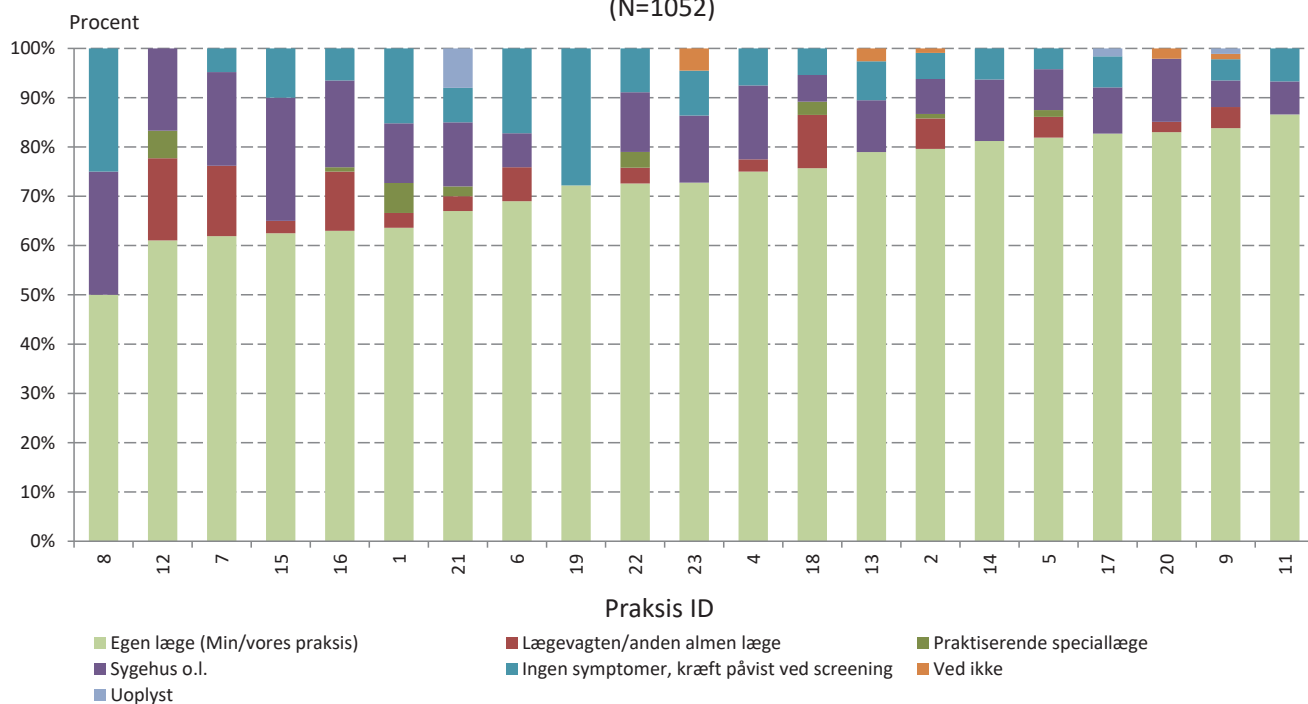
		Antal	Procent
HÆNDELSER I UDREDNINGSFORLØBET	Patienten beskrev, at han/hun havde tøvet med at søge læge	62	8,0%
	Patienten har ikke ønsket udredning	23	3,0%
	Patienten overholdt ikke aftale om opfølgning	22	2,8%
	Lægen tilrådede at se an uden tidsangivelse	34	4,4%
	Lægen behandlede eller henviste på mistanke om anden sygdom først	187	24,0%
	Lægen afventede på baggrund af normale undersøgelser	47	6,0%
	Lægen overså prøvesvar eller svar på billeddiagnostik	6	0,8%
	Lægen henviste til udredning på mistanke om anden type kræft først	34	4,4%
	Sygehuset afviste henvisning	8	1,0%
	Sygehuset indkaldte patienten senere end 2 uger efter henvisningsdato	22	2,8%
	Ingen af de forrige	381	48,9%
	Uoplyst	58	7,4%
I alt		779	113,5%
FØRSTE HENVISNING I FORLØBET	Henvist i specifikt kræftpakkeforløb	361	46,3%
	Henvist til diagnostisk center (i MAS-forløb)	51	6,5%
	Henvist direkte til billeddiagnostik	143	18,4%
	Henvist til speciallæge eller anden sygehusafdeling	111	14,2%
	Indlagt akut	93	11,9%
	Ingen af førnævnte	13	1,7%
	Uoplyst	7	0,9%
I alt		779	100,0%
OVERORDNET VURDERING AF DET DIAGNOSTISKE FORLØB	Særdeles godt	422	54,2%
	Overvejende godt	236	30,3%
	Overvejende dårligt	94	12,1%
	Særdeles dårligt	18	2,3%
	Uoplyst	9	1,2%
I alt		779	100,0%
PATIENTENS ADFÆRD	Særdeles godt	453	58,2%
	Overvejende godt	198	25,4%
	Overvejende dårligt	93	11,9%
	Særdeles dårligt	25	3,2%
	Uoplyst	10	1,3%
I alt		779	100,0%
PRAKSIS HÅNTERING AF FORLØBET	Særdeles godt	512	65,7%
	Overvejende godt	188	24,1%
	Overvejende dårligt	62	8,0%
	Særdeles dårligt	9	1,2%
	Uoplyst	8	1,0%
I alt		779	100,0%
SEKTOROVERGANGE	Særdeles godt	606	77,8%
	Overvejende godt	106	13,6%
	Overvejende dårligt	36	4,6%
	Særdeles dårligt	19	2,4%
	Uoplyst	12	1,5%
I alt		779	100,0%
SEKUNDÆRSEKTORENS HÅNTERING AF FORLØBET	Særdeles godt	598	76,8%
	Overvejende godt	102	13,1%
	Overvejende dårligt	47	6,0%
	Særdeles dårligt	20	2,6%
	Uoplyst	12	1,5%
I alt		779	100,0%

Antal registreringer

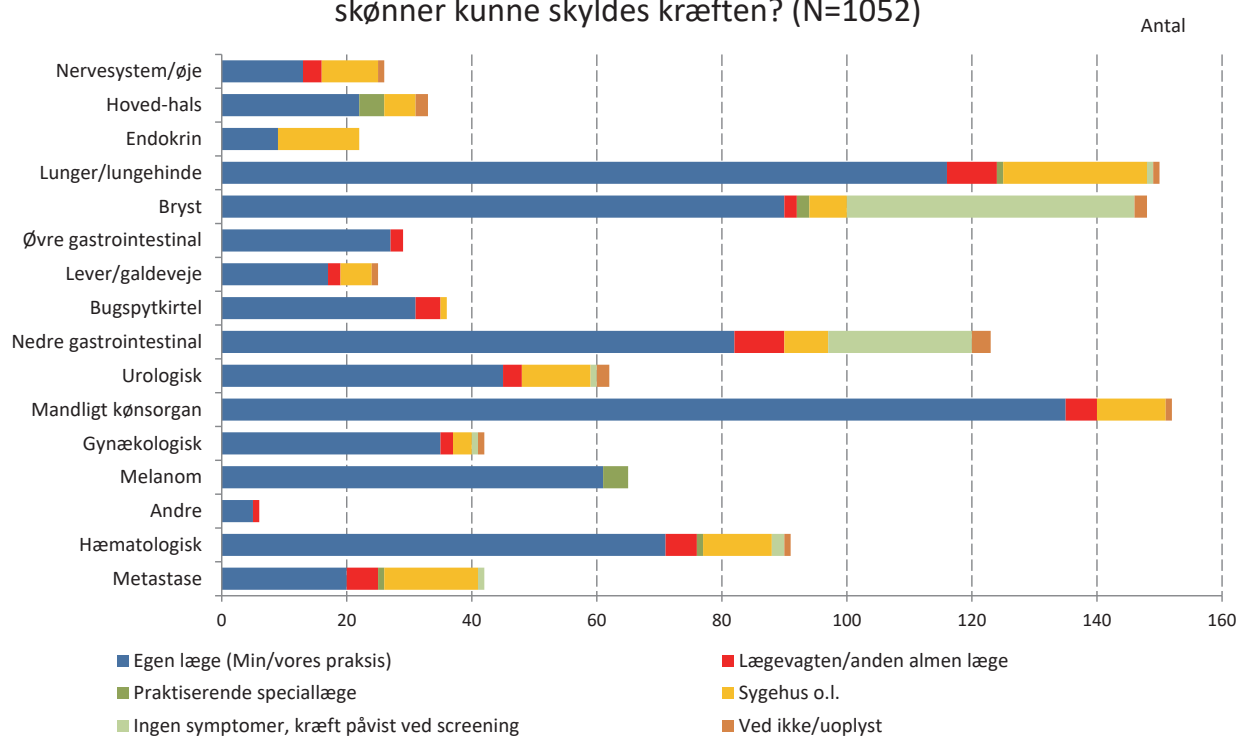
Langt størstedelen af patienter med kræft henvender sig først hos egen læge. Ved brystkræft og nedre GI-kræft starter forløbet, ikke helt overraskende, næsthyppest på baggrund af screeningsundersøgelse. Udredningsforløb for modermærkekræft starter næsthyppest hos privatpraktiserende speciallæge. Der 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=1052)



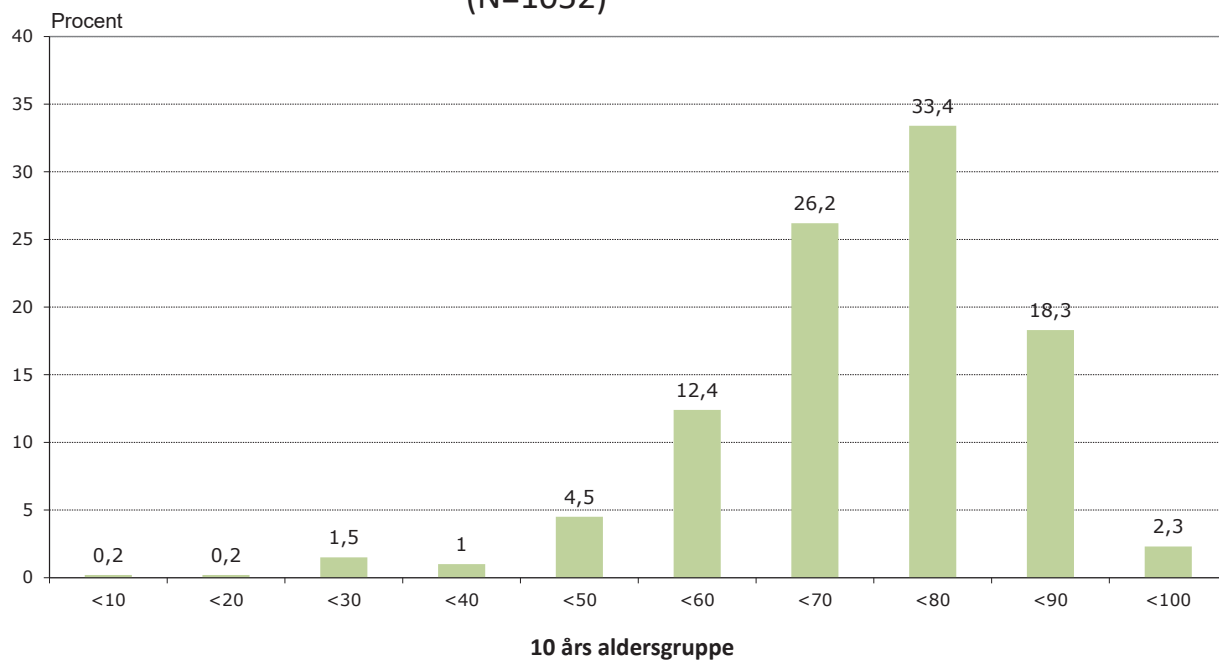
Hvor henvendte patienten sig første gang med symptomer eller tegn, du bagudrettet skønner kunne skyldes kræften? (N=1052)



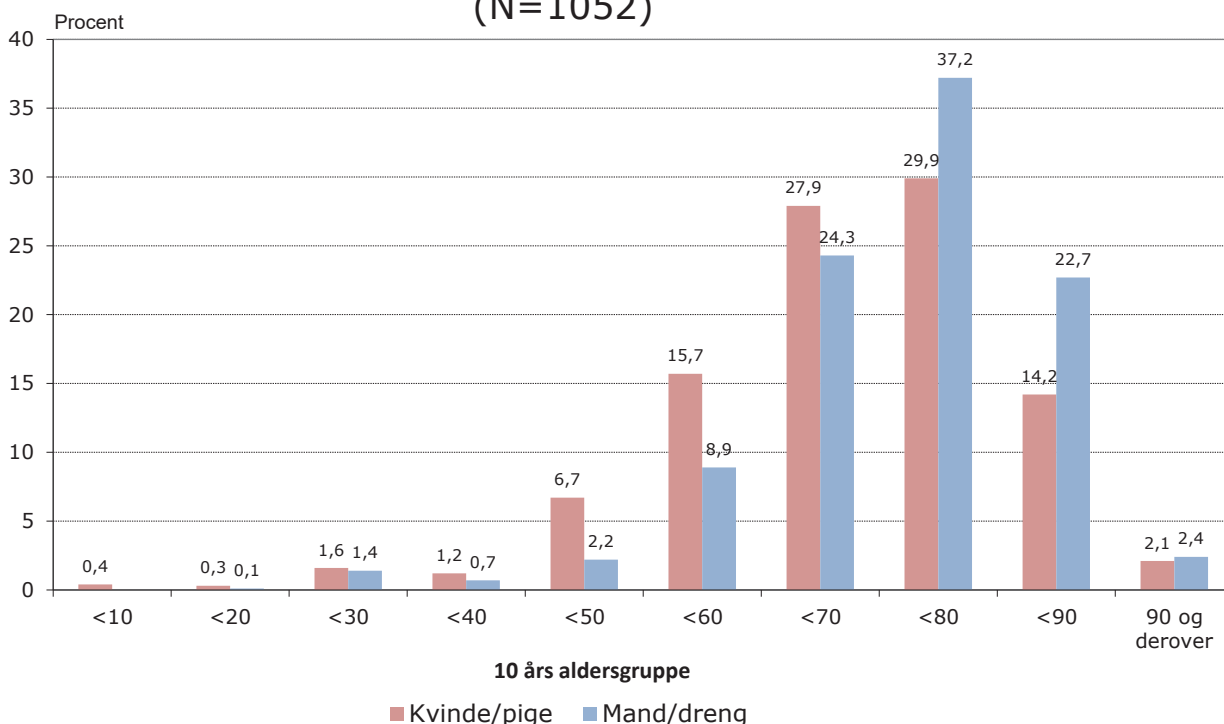
Alder og køn

Forekomsten af kræft stiger med alderen. Når vi alligevel ser at søjlerne for +80-årige er lavere end de øvrige, er det et udtryk for færre danskere i denne aldersgruppe, sammenlignet med gruppen <80 år. 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=1052)

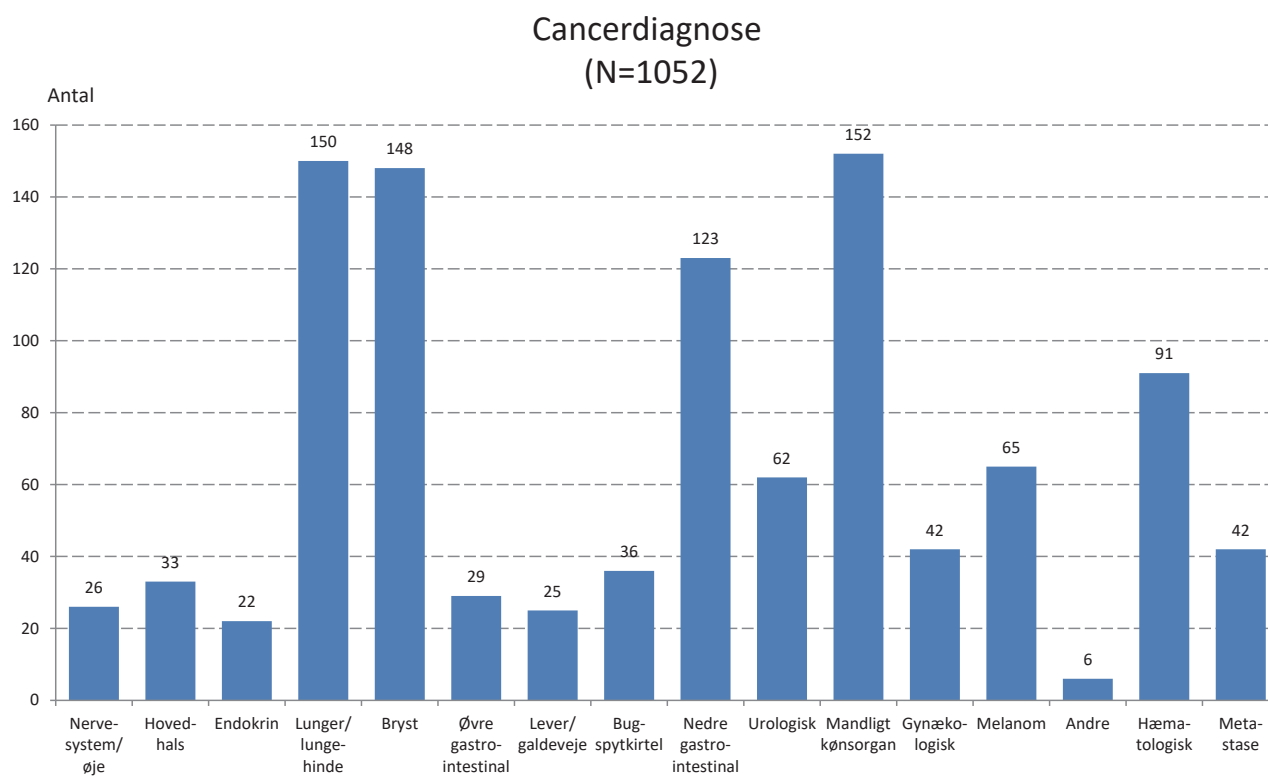


Alder ved diagnose i forhold til køn
(N=1052)



Antal registreringer

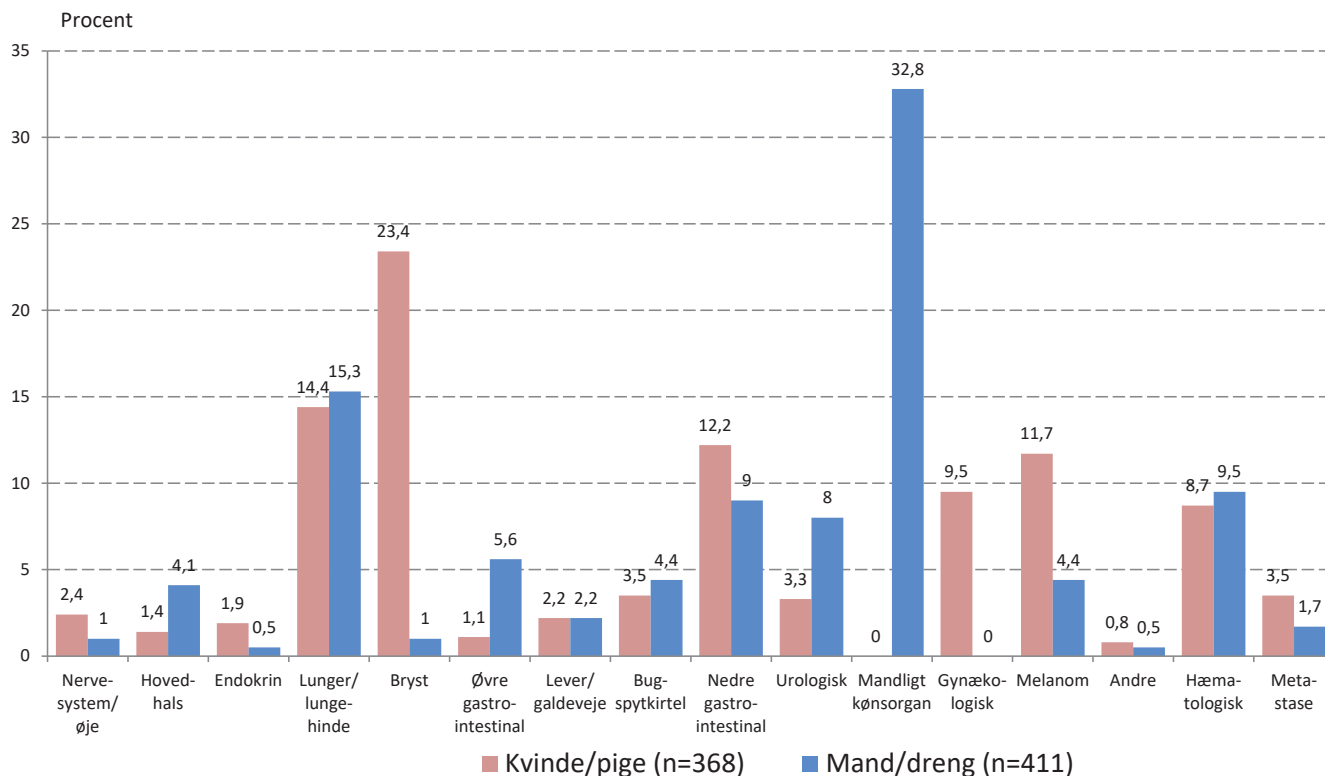
Svarende til fund i baggrundsbefolkningen ses det, at kræft i lunger, bryst, nedre GI, mandligt kønsorgan, hæmatologiske kræfttyper og modermærkekræft er hyppigst forekommende.



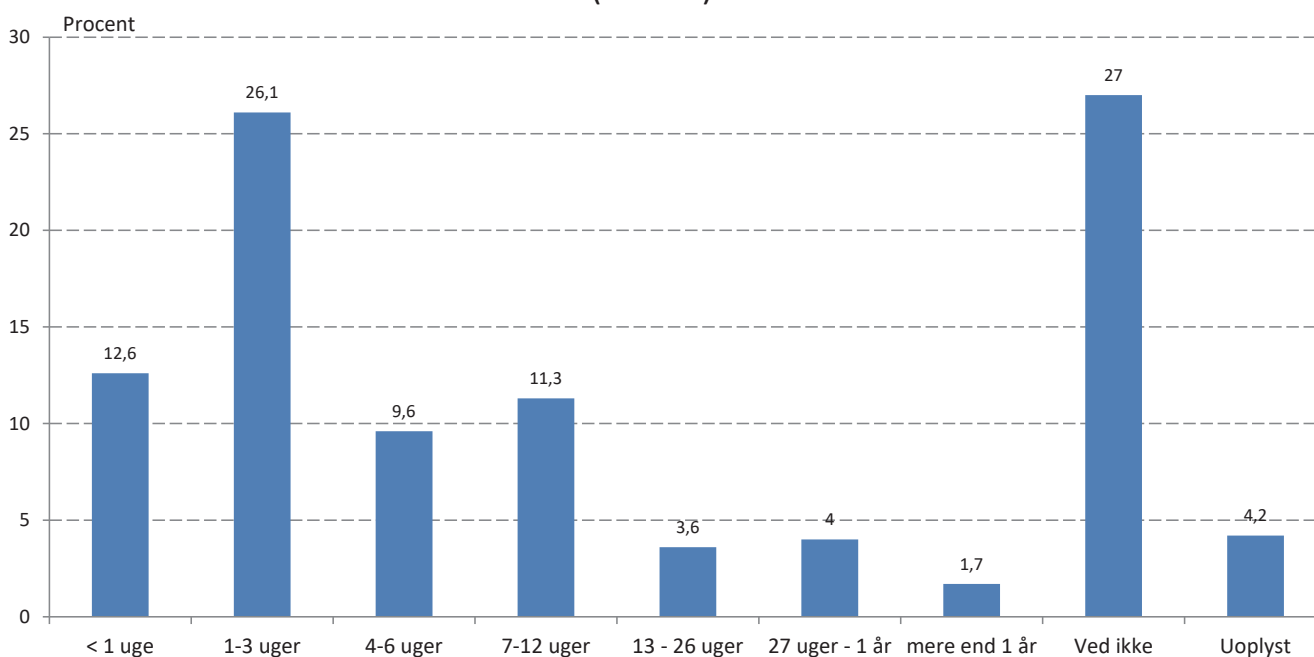
Antal uger med symptomer

Blandt de patienter, der først henvendte sig ved egen læge med symptomer på kræft, 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 indenfor 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



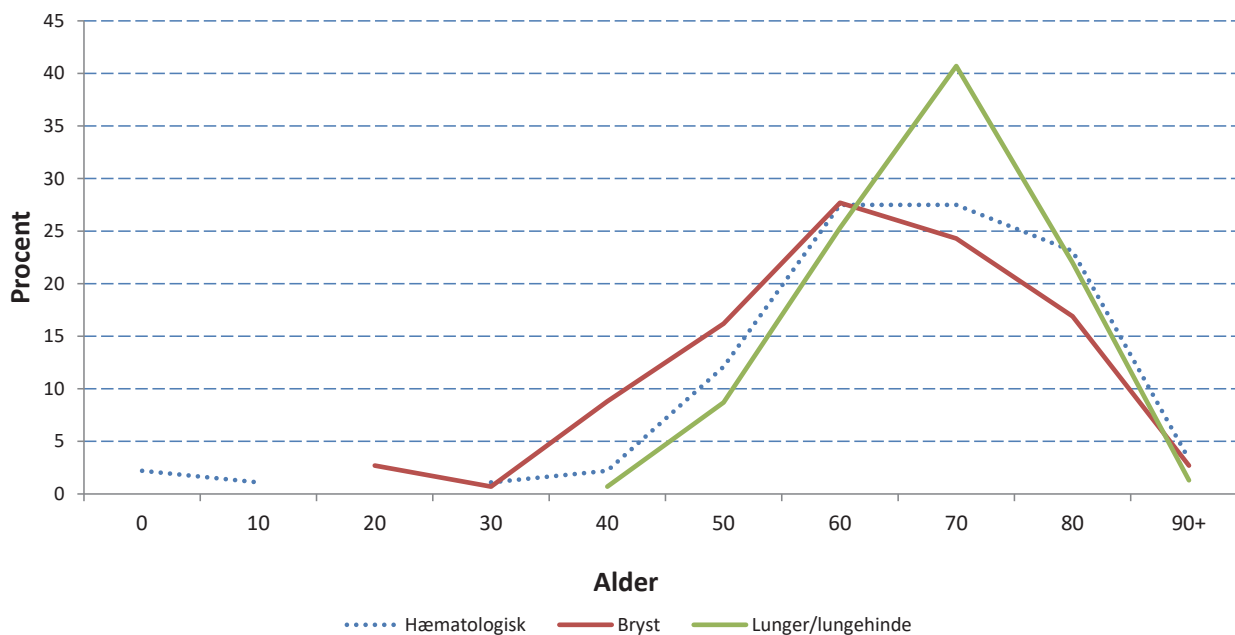
Antal uger med symptomer (N=779)



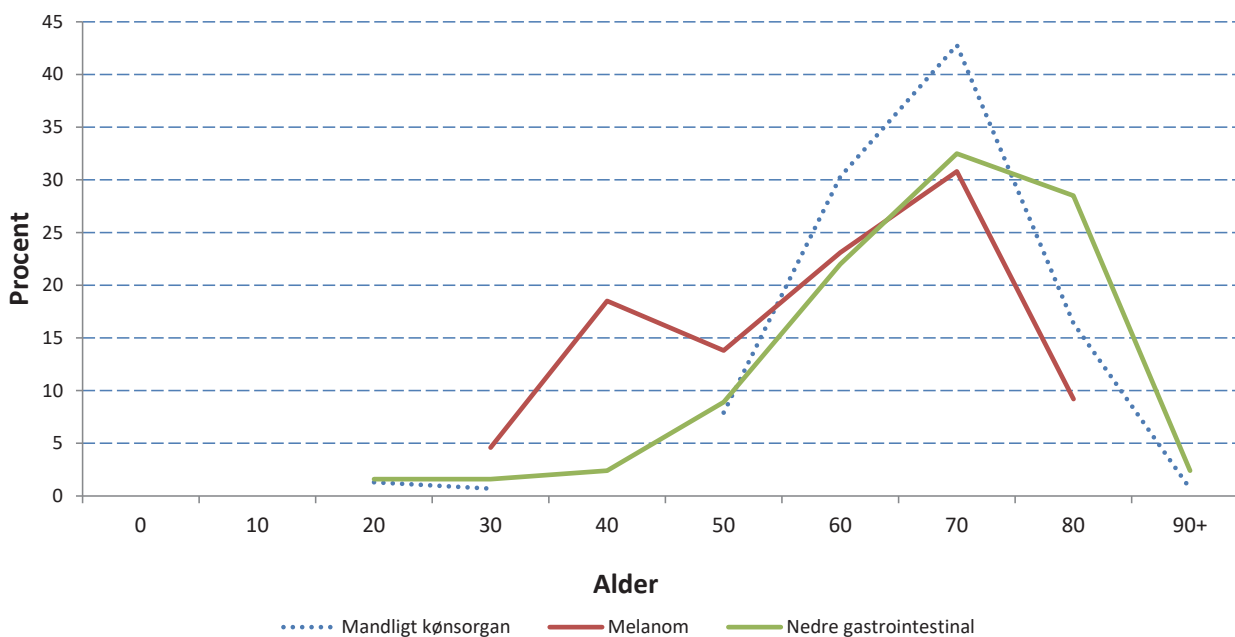
Alder og kræftdiagnose

Børn og unge diagnosticeres typisk med hæmatologiske kræfttyper. Modernærkekræft 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, med højest forekomst i 70-årsalderen.

Alder og kræftdiagnose



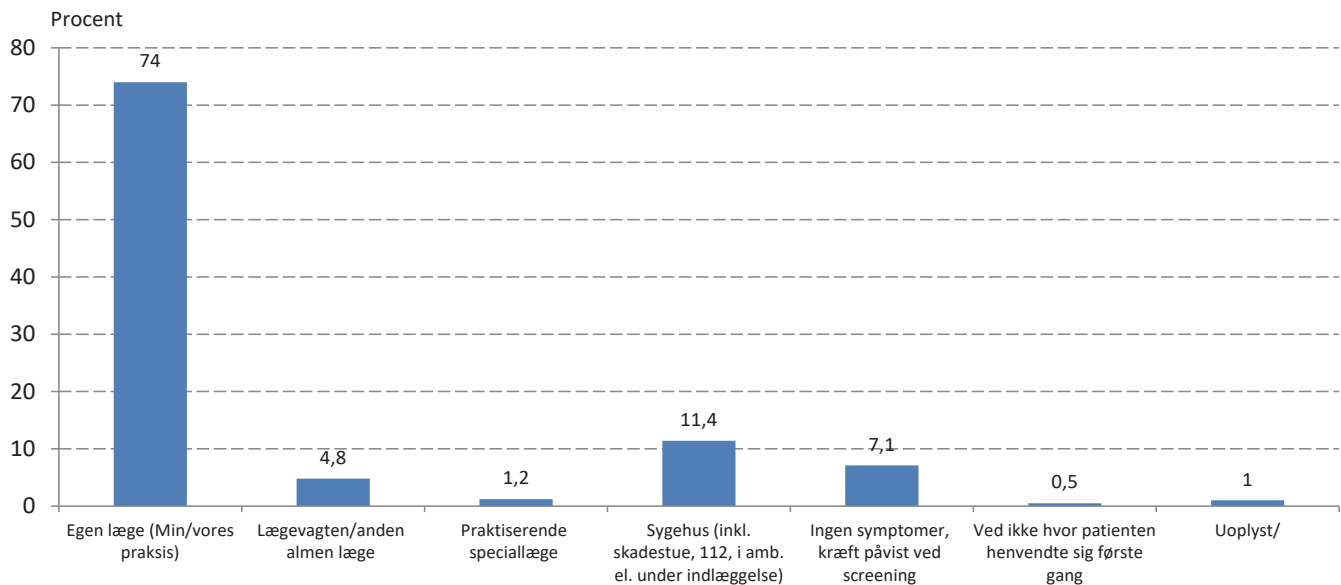
Alder og kræftdiagnose



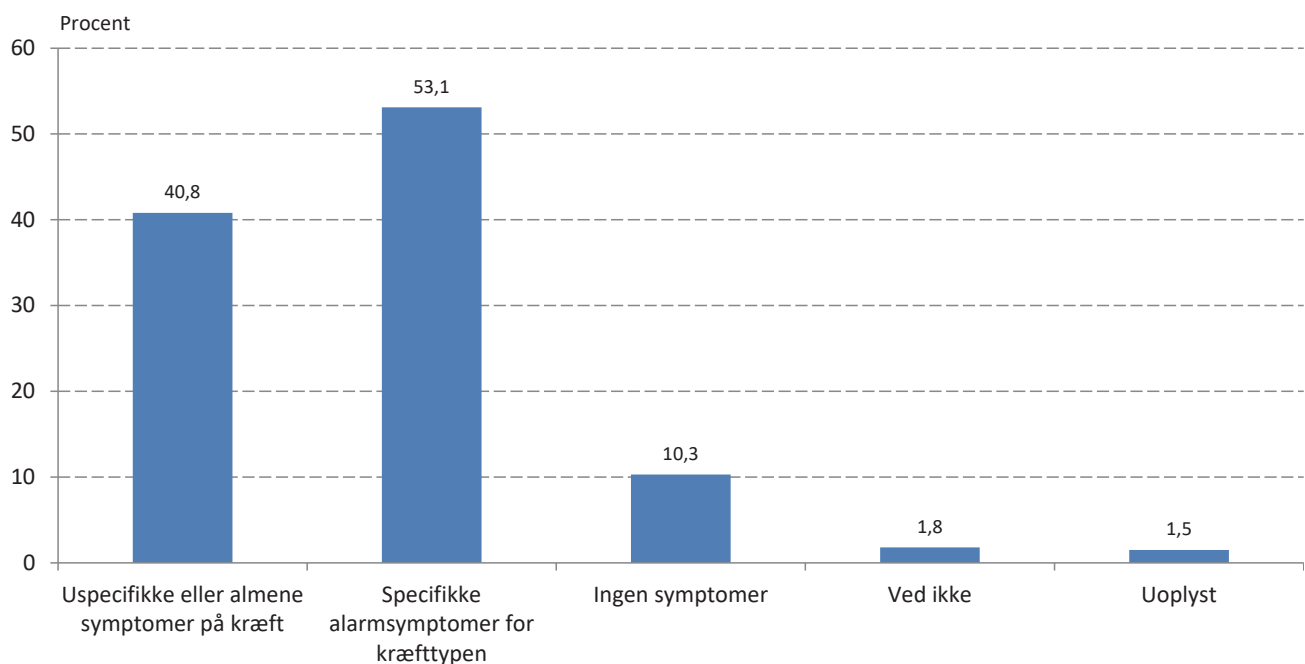
Samlede resultater

Mere end 70% af kræftudredningsforløbene startede hos egen læge i almen praksis. Lidt over halvdelen af disse patienter henvendte sig med organspecifikke alarmsymptomer, mens 40% havde uspecifikke eller almene kræftsymptomer. 10,3% af patienterne havde ingen symptomer, men forløbet startede på baggrund af tilfældige fund ved eksempelvis objektiv undersøgelse, blodprøver eller billeddiagnostik, hvor der ikke er tale om screeningsundersøgelser.

Hvor henvendte patienten sig første gang med symptomer eller tegn, du bagudrettet skønner kunne skyldes kræften ? (N=1052)



De første symptomer eller tegn du bagudrettet skønner kunne skyldes kræften (N=779)



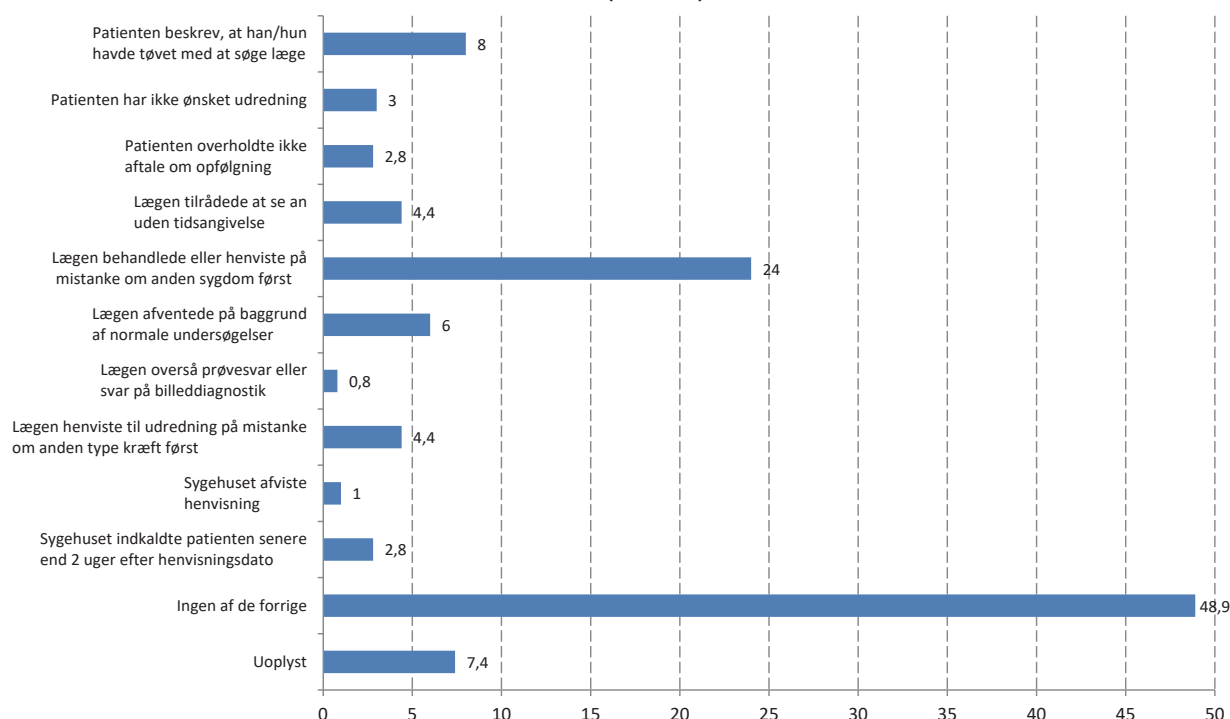
Samlede resultater

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 for de registrerede patienter, ligesom det kun meget sjældent er registreret, 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=779)

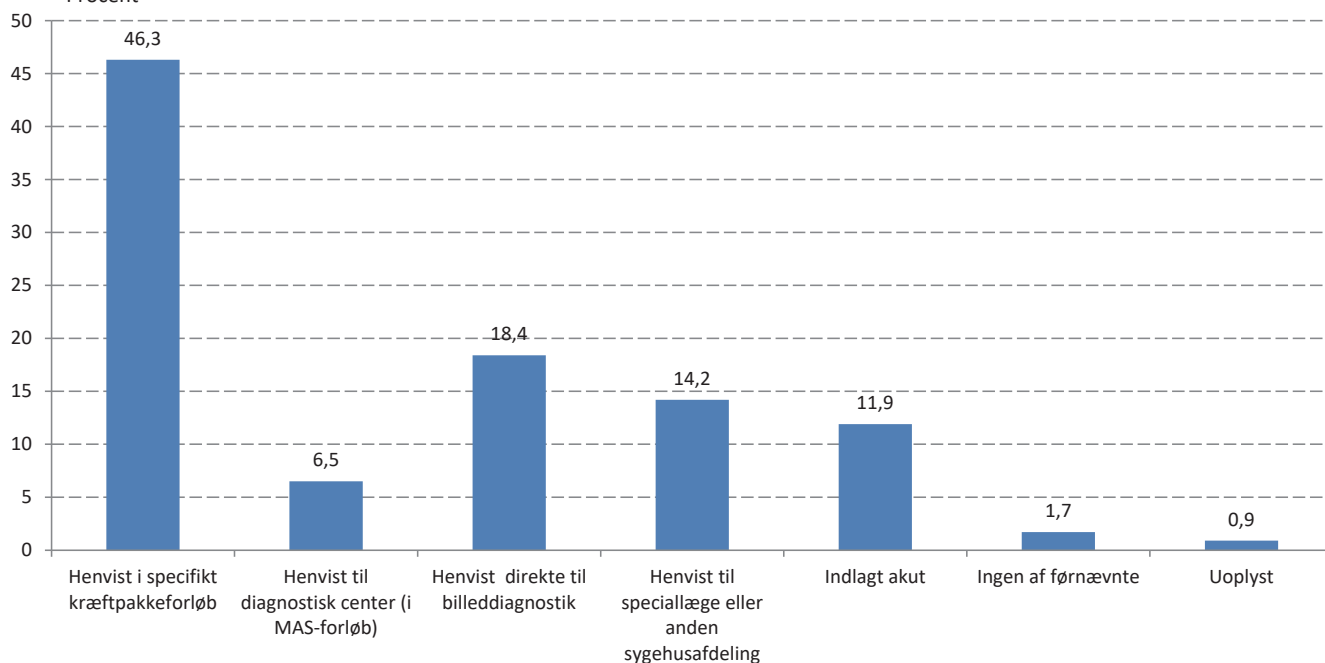
Procent



Den praktiserende læges første henvisning i forløbet

(N=779)

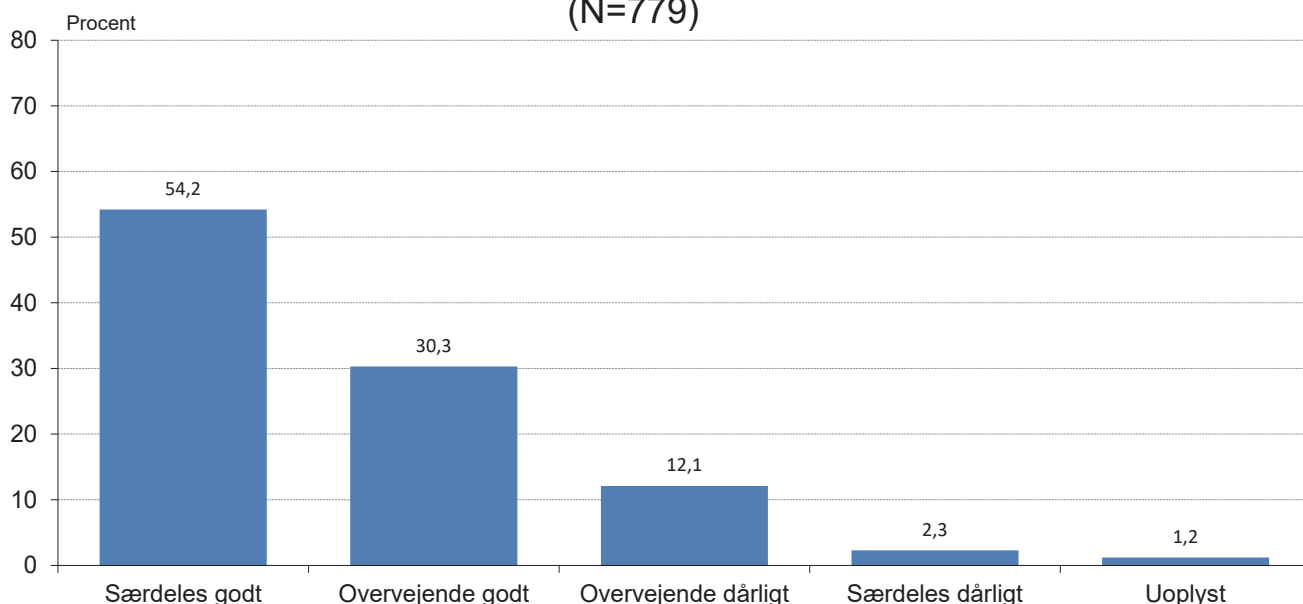
Procent



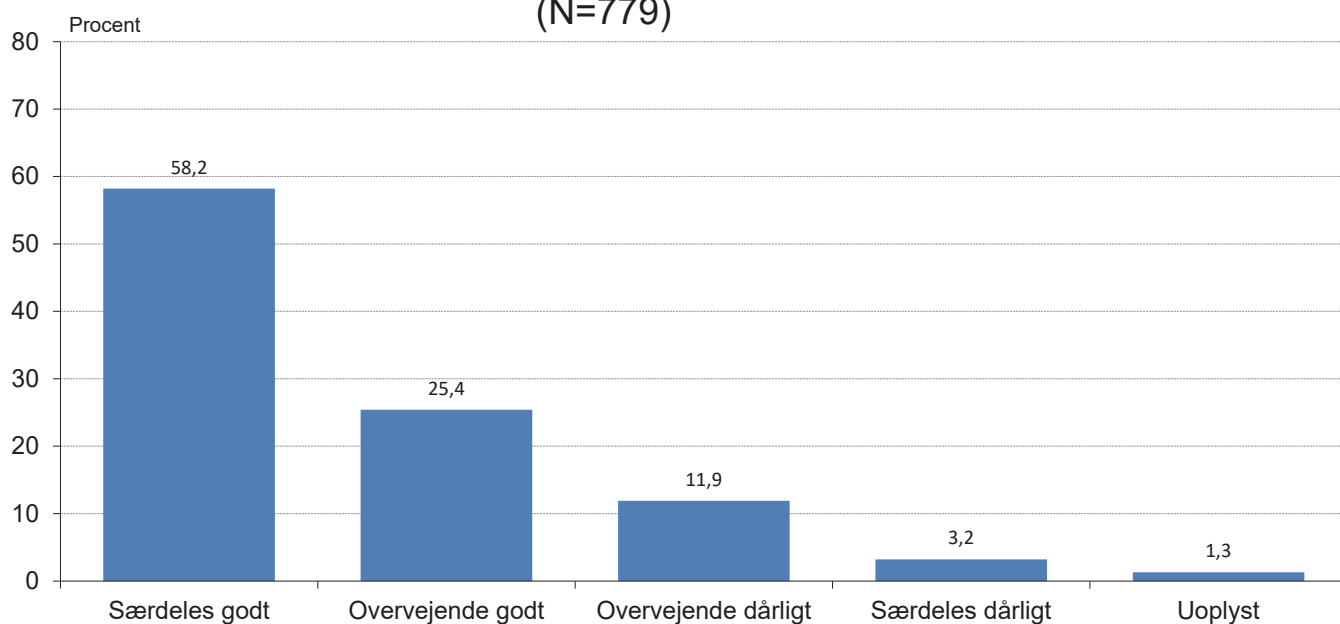
Samlede resultater - Vurdering af det diagnostiske forløb

Godt halvdelen af forløbene blev af lægen vurderet som "Særdeles godt". Vurderingen dækker både over hvorvidt 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 ca. 15% af kræftforløbene, set fra praksislægens perspektiv.

Overordnet vurdering af forløbet (N=779)

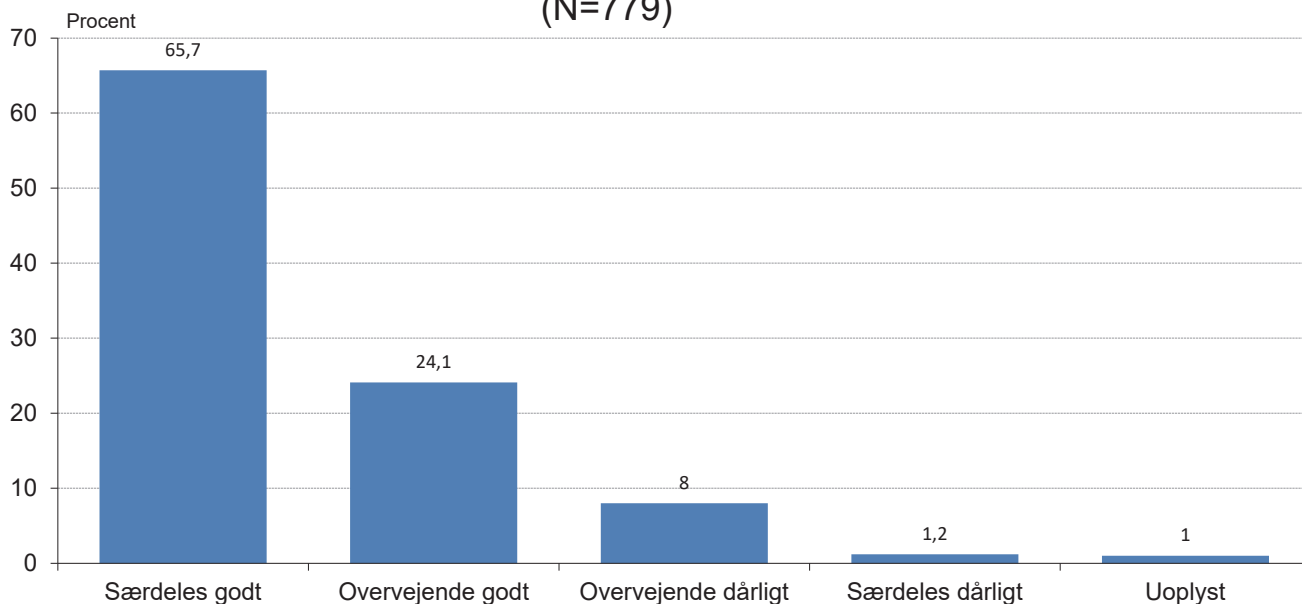


Patientens adfærd i forløbet (N=779)

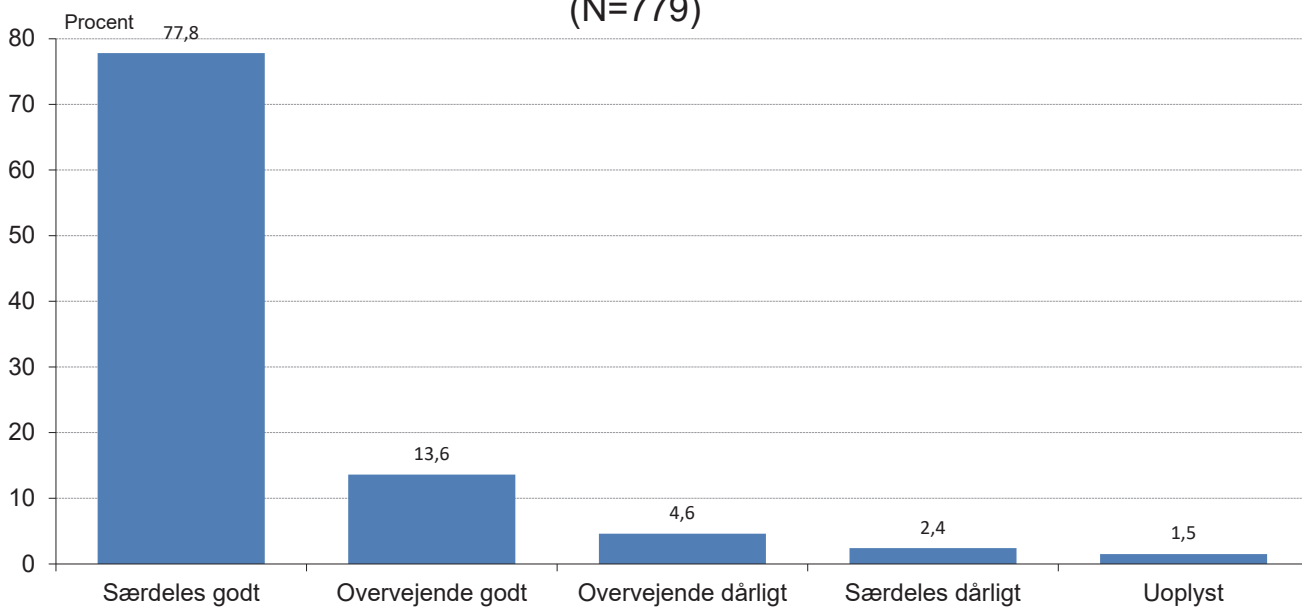


Samlede resultater - Vurdering af det diagnostiske forløb

Praksis' håndtering af forløbet (N=779)

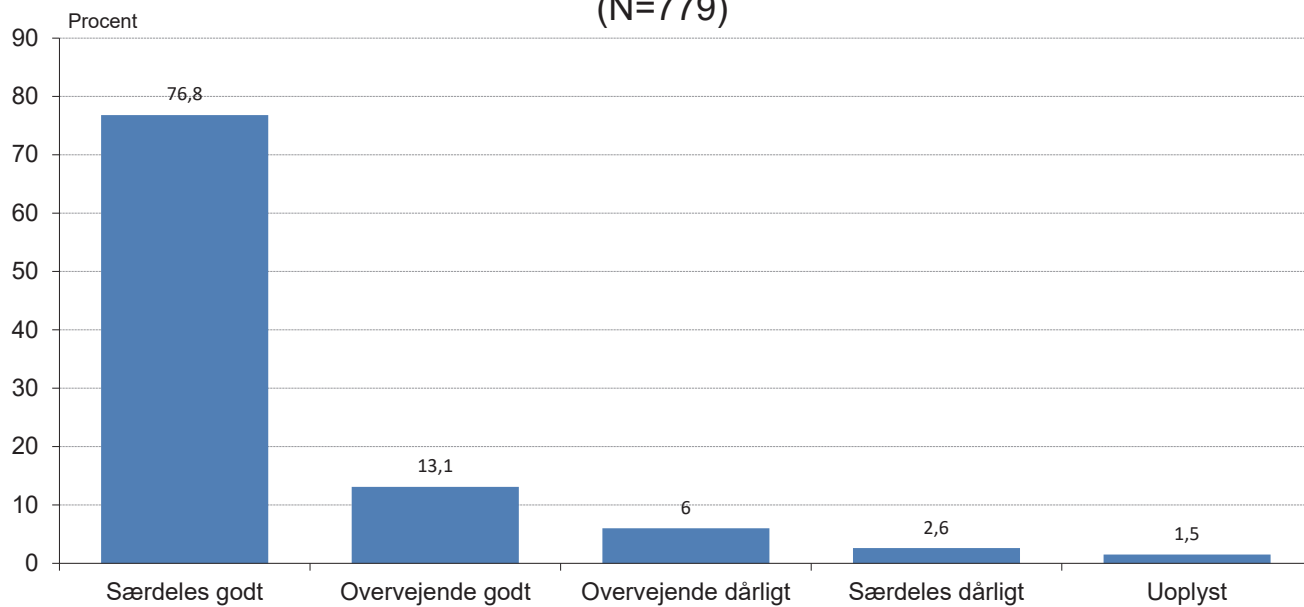


Sektorovergange (N=779)



Samlede resultater - Vurdering af det diagnostiske forløb

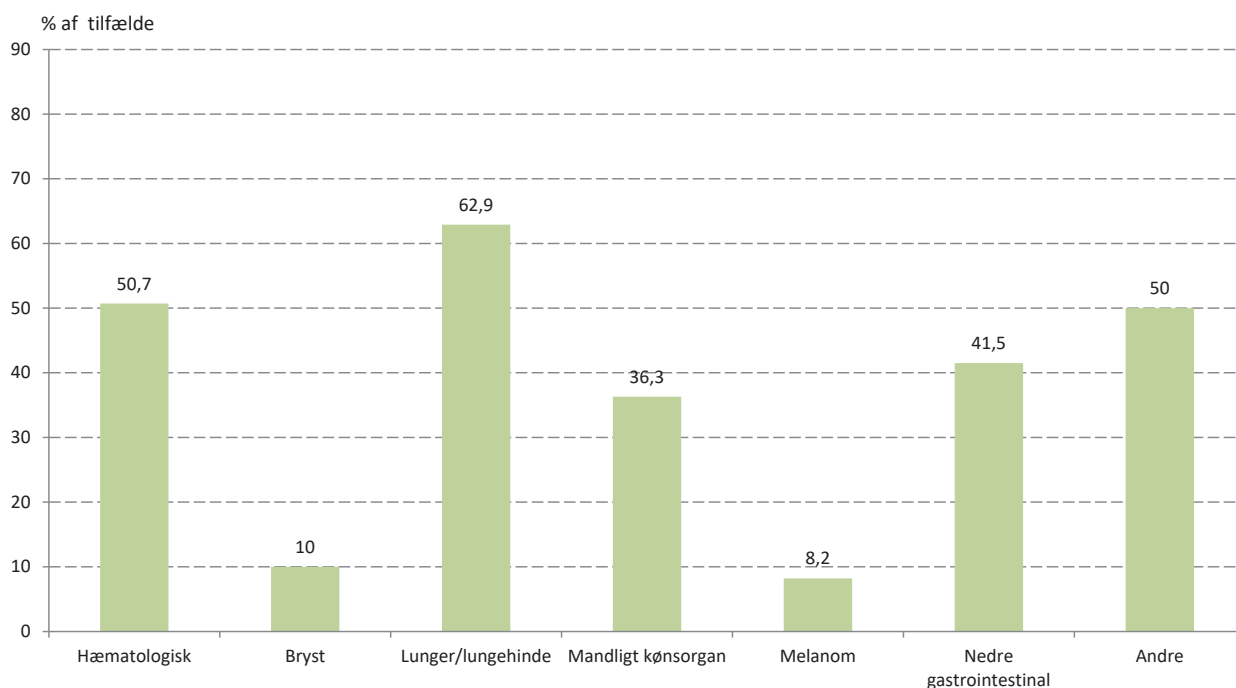
Sekundærsektorens håndtering af forløbet (N=779)



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=779)



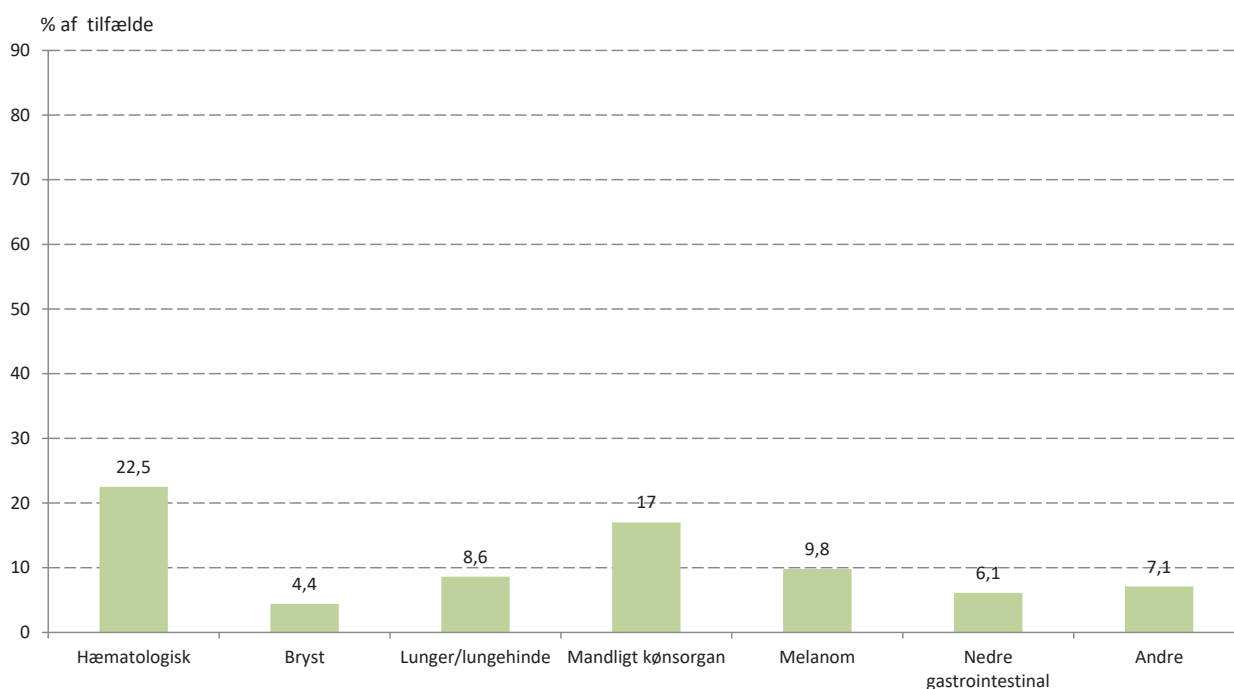
Andel af patienter med specifikke alarmsymptomer for kræfttypen
(N=779)



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 modermærkekræft i almen praksis, og ikke med baggrund i symptompræsentation. Godt hver femte hæmatologiske kræft findes hos patienter uden symptomer, f.eks. i blodprøvesvar.

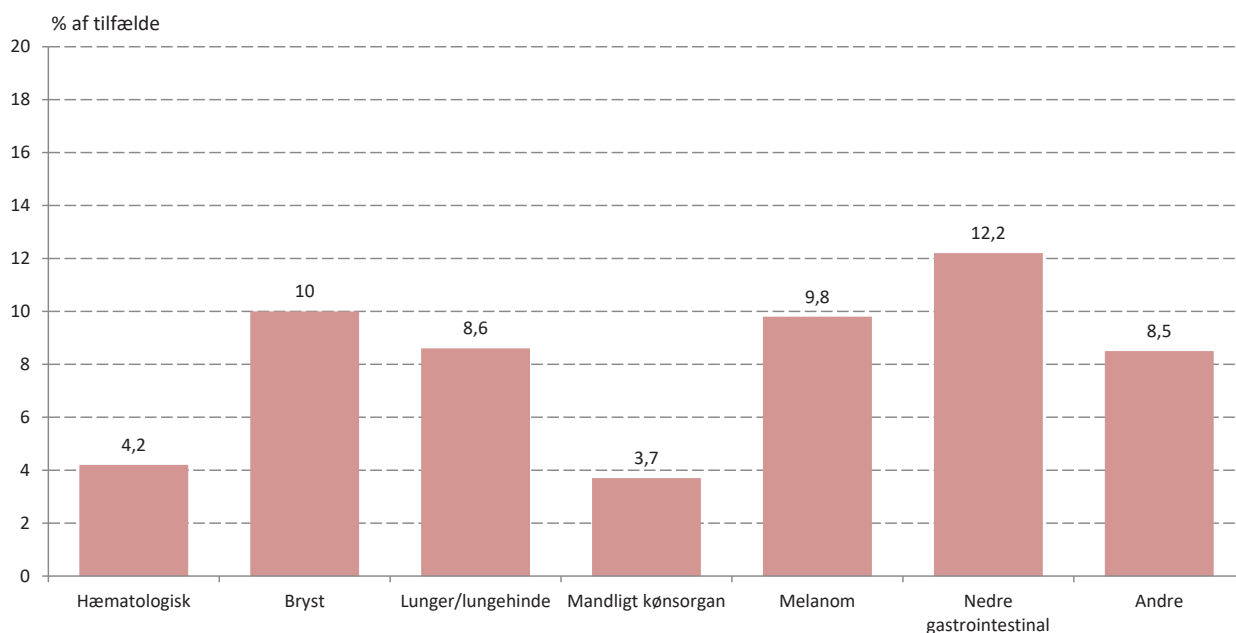
Andel af patienter uden symptomer
(N=779)



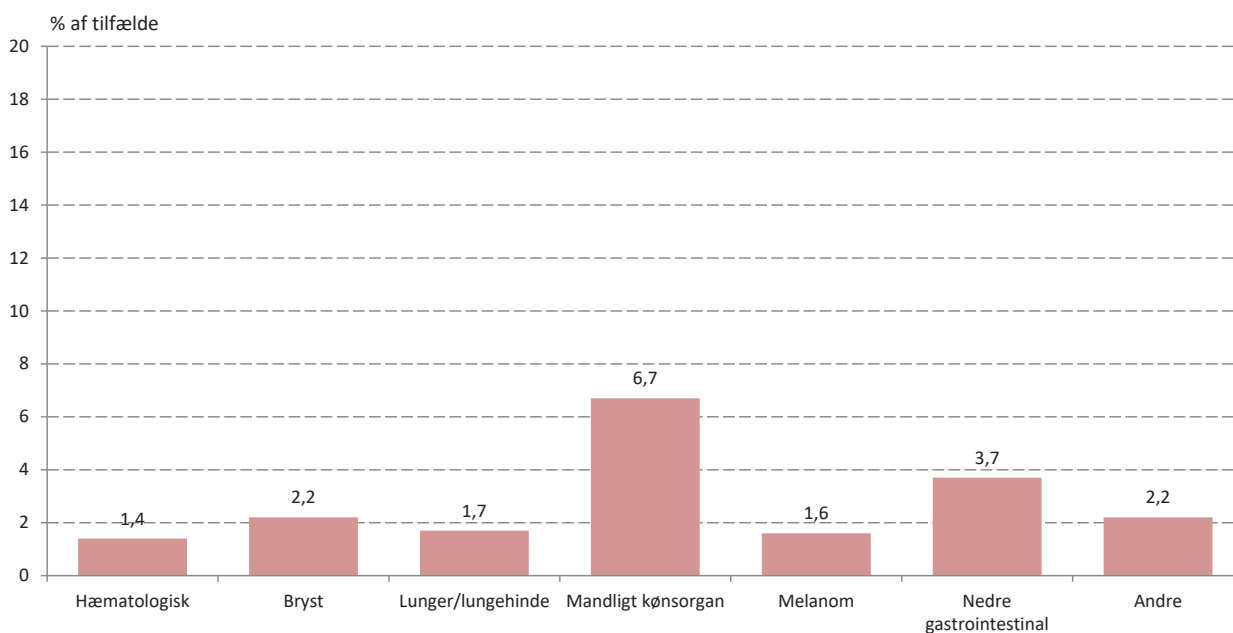
Hyppighed af hændelser i udredningsforløb

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.

Andel af patienter, der havde tøvet med at søge læge
(N=779)



Andel af patienter, der ikke har ønsket udredning
(N=779)

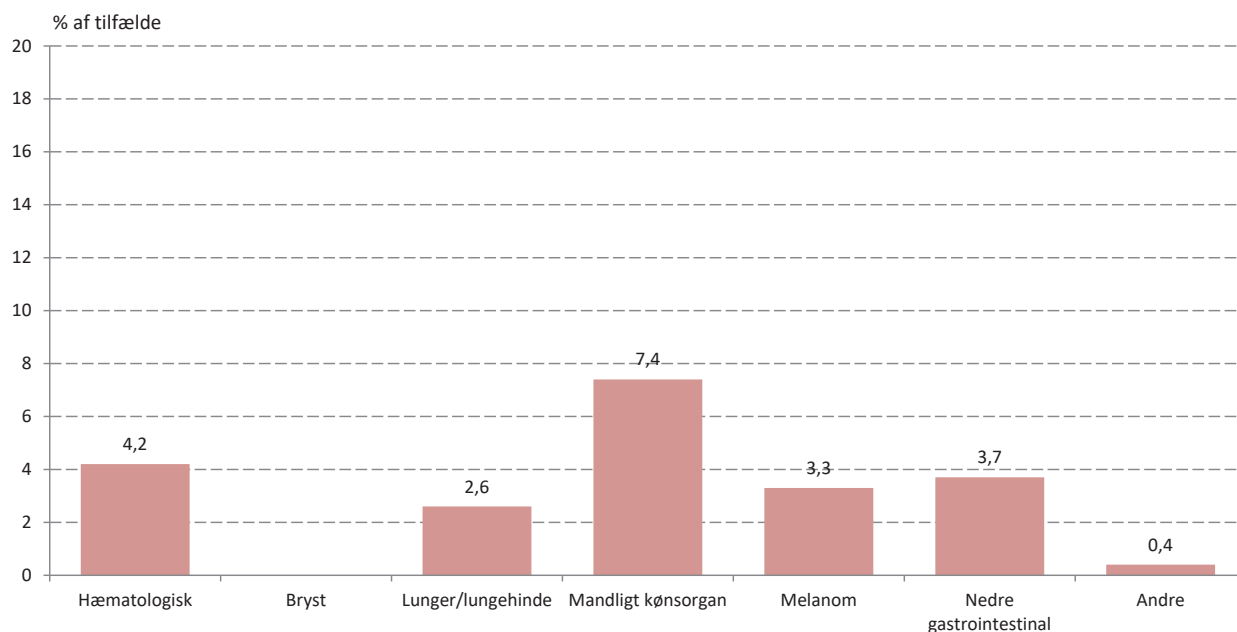


Hyppighed af hændelser i udredningsforløb

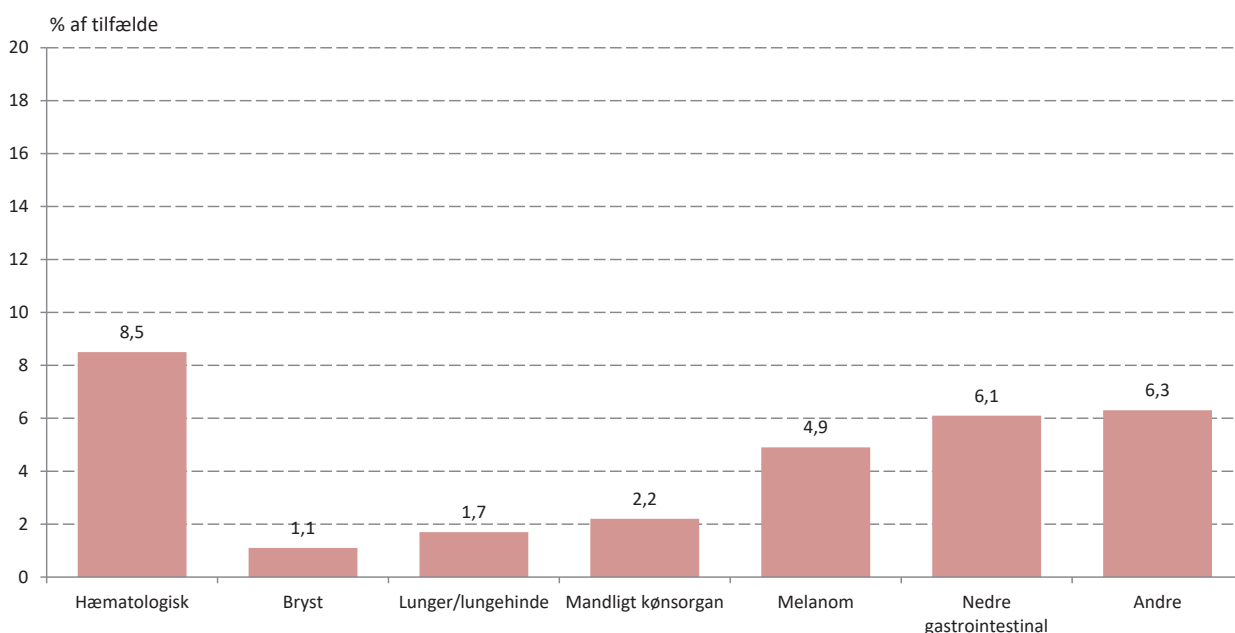
I knap 3% af alle udredningsforløbene overholdt patienten ikke aftaler om opfølgning. Det ses, at det særligt var gældende for kræft i mandligt kønsorgan, nedre GI og hæmatologisk kræft.

Ligeledes var det kun i godt 4% 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=779)



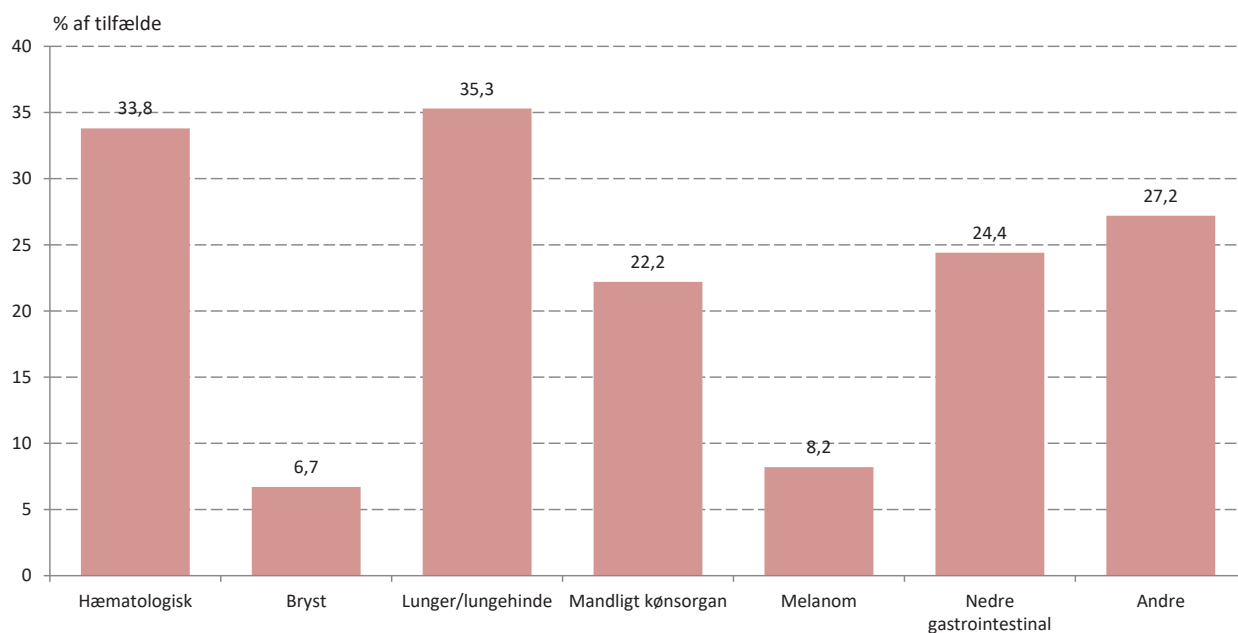
Andel af patienter, hvor lægen tilrådede at se an uden tidsangivelse
(N=779)



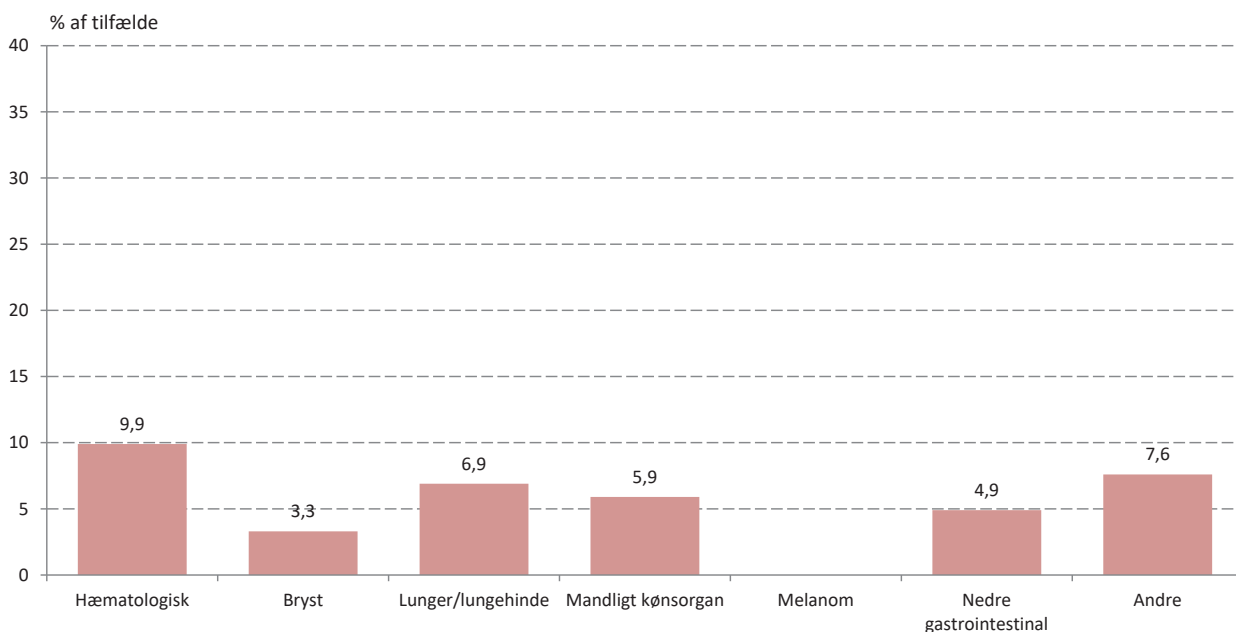
Hyppighed af hændelser i udredningsforløb

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 6% 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=779)



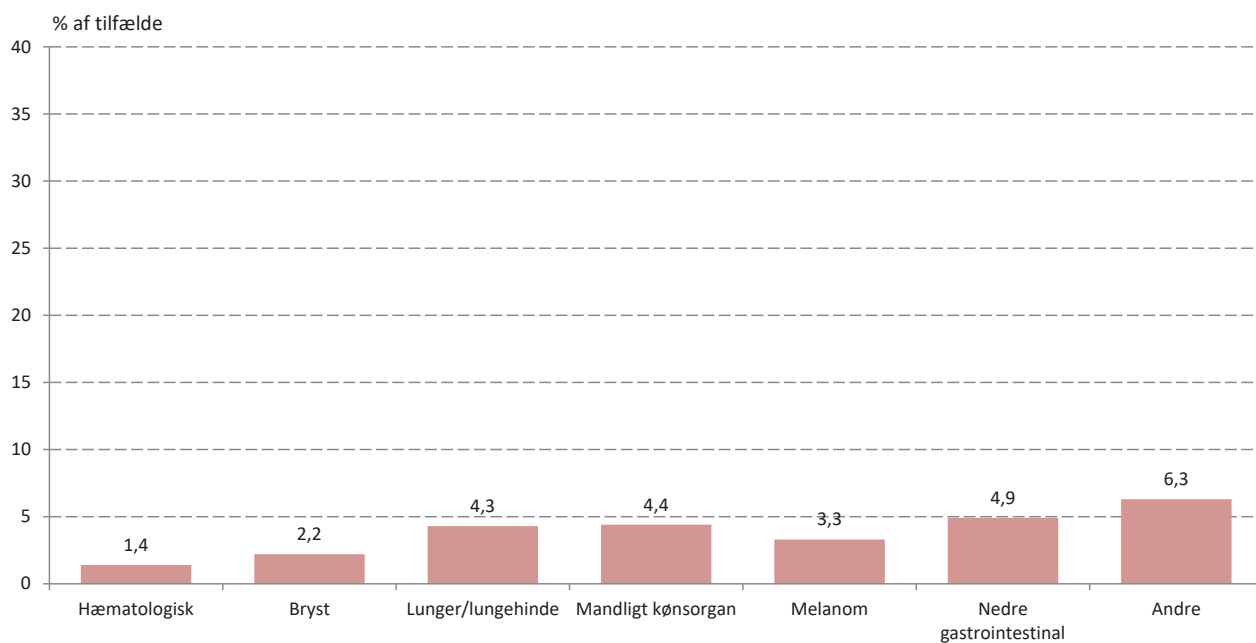
Andel hvor lægen afventede på baggrund af normale undersøgelser
(N=779)



Hyppighed af hændelser i udredningsforløb

Generelt var der få tilfælde hvor lægen henviste til udredning for en anden type kræft først.

Andel hvor lægen henviste til udredning på mistanke om anden type kræft først
(N=779)



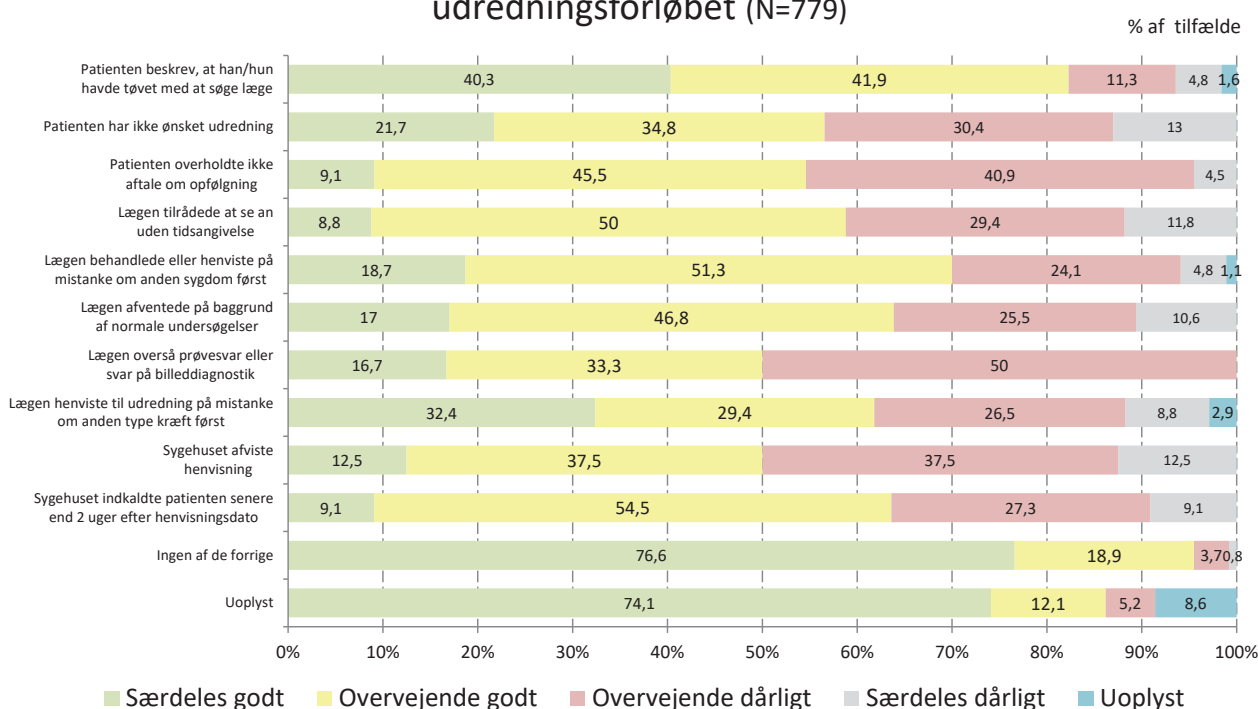
Vurdering

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=779)



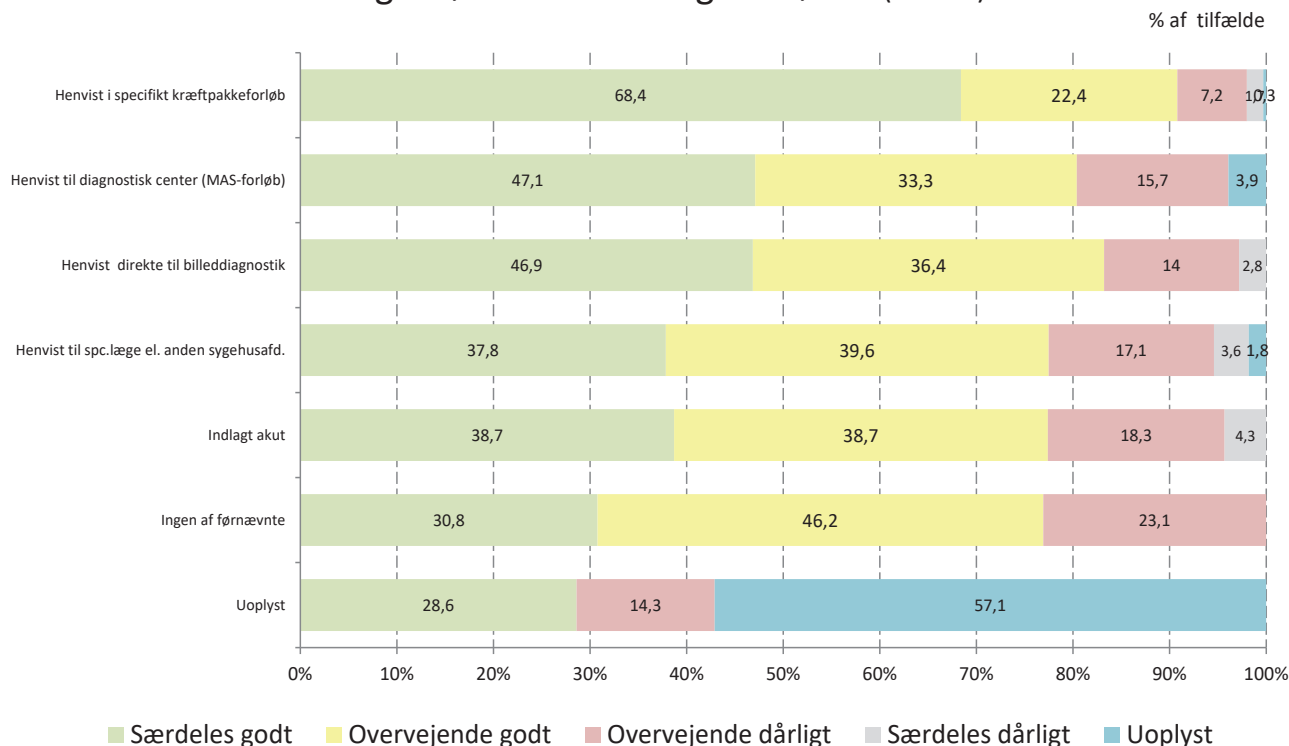
Overordnet vurdering af det diagnostiske forløb i forhold til hændelser i udredningsforløbet (N=779)



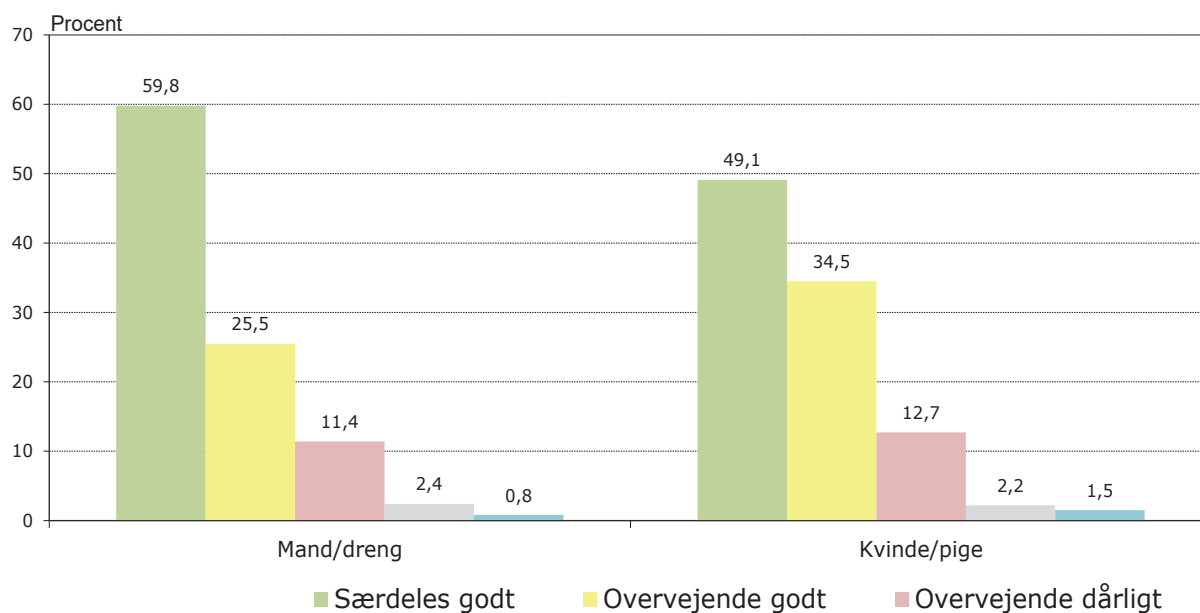
Vurdering

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=779)



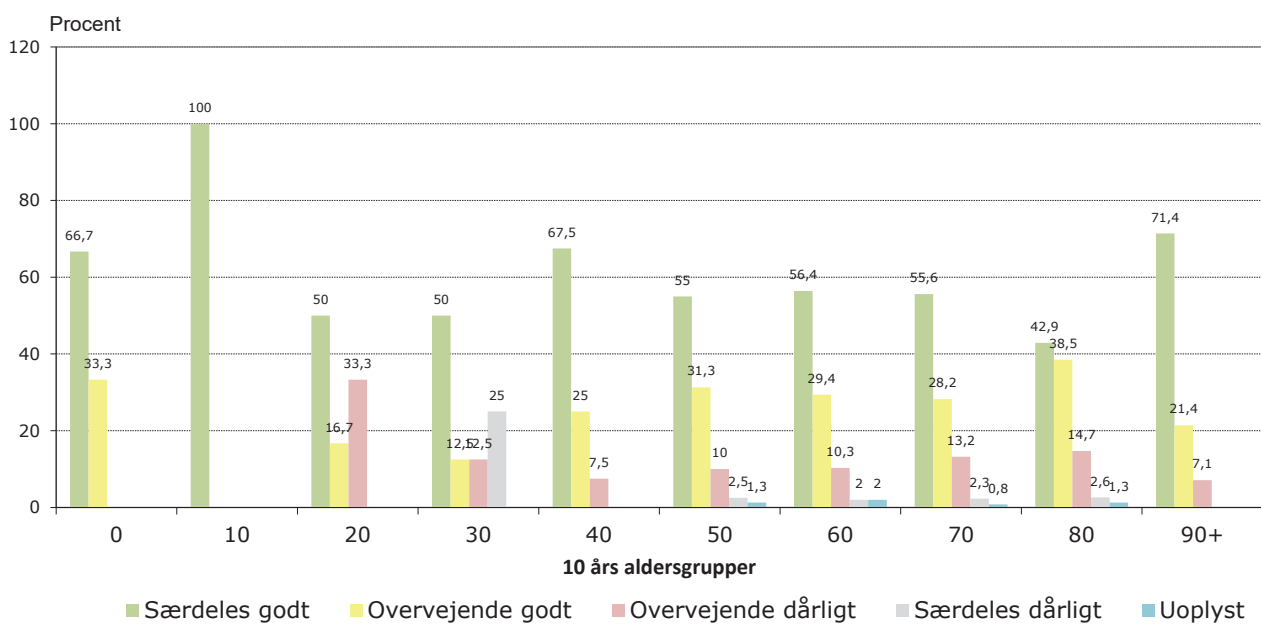
Overordnet vurdering af det diagnostiske forløb i forhold til patientens køn (N=779)



Vurdering

Vi ser ingen specifik betydning af patientens alder i forhold til den overordnede vurdering af det diagnostiske forløb.

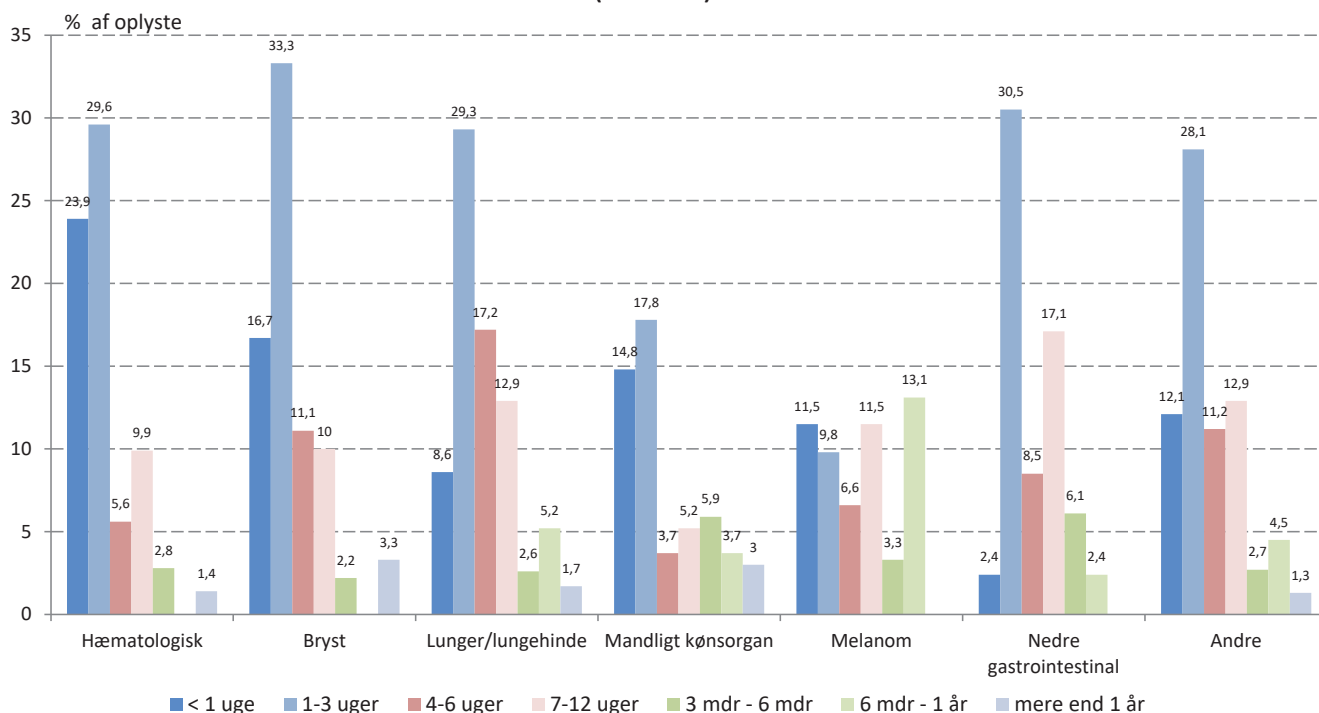
Overordnet vurdering af det diagnostiske forløb i forhold til patientens alder (N=779)



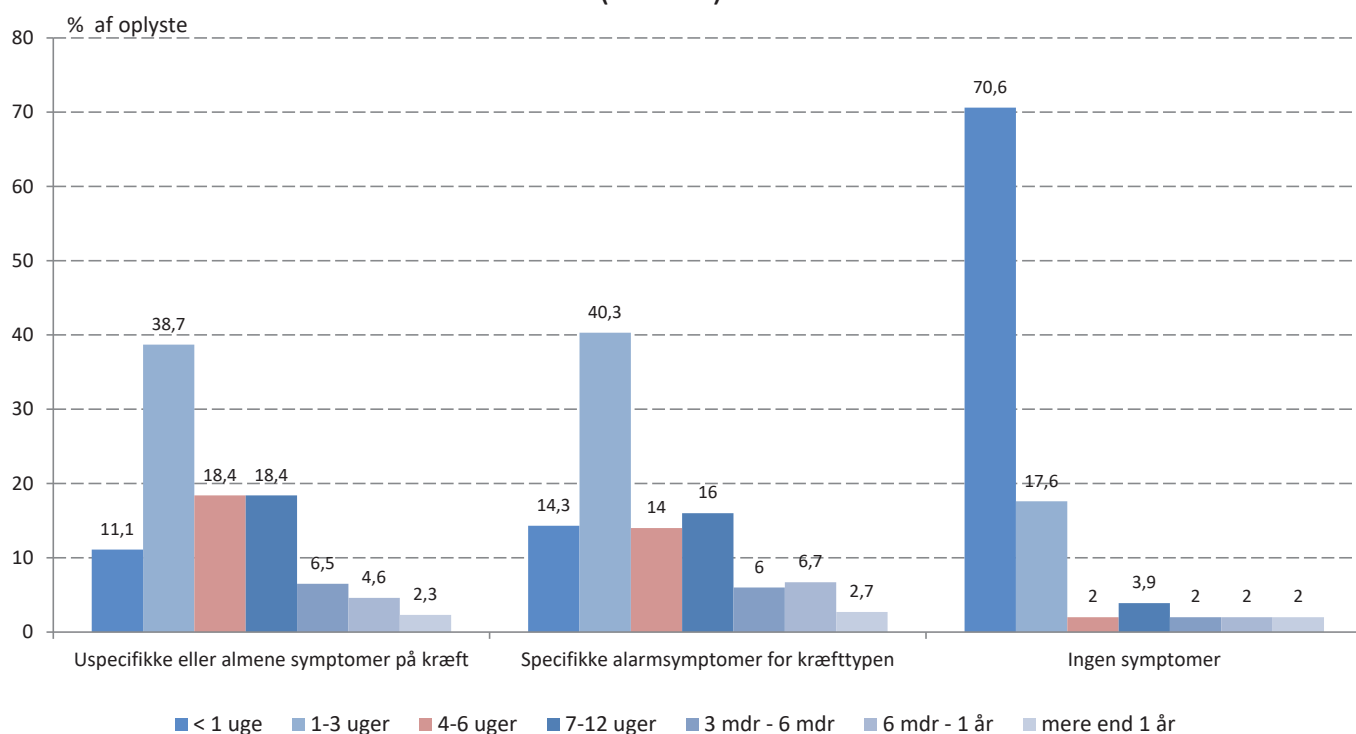
Antal uger med symptomer

Patienters tid til lægekontakt (patientintervallet) med symptomer varierer på tværs af kræftformer. Der ses længere patientinterval blandt patienter diagnosticeret med modermærkekræft. Kræft i mandligt kønsorgan er et andet eksempel på en kræfttype med langvarige symptomer inden lægekontakt.

Antal uger med symptomer forud for første kontakt i praksis
(N=536)



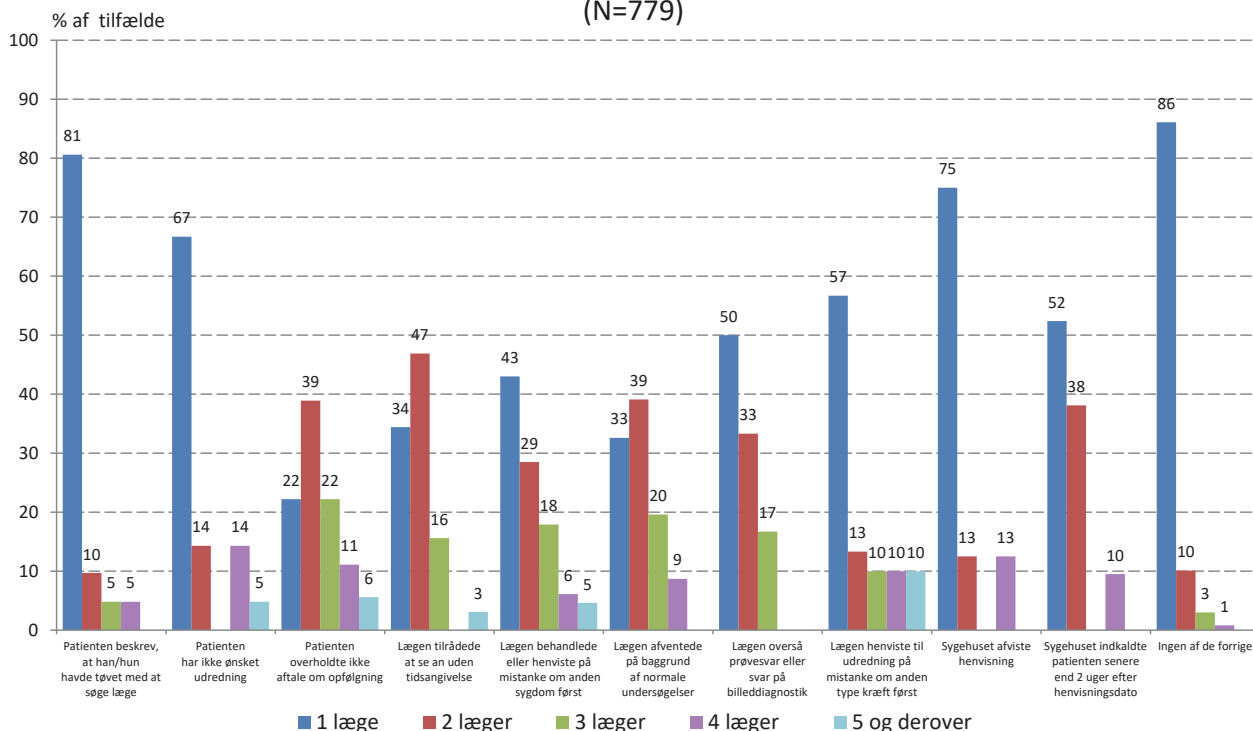
Antal uger med symptomer i forhold til symptompræsentation
(N=536)



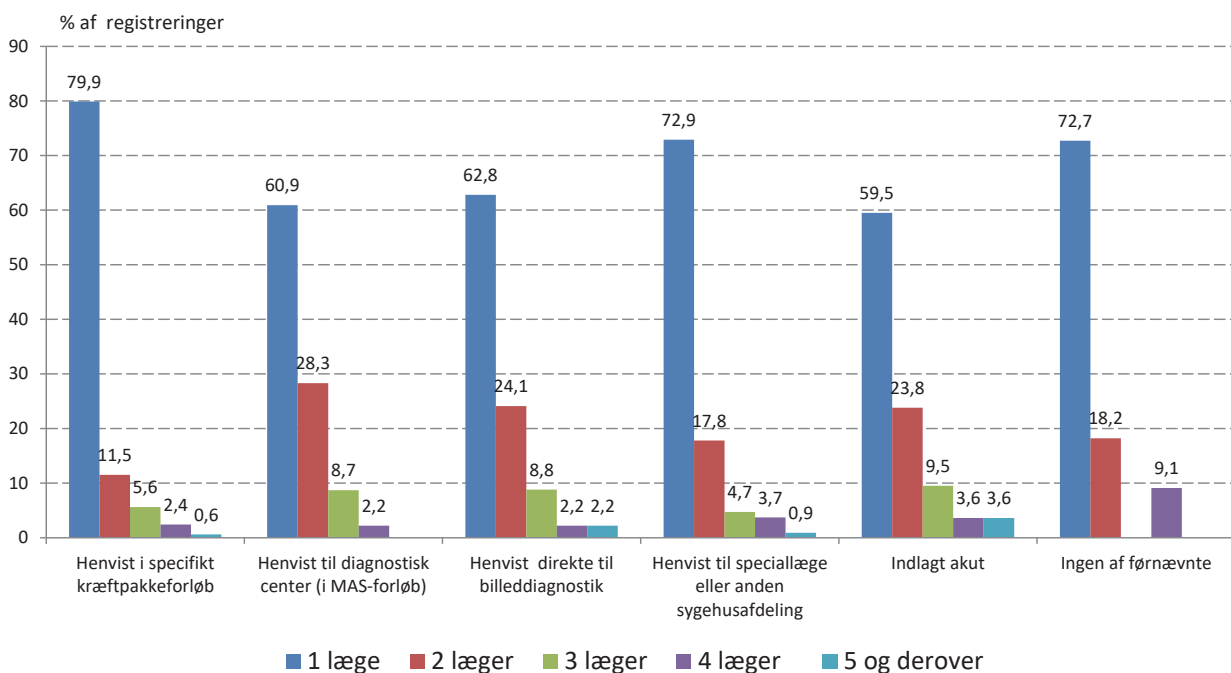
Kontakter

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 hændelse.

Antal læger med kontakt til pt. i forhold til hændelser i udredningsforløbet
(N=779)



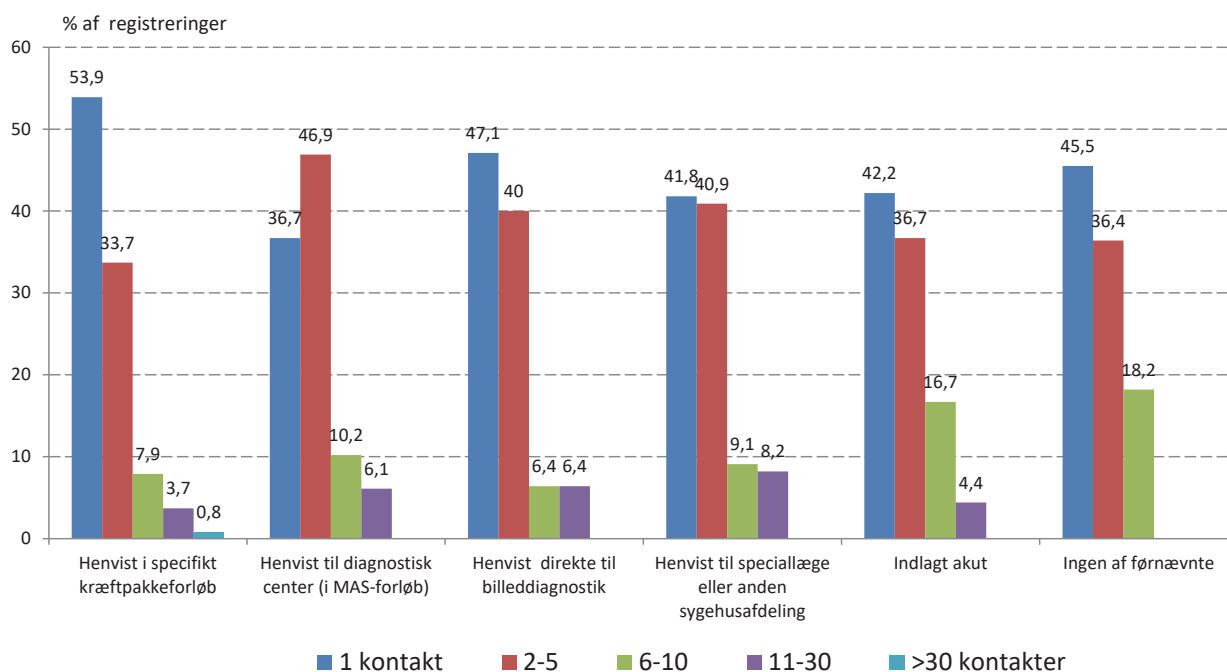
Antal læger med kontakt til pt. i forhold til første henvisning i forløbet
(N=779)



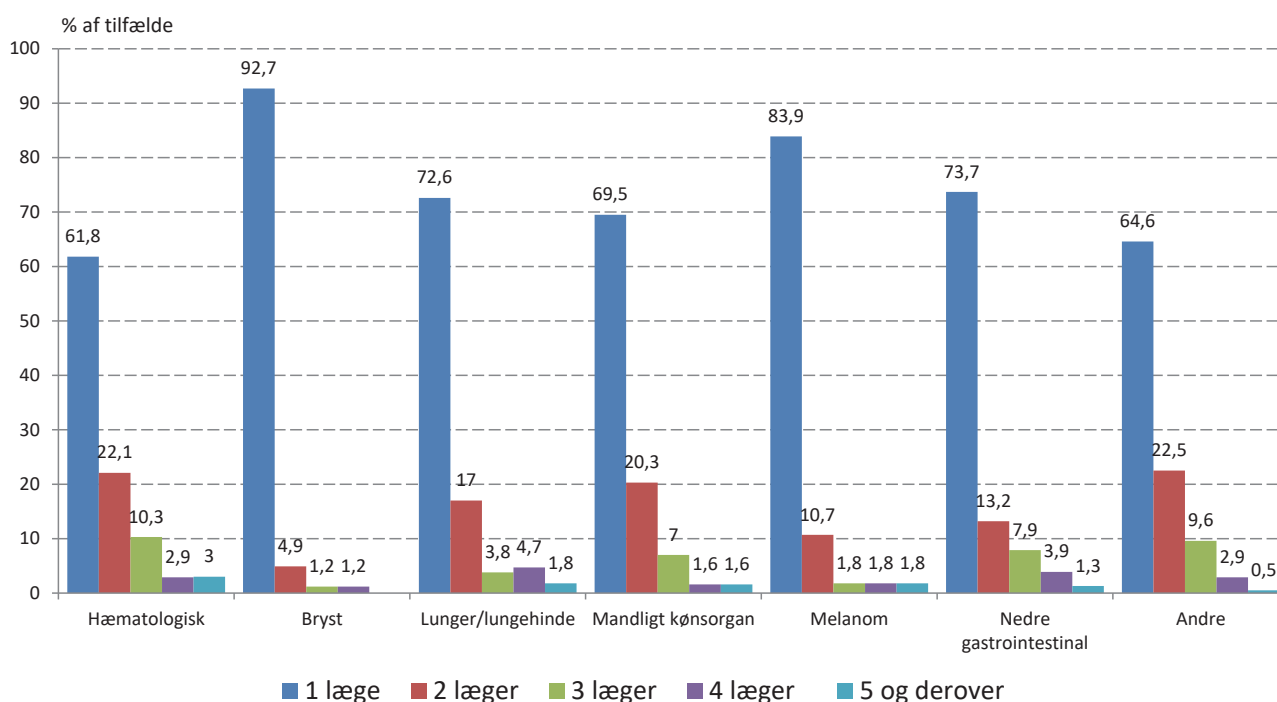
Kontakter

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 ofte flere læger involveret i patientens forløb.

Antal kontakter i praksis i forhold til første henvisning i forløbet
(N=779)



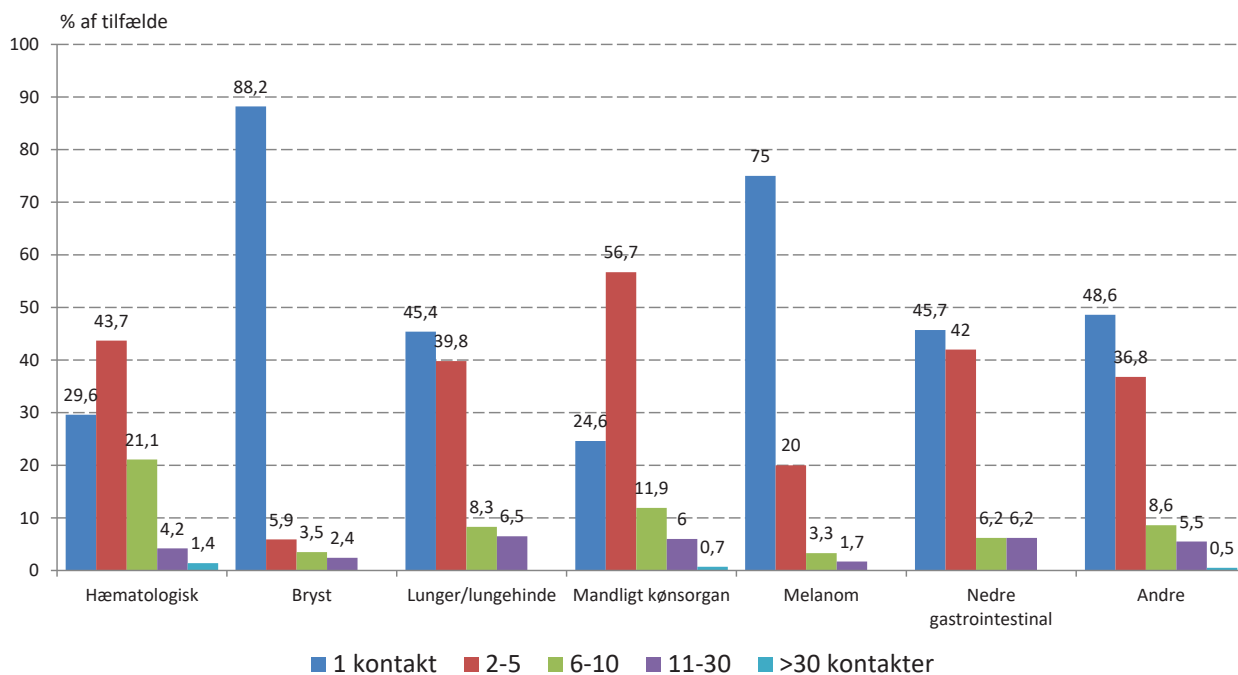
Antal læger i forhold til kræfttype
(N=779)



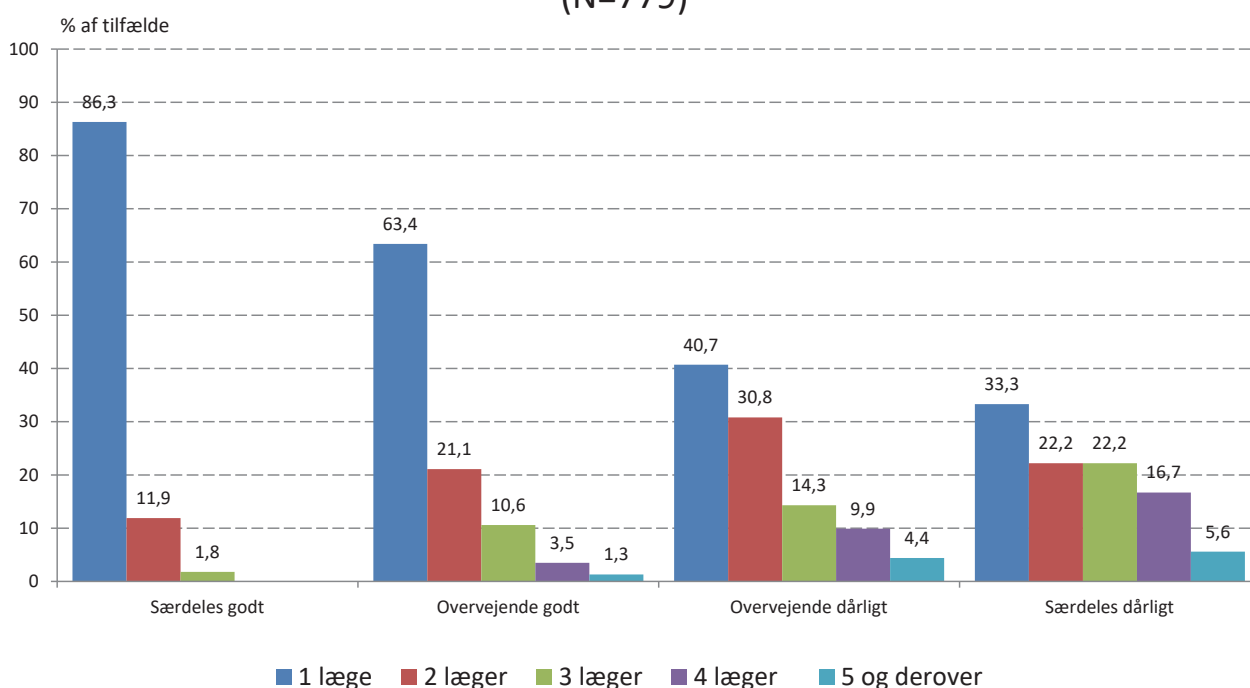
Kontakter

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=779)

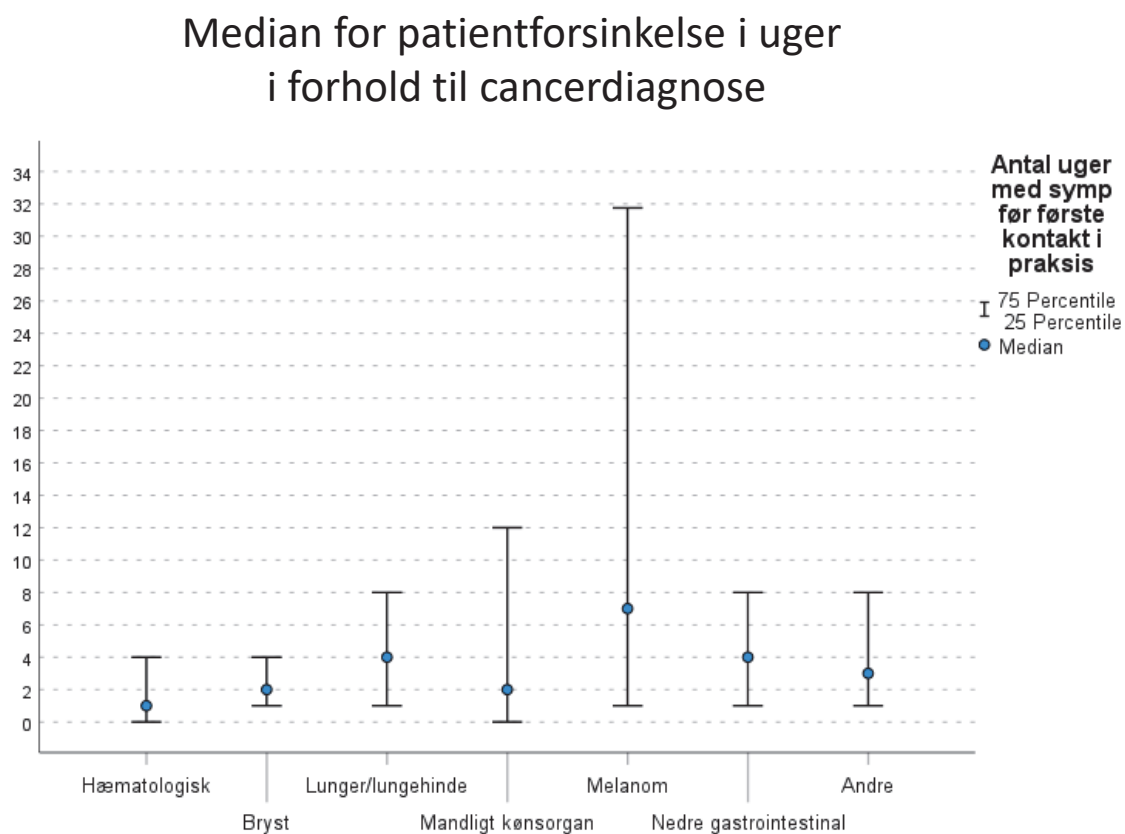
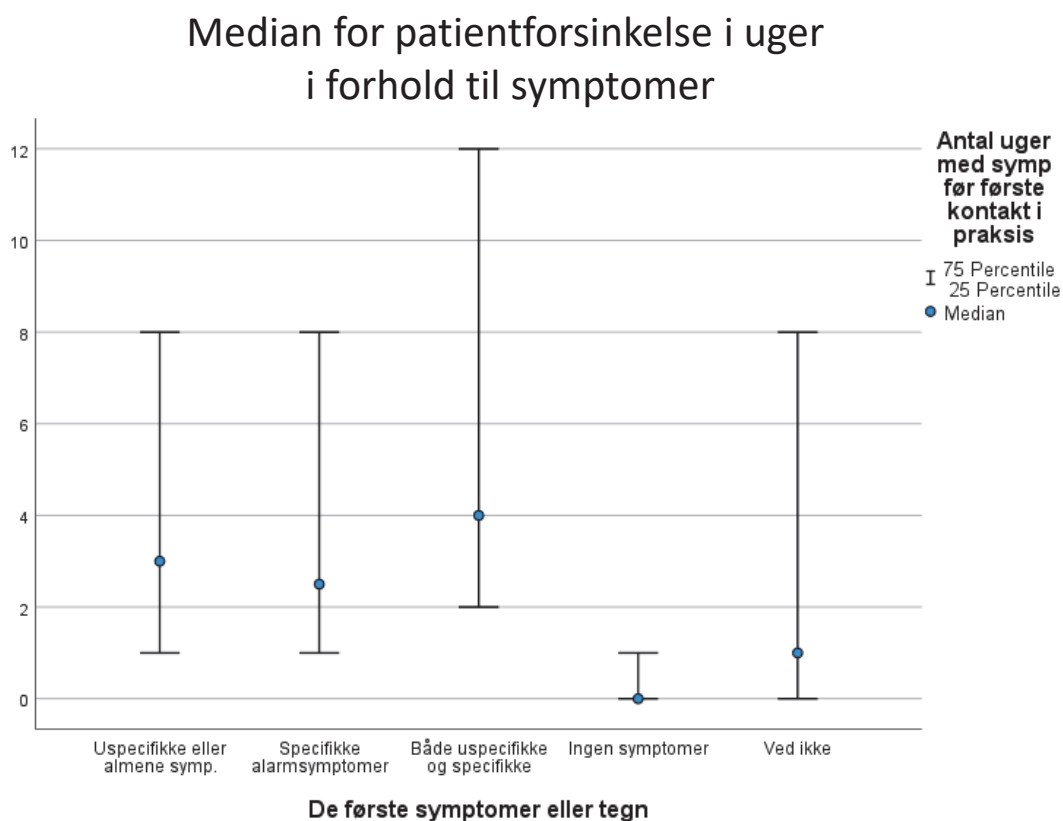


Antal læger i forhold til vurdering af det samlede forløb
(N=779)



Patientinterval

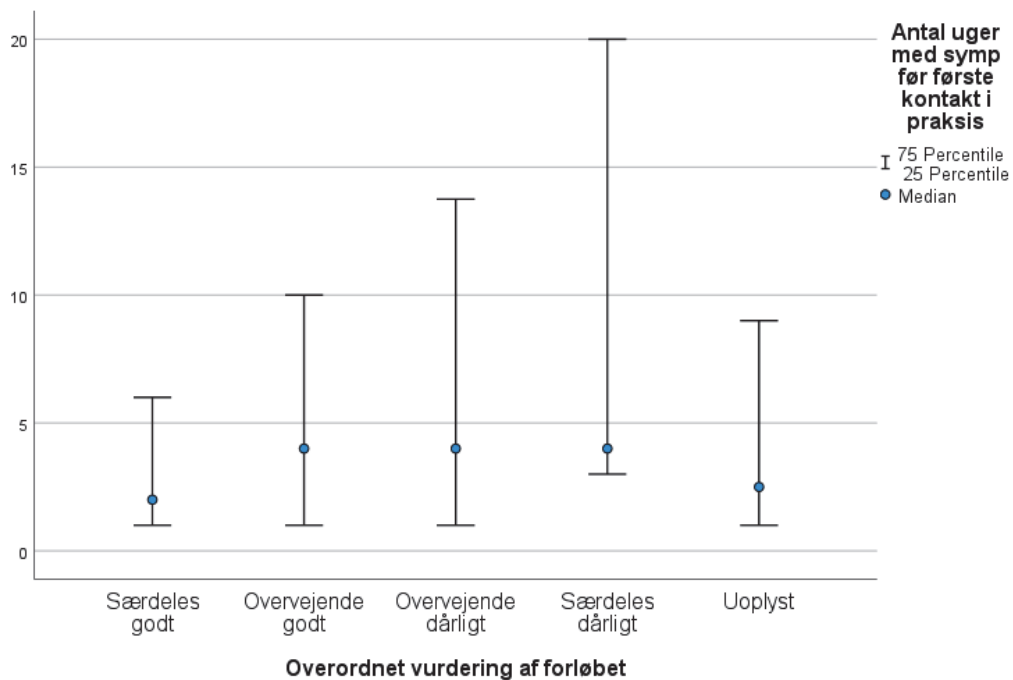
Halvdelen af patienter med specifikke alarmsymptomer henvender sig i løbet af 2-3 uger, mens halvdelen af patienterne med uspecifikke symptomer henvender sig indenfor 3 uger.



Patientinterval

Jo mindre patientforsinkelse, des bedre overordnet vurdering af udredningsforløbet.

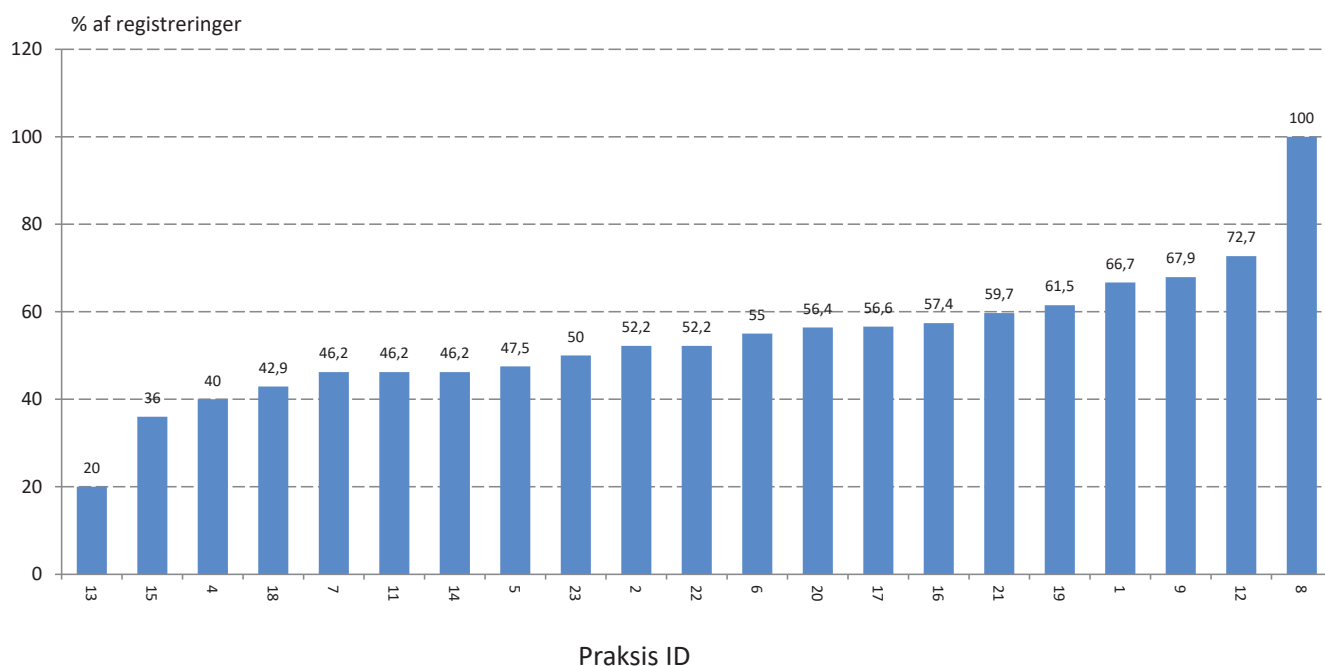
Median for patientforsinkelse i uger
i forhold til overordnet vurdering af forløbet



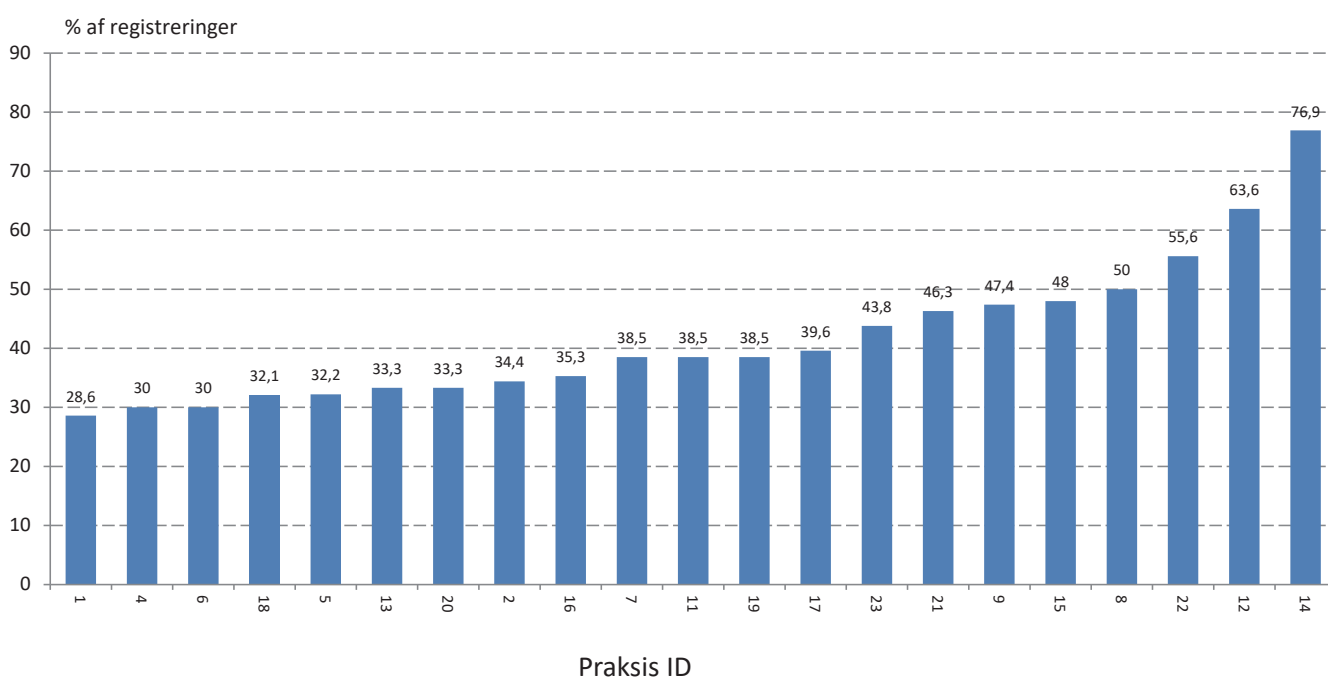
Variationer

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.

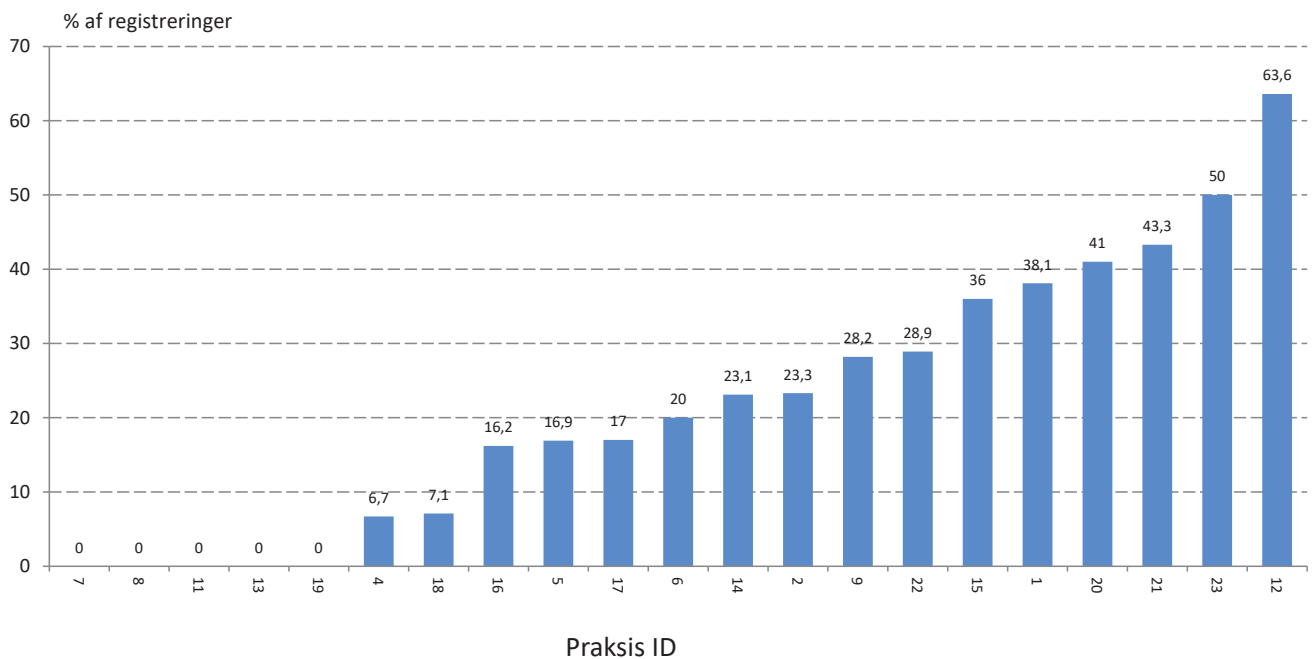
Andel med "Specifikke alarmsymptomer/tegn på kræft"



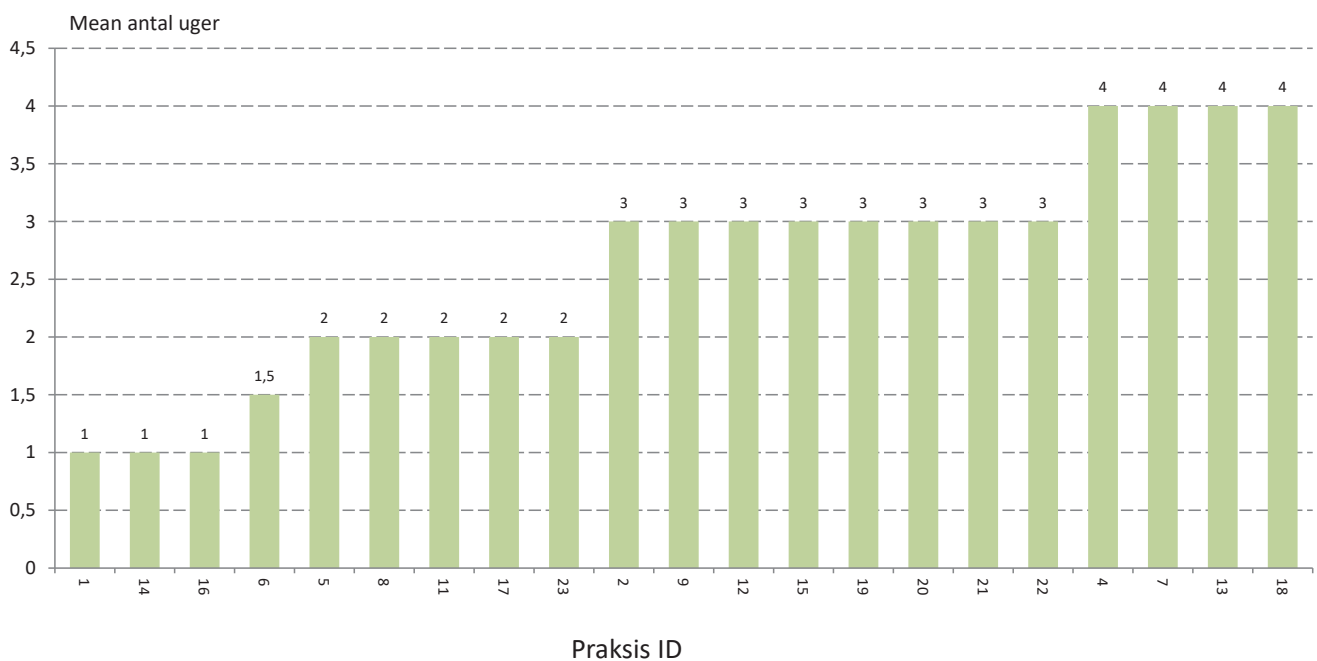
Andel med uspecifikke eller almene symptomer



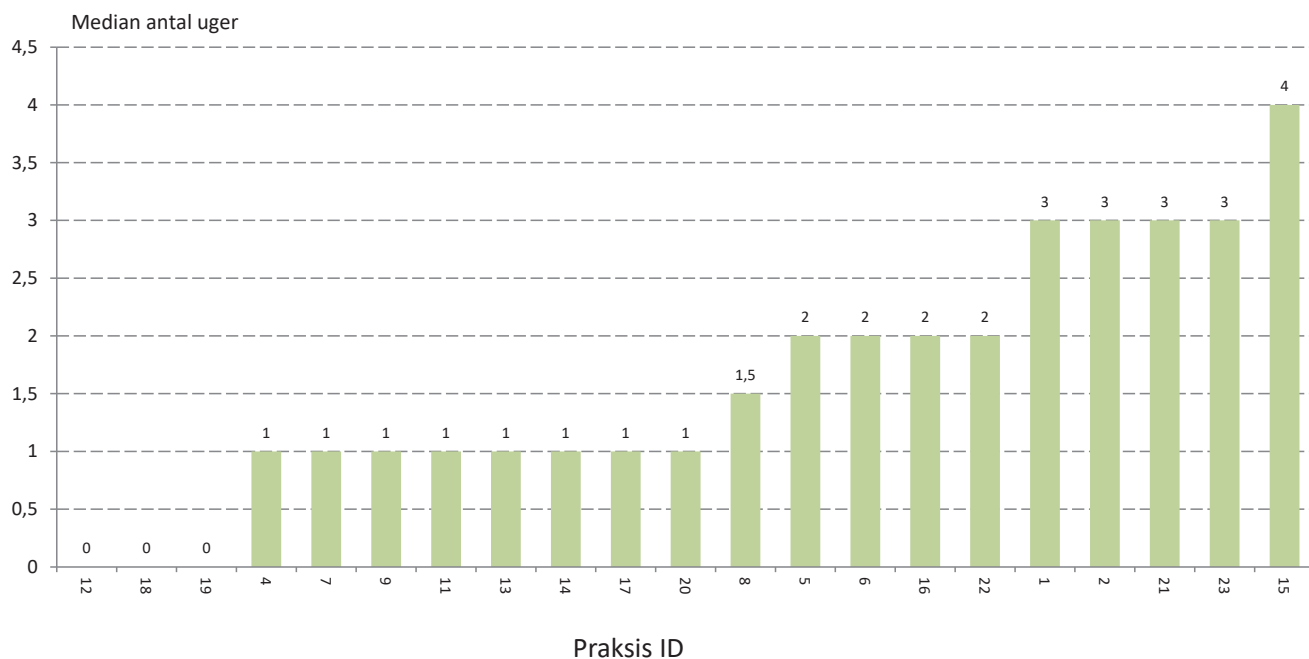
Andel hvor lægen behandlede eller henviste på mistanke om anden sygdom først



Median symptomvarighed (antal uger) før lægekontakt

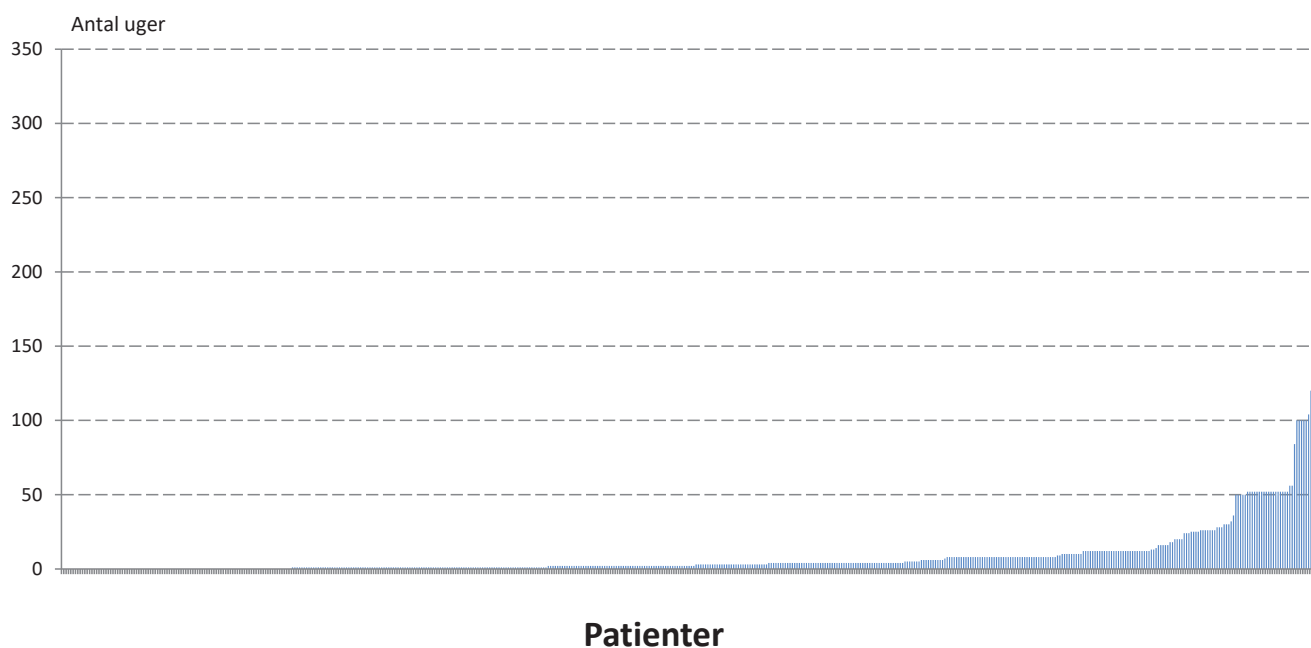


Median antal kontakter i praksis inden henvisning



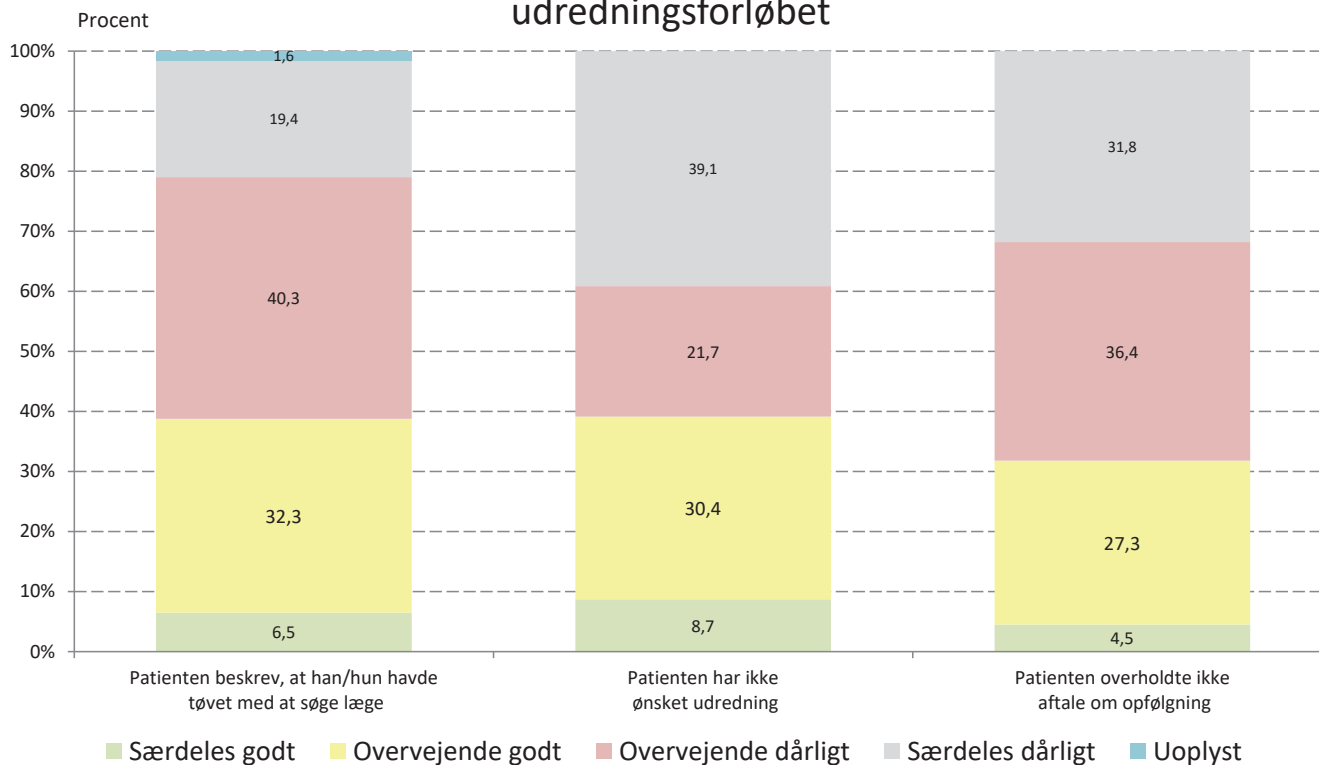
De fleste patienter søger læge, når de oplever et symptom, der kan være tegn på kræft. Der er dog en mindre gruppe af patienter med en endog meget lang tidsperiode før de søger læge.

Antal hele uger med symptomer forud for første kontakt N=536

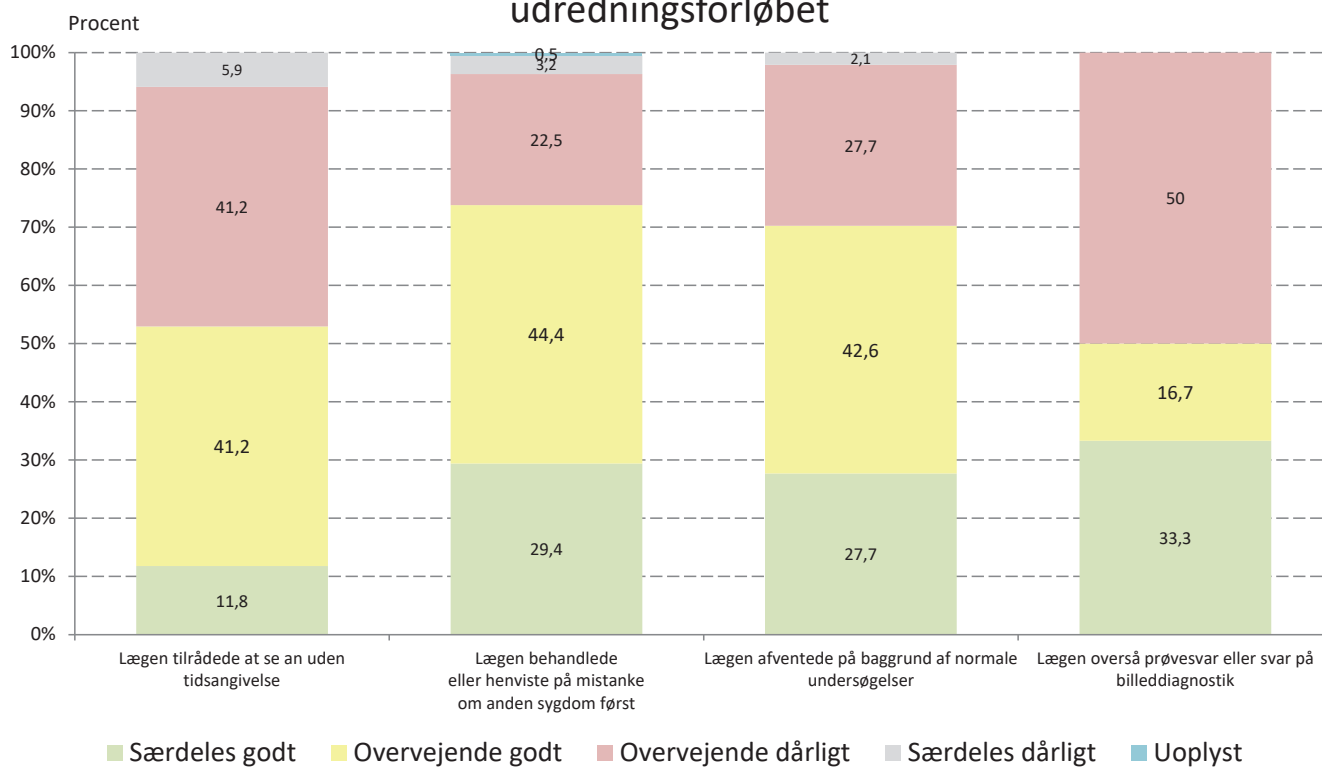


Vurdering i forhold til hændelser i udredningsforløbet

Vurdering af patientens adfærd i forløbet i forhold til hændelser i udredningsforløbet

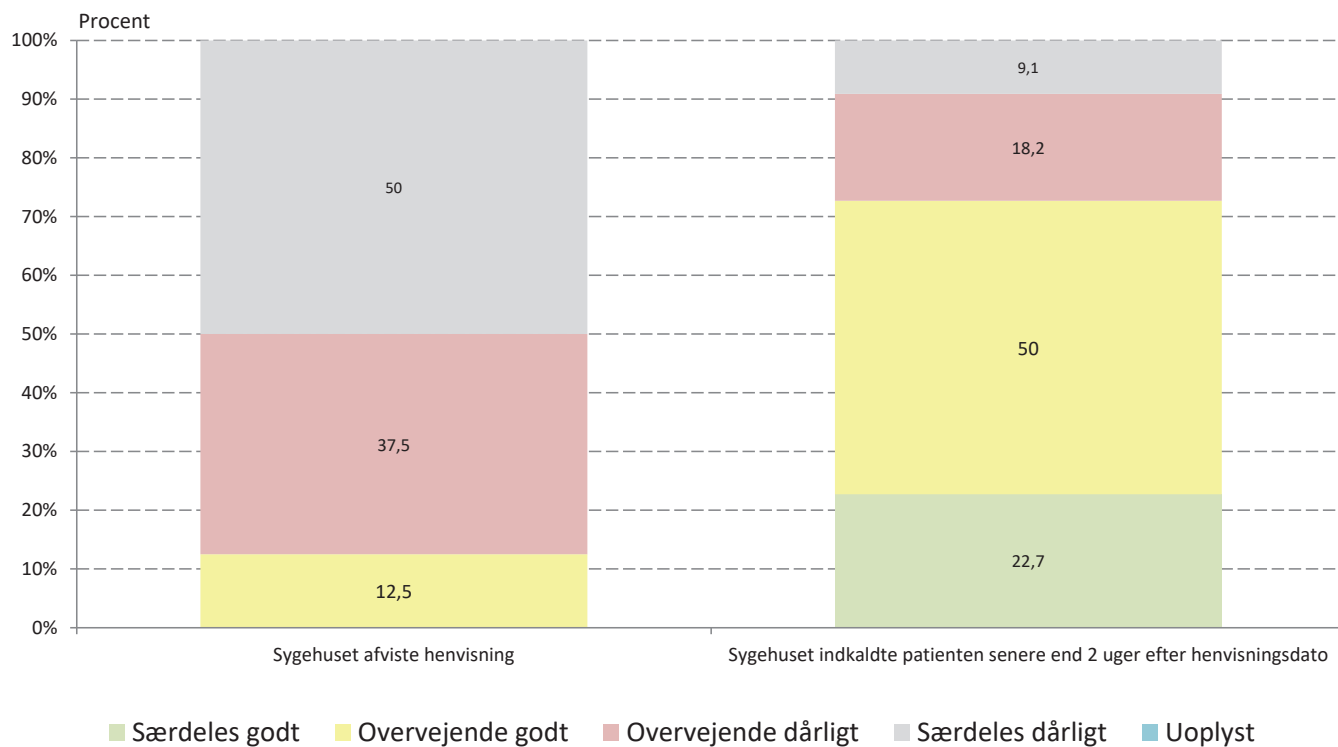


Vurdering af praksis' håndtering af forløbet i forhold til hændelser i udredningsforløbet



Vurdering i forhold til hændelser i udredningsforløbet

Vurdering af sektorovergangen i forhold til hændelser i udredningsforløbet



Samlede resultater i tabelform fordelt på køn

		Kvinde/pige		Mand/dreng	
		Antal	Procent	Antal	Procent
PATIENTENS KØN	Kvinde/pige	759	100,0%	0	0,0%
	Mand/dreng	0	0,0%	696	100,0%
I alt		759	100,0%	696	100,0%
EKSKLUSION	Patienten havde ikke nyopstået kræft på anførte diagnosedato	234	30,8%	160	23,0%
	Jeg har slet ingen journaloplysninger	6	0,8%	3	0,4%
	Inkluderede patienter	514	67,7%	528	75,9%
	Uoplyst	5	0,7%	5	0,7%
I alt		759	100,0%	696	100,0%
KRÆFTTYPE	Nervesystem/øje	13	2,5%	13	2,4%
	Hoved-hals	11	2,1%	22	4,1%
	Endokrin	17	3,3%	5	0,9%
	Lunger/lungehinde	67	12,9%	83	15,6%
	Bryst	144	27,7%	4	0,8%
	Øvre gastrointestinal	4	0,8%	25	4,7%
	Lever/galdeveje	13	2,5%	12	2,3%
	Bugspytkirtel	15	2,9%	21	3,9%
	Nedre gastrointestinal	64	12,3%	59	11,1%
	Urologisk	17	3,3%	45	8,4%
	Mandligt kønsorgan	0	0,0%	152	28,5%
	Gynækologisk	42	8,1%	0	0,0%
	Melanom	46	8,9%	19	3,6%
	Andre	4	0,8%	2	0,4%
	Hæmatologisk	42	8,1%	49	9,2%
	Metastase	20	3,9%	22	4,1%
I alt		519	100,0%	533	100,0%
HVOR HENVENDTE PATIENTEN SIG FØRST	Lægevagten/anden almen læge (fx vagtring eller tidl. læge)	16	3,1%	34	6,4%
	Praktiserende speciallæge (ikke alment praktiserende læge)	8	1,5%	5	0,9%
	Sygehus (inkl. skadestue, 112, i ambulatorie eller under indlæggelse)	55	10,6%	65	12,2%
	Ingen symptomer, kræft påvist ved screening (bryst, kolorectal eller cervix)	63	12,1%	12	2,3%
	Ved ikke hvor patienten henvendte sig første gang	4	0,8%	1	0,2%
	Egen læge (Min/vores praksis)	368	70,9%	411	77,1%
	Uoplyst/flere x	5	1,0%	5	0,9%
I alt		519	100,0%	533	100,0%
DE FØRSTE SYMPTOMER ELLER TEGN	Uspecifikke eller almene symptomer på kræft	130	35,3%	188	45,7%
	Specifikke alarmsymptomer for kræfttypen	225	61,1%	189	46,0%
	Ingen symptomer	32	8,7%	48	11,7%
	Ved ikke	3	0,8%	11	2,7%
	Uoplyst	6	1,6%	6	1,5%
I alt		368	107,6%	411	107,5%

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	28	7,6%	34	8,3%
	Patienten har ikke ønsket udredning	8	2,2%	15	3,6%
	Patienten overholdt ikke aftale om opfølgning	4	1,1%	18	4,4%
	Lægen tilrådede at se an uden tidsangivelse	16	4,3%	18	4,4%
	Lægen beh. eller henviste på mistanke om anden sygdom først	84	22,8%	103	25,1%
	Lægen afventede på baggrund af normale undersøgelser	22	6,0%	25	6,1%
	Lægen overså prøvesvar eller svar på billeddiagnostik	0	0,0%	6	1,5%
	Lægen henviste til udredning på mistanke om anden type kræft først	12	3,3%	22	5,4%
	Sygehuset afviste henvisning	7	1,9%	1	0,2%
	Sygehuset indkaldte patienten senere end 2 uger efter henvis.dato	9	2,4%	13	3,2%
	Ingen af de forrige	189	51,4%	192	46,7%
	Uoplyst	31	8,4%	27	6,6%
I alt		368	111,4%	411	115,3%
FØRSTE HENVISNING I FORLØBET	Henvist i specifikt kræftpakkeforløb	173	47,0%	188	45,7%
	Henvist til diagnostisk center (i MAS-forløb)	18	4,9%	33	8,0%
	Henvist direkte til billeddiagnostik	83	22,6%	60	14,6%
	Henvist til speciallæge eller anden sygehusafdeling	42	11,4%	69	16,8%
	Indlagt akut	46	12,5%	47	11,4%
	Ingen af fornævnte	4	1,1%	9	2,2%
	Uoplyst	2	0,5%	5	1,2%
I alt		368	100,0%	411	100,0%
OVERORDNET VURDERING AF DET DIAGNOSTISKE FORLØB	Særdeles godt	220	59,8%	202	49,1%
	Overvejende godt	94	25,5%	142	34,5%
	Overvejende dårligt	42	11,4%	52	12,7%
	Særdeles dårligt	9	2,4%	9	2,2%
	Uoplyst	3	0,8%	6	1,5%
I alt		368	100,0%	411	100,0%
PATIENTENS ADFÆRD	Særdeles godt	231	62,8%	222	54,0%
	Overvejende godt	92	25,0%	106	25,8%
	Overvejende dårligt	34	9,2%	59	14,4%
	Særdeles dårligt	8	2,2%	17	4,1%
	Uoplyst	3	0,8%	7	1,7%
I alt		368	100,0%	411	100,0%
PRAKSIS HÅNTERING AF FORLØBET	Særdeles godt	257	69,8%	255	62,0%
	Overvejende godt	80	21,7%	108	26,3%
	Overvejende dårligt	22	6,0%	40	9,7%
	Særdeles dårligt	6	1,6%	3	0,7%
	Uoplyst	3	0,8%	5	1,2%
I alt		368	100,0%	411	100,0%
SEKTOROVERGANGE	Særdeles godt	290	78,8%	316	76,9%
	Overvejende godt	44	12,0%	62	15,1%
	Overvejende dårligt	17	4,6%	19	4,6%
	Særdeles dårligt	12	3,3%	7	1,7%
	Uoplyst	5	1,4%	7	1,7%
I alt		368	100,0%	411	100,0%
SEKUNDÆRSEKTORENS HÅNTERING AF FORLØBET	Særdeles godt	285	77,4%	313	76,2%
	Overvejende godt	47	12,8%	55	13,4%
	Overvejende dårligt	20	5,4%	27	6,6%
	Særdeles dårligt	12	3,3%	8	1,9%
	Uoplyst	4	1,1%	8	1,9%
I alt		368	100,0%	411	100,0%

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
Rygsmarter
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>Intrakraniel 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 næsekavitæt
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

