

Audit om tidlig opsporing af kræft i almen praksis



Svarrapport
59 praksis
Region Syddanmark
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
Dorte Ejg Jarbøl, praktiserende læge, professor, 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: 300

Audit om tidlig opsporing af kræft i almen praksis

- Et APO-projekt i samarbejde med indsatsen Tidlig Opsporing Af Kræft i Region Syddanmark -

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
Hyppeghed af symptomer	20
Hyppeghed af hændelser i udredningsforløb	22
Vurdering	26
Antal uger med symptomer forud for første kontakt	29
Kontakter	30
Patientforsinkelse	33
Læge-system-forsinkelse	35
Corona-nedlukning	37
Variationer	39
Samlede resultater fordelt på køn i tabelform.....	42
Registreringsskema	44
Vejledning til registreringsskemaer.....	45
Kræftdiagnostik symptomliste	47

Baggrund

Hvornår og hvordan opstår mistanken om kræft hos vores patienter? Opdager vi de tidlige symptomer på kræft i tide? Hvornår og hvordan henviser vi patienter der viser senere viser sig at have kræft? Og er der forskel på hvor optimalt tidlig opsporing og udredning forløber afhængig af kræfttype?

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 udredningen og behandlingen 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 specifikke 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. Henvender patienten sig ved symptomer på kræft, og hvornår? 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 kræftmistanken, 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. Særligt fokus er på udredning af- og samspillet om patienter, der ikke præsenterer sig med specifikke 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 kræftpatienterne.

Metode

Projektet blev til i samarbejde med den Regionale indsats ”Jo før Jo bedre i almen praksis – tidlig opsporing af kræft” under kræftstyregruppen i Region Syddanmark og blev udført som en retrospektiv journalaudit baseret på APO-metoden. Samtlige praktiserende læger i Region Syddanmark blev inviteret til at deltage i audit 2020. Grundet Covid-19 udskød vi audit et år, og alle praksis blev derfor geninviteret i december 2020. Forud for auditregistreringen blev der ved Region Syddanmark lavet et udtræk til en patientliste til den enkelte praksis indeholdende patienter diagnosticeret med kræft over en 2-årig periode (marts 2019-marts 2021). Patientlisten blev sendt til praksis’ E-boks, og var påtrykt løbenummer, CPR-nr, kræftdiagnose (på kræftgruppe-niveau) og diagnosetidspunkt. Metoden baseredes på patienternes diagnosekoder i Landspatientregistret.

Medio marts fik hvert lægehus desuden tilsendt registreringskemaer, m.v., som fysisk brev.

Eksklusion af patienter: Patienter med godartet hudkræft, kræftrecidiv (indenfor 5 år), eller manglende tilknytning til praksis på diagnosetidspunktet blev ekskluderet forud for udtrækket. Desuden blev patienter ekskluderede under registreringen, såfremt diagnosen eller diagnosetidspunktet ikke var korrekt, eller der ikke forelå journaloplysninger på patienten.

Registrering: Lægerne blev bedt om på et selvvalgt tidspunkt i marts-april 2021 at registrere patienternes kræftdiagnostiske forløb. For hver patient udfyldte den praktiserende læge en linje i registreringskemaet (se bagerst i rapporten). Hver deltagende læge blev honoreret med 1.800 kr. svarende til 2 timers journalarbejde per lægekapacitet.

Kursus: Alle deltagere inviteredes til et gratis heldagskursus, som bliver afholdt i maj og juni måned 4 forskellige steder i Region Syddanmark, geografisk placeret svarende til de 4 regionale Diagnostiske Centre/ udrætningsenheder.

På kurset mødes deltagende læger og personale med repræsentanter fra det lokale sygehus’ diagnostiske center samt radiologiske afdeling. Der udleveres en samlet rapport over de indsamlede resultater, samt et individuelt svar til hver deltagende praksis. Der vil blive holdt et oplæg om symptomer og kræft. Deltagerne arbejder i grupper med at diskutere rapportens indhold, cases og udveksle tips og tricks. Der vil være særskilt kursusaktivitet for praksispersonalet som en del af kurset.

Resultat

I alt 67 praksis tilmeldte sig audit. 59 praksis (ydernumre) deltog i registreringen. Heraf 8 fra Sydvestjysk Sygehus' optage-område, 15 praksis fra Sygehus Sønderjyllands optageområde, 28 praksis fra Odense Universitetshospitals optageområde og 8 praksis fra Sygehus Lillebælts optageområde.

Mere en 100 læger og 50 praksispersonaler har i første omgang tilmeldt sig et af de fire opfølgingskurser.

Der blev registreret i alt 3.173 forløb. 2.898 forløb relaterede til patienter med nydiagnosticeret kræft fra perioden 1. marts 2019 til 1. marts 2021, heraf var udredningsforløbet startet ved egen læge hos i alt 2.077 kræftpatienter. 275 blev ekskluderet pga. forkert tidspunkt eller manglende journaloplysninger.

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 kan finde sin egen praksis' resultat i forhold til de øvrige deltagers.

Arbejdsgruppe

- 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, symptomforsker, 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
- Ajmal Orya, afdelingslæge, Sydvestjysk Sygehus
- Mikael Frederiksen, specialeansvarlig overlæge, Afsnit for Blodsygdomme, Sygehus Sønderjylland
- Bent Andersen, specialeansvarlig overlæge, Diagnostisk Center Sygehus Lillebælt
- Peter Thye Rønn, specialeansvarlig overlæge, Diagnostisk Center OUH
- Jesper Lykkegaard, praktiserende læge, lektor, Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet, leder af APO

Finansiering

Projektet finansieres af den Regionale indsats "Jo før Jo bedre i almen praksis – tidlig opsporing af kræft" under kræftstyregruppen i Region Syddanmark.

Samlede resultater i tabelform

		Antal	Procent
PATIENTENS KØN	Kvinde/pige	1568	49,4%
	Mand/dreng	1605	50,6%
I alt		3173	100,0%
EKSKLUSION	Patienten havde ikke nyopstået kræft på anførte diagnosedato	256	8,1%
	Jeg har slet ingen journaloplysninger	19	0,6%
	Inkluderede patienter	2892	91,1%
	Uoplyst	6	0,2%
I alt		3173	100,0%
KRÆFTTYPE	Nervesystem/øje	70	2,2%
	Hoved-hals	108	3,4%
	Endokrin	36	1,1%
	Lunger/lungehinde	432	13,6%
	Bryst	447	14,1%
	Øvre gastrointestinal	100	3,2%
	Lever/galdeveje	58	1,8%
	Bugspytkirtel	112	3,5%
	Nedre gastrointestinal	408	12,9%
	Urologisk	174	5,5%
	Mandligt kønsorgan	390	12,3%
	Gynækologisk	138	4,3%
	Melanom	314	9,9%
	Andre	24	0,8%
	Hæmatologisk	313	9,9%
	Metastase	49	1,5%
I alt		3173	100,0%
HVOR HENVENDTE PATIENTEN SIG FØRST	Lægevagten/anden almen læge (fx vagtring eller tidl. læge)	130	4,5%
	Praktiserende speciallæge (ikke alment praktiserende læge)	62	2,1%
	Sygehus (inkl. skadestue, 112, i ambulatorie eller under indlæggelse)	383	13,2%
	Ingen symptomer, kræft påvist ved screening (bryst, kolorectal eller cervix)	222	7,7%
	Ved ikke hvor patienten henvendte sig første gang	18	0,6%
	Egen læge (Min/vores praksis)	2077	71,7%
	Uoplyst/flere x	6	0,2%
I alt		2898	100,0%
DE FØRSTE SYMPTOMER ELLER TEGN	Uspecifikke eller almene symptomer på kræft	833	40,1%
	Specifikke alarmsymptomer for kræfttypen	1100	53,0%
	Ingen symptomer	179	8,6%
	Ved ikke	40	1,9%
	Uoplyst	20	1,0%
I alt		2077	104,6%

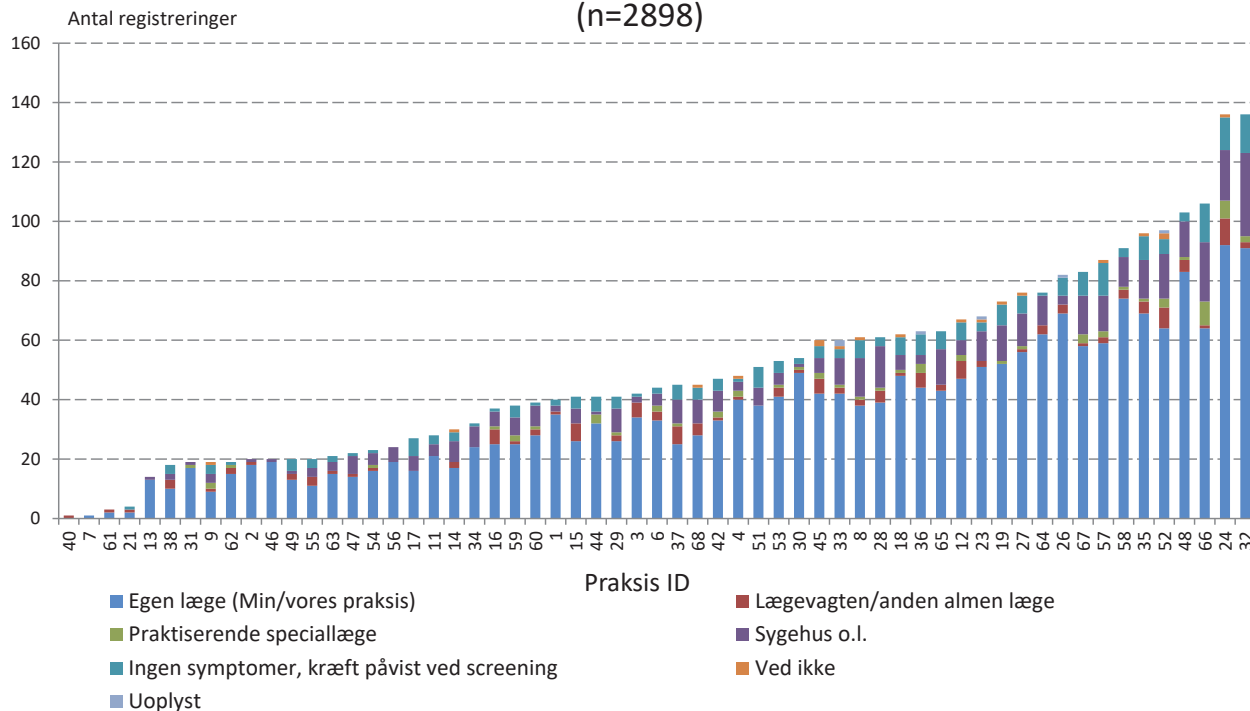
Samlede resultater i tabelform

		Antal	Procent
HÆNDELSER I UDRETNINGSFORLØBET	Patienten beskrev, at han/hun havde tøvet med at søge læge	208	10,0%
	Patienten har ikke ønsket udredning	85	4,1%
	Patienten overholdt ikke aftale om opfølgning	66	3,2%
	Lægen tilrådede at se an uden tidsangivelse	69	3,3%
	Lægen behandlede eller henviste på mistanke om anden sygdom først	557	26,8%
	Lægen afventede på baggrund af normale undersøgelser	114	5,5%
	Lægen overså prøvesvar eller svar på billeddiagnostik	15	0,7%
	Lægen henviste til udredning på mistanke om anden type kræft først	97	4,7%
	Sygehuset afviste henvisning	12	0,6%
	Sygehuset indkaldte patienten senere end 2 uger efter henvisningsdato	58	2,8%
	Ingen af de forrige	898	43,2%
	Uoplyst	169	8,1%
I alt		2077	113,1%
FØRSTE HENVISNING I FORLØBET	Henvist i specifikt kræftpakkeforløb	902	43,4%
	Henvist til diagnostisk center (i MAS-forløb)	90	4,3%
	Henvist direkte til billeddiagnostik	354	17,0%
	Henvist til speciallæge eller anden sygehusafdeling	477	23,0%
	Indlagt akut	196	9,4%
	Ingen af førnævnte	40	1,9%
	Uoplyst	18	0,9%
I alt		2077	100,0%
OVERORDNET VURDERING AF DET DIAGNOSTISKE FORLØB	Særdeles godt	1119	53,9%
	Overvejende godt	689	33,2%
	Overvejende dårligt	219	10,5%
	Særdeles dårligt	36	1,7%
	Uoplyst	14	0,7%
I alt		2077	100,0%
VURDERING AF PATIENTENS ADFÆRD	Særdeles godt	1276	61,4%
	Overvejende godt	518	24,9%
	Overvejende dårligt	200	9,6%
	Særdeles dårligt	68	3,3%
	Uoplyst	15	0,7%
I alt		2077	100,0%
VURDERING AF PRAKSIS HÅNDBTERING AF FORLØBET	Særdeles godt	1404	67,6%
	Overvejende godt	536	25,8%
	Overvejende dårligt	114	5,5%
	Særdeles dårligt	8	0,4%
	Uoplyst	15	0,7%
I alt		2077	100,0%
VURDERING AF SEKTOROVERGANGE	Særdeles godt	1599	77,0%
	Overvejende godt	353	17,0%
	Overvejende dårligt	89	4,3%
	Særdeles dårligt	20	1,0%
	Uoplyst	16	0,8%
I alt		2077	100,0%
VURDERING AF SEKUNDÆRSEKTORENS HÅNDBTERING AF FORLØBET	Særdeles godt	1541	74,2%
	Overvejende godt	373	18,0%
	Overvejende dårligt	104	5,0%
	Særdeles dårligt	29	1,4%
	Uoplyst	30	1,4%
I alt		2077	100,0%

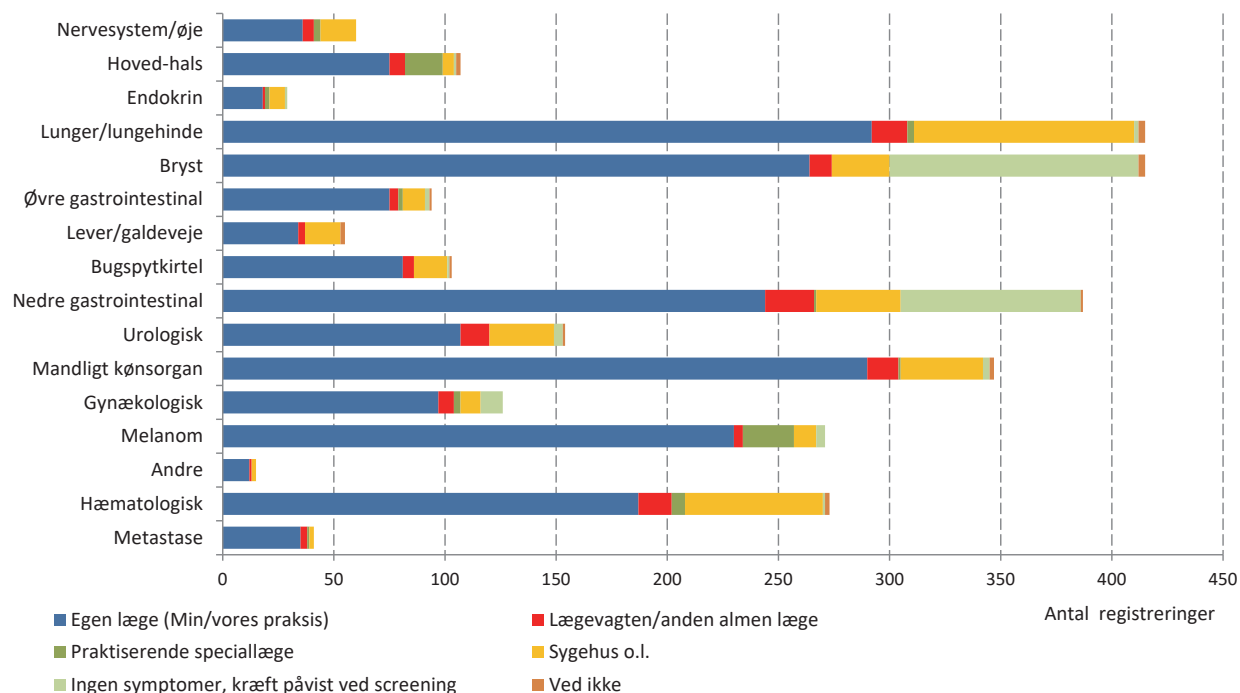
Antal registreringer

Langt størstedelen af patienter med kræft henvender sig først hos egen læge. Ved brystkræft og nedre GI-kræft starter forløbet, ikke helt overraskende, næst hyppigst på baggrund af screeningsundersøgelse. Udredningsforløb for melanomer og hoved-hals kræft 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 og hæmatologiske kræfttyper.

Antal registreringer per praksis i forhold til hvor pt. henvendte sig første gang (n=2898)



Hvor henvendte patienten sig første gang med symptomer eller tegn, du bagudrettet skønner kunne skyldes kræften? (N=2898)

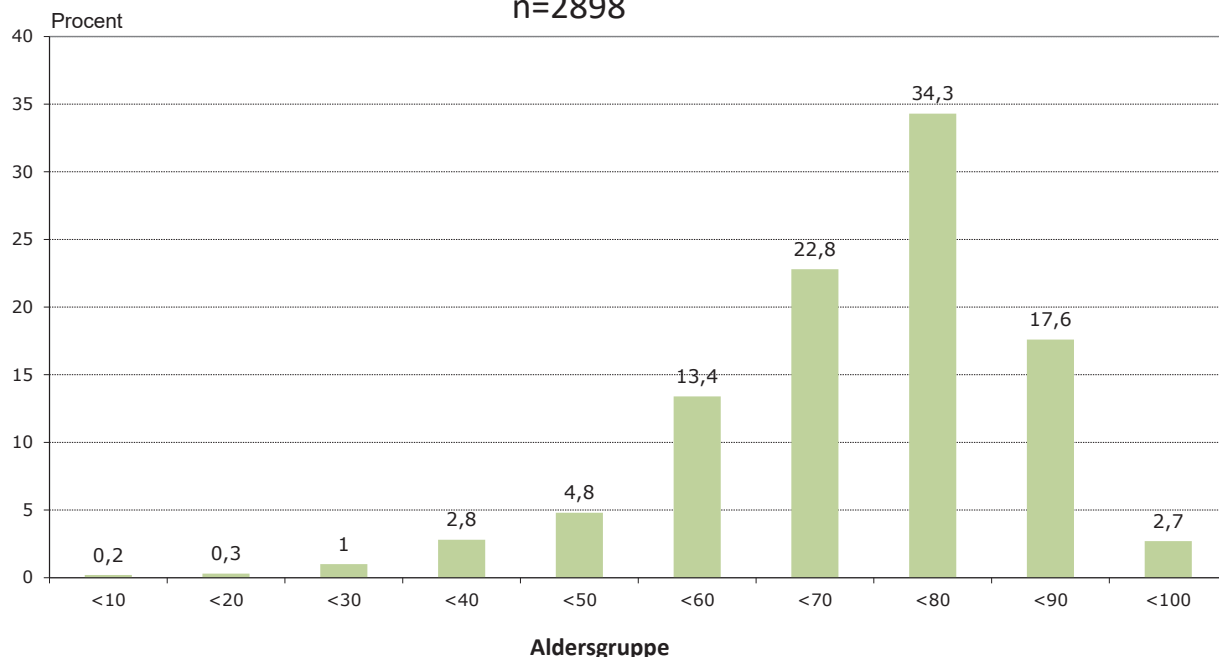


Alder og køn

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 børn og 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. Højere forekomst af kræft blandt kvinder over 90 år skyldes at kvinder lever længere end mænd, og ikke at de hyppigere får kræft i høj alder.

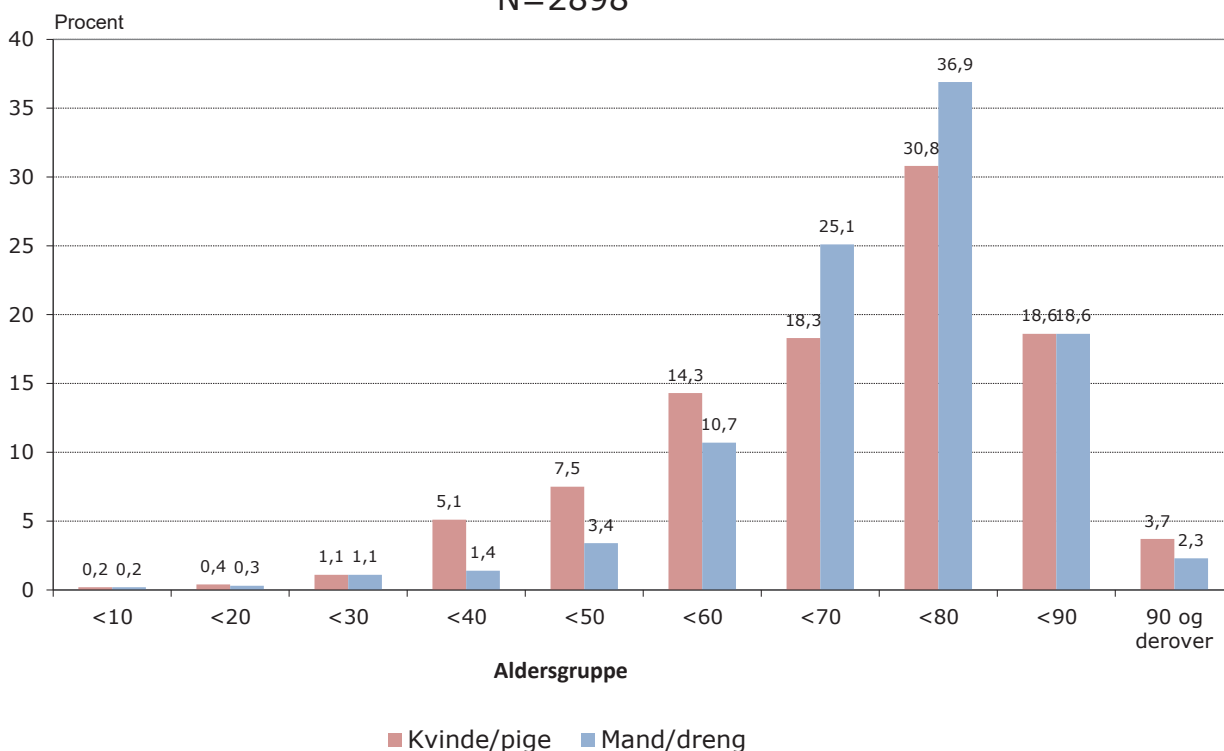
Alder ved diagnose

n=2898



Alder ved diagnose i forhold til køn

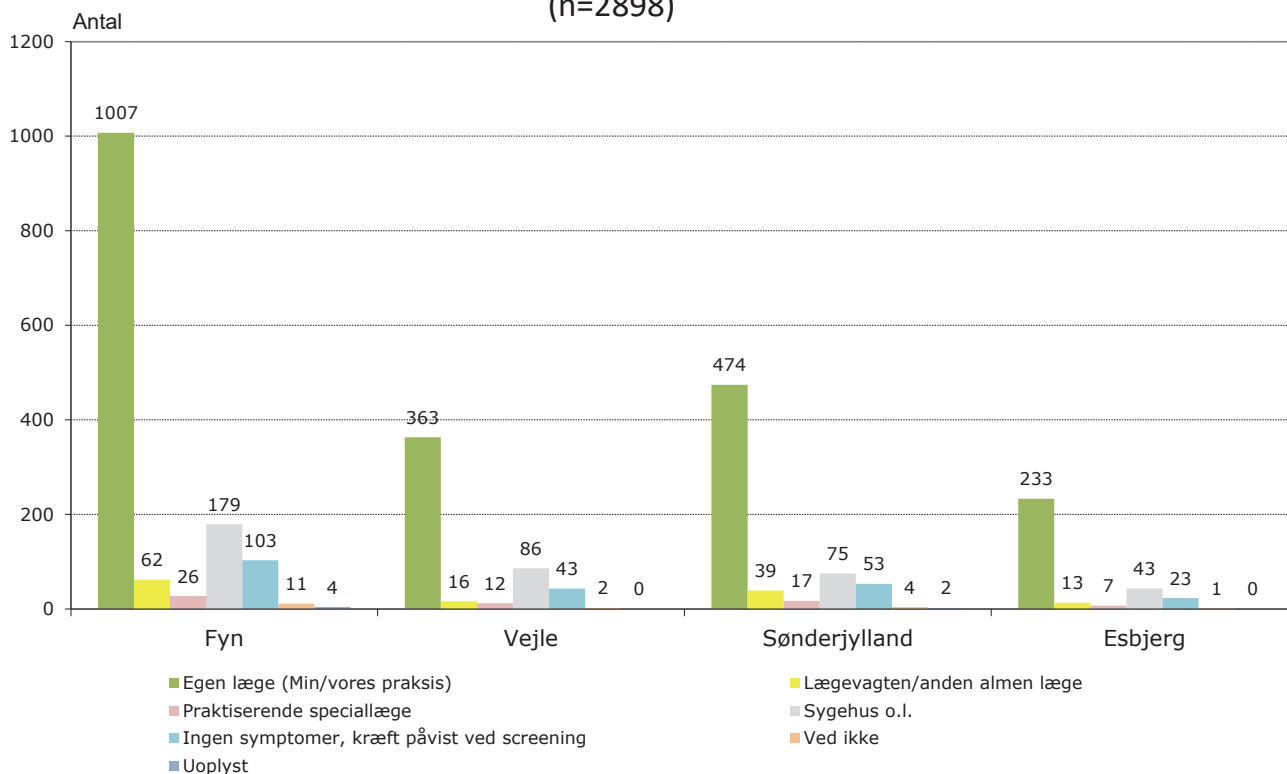
N=2898



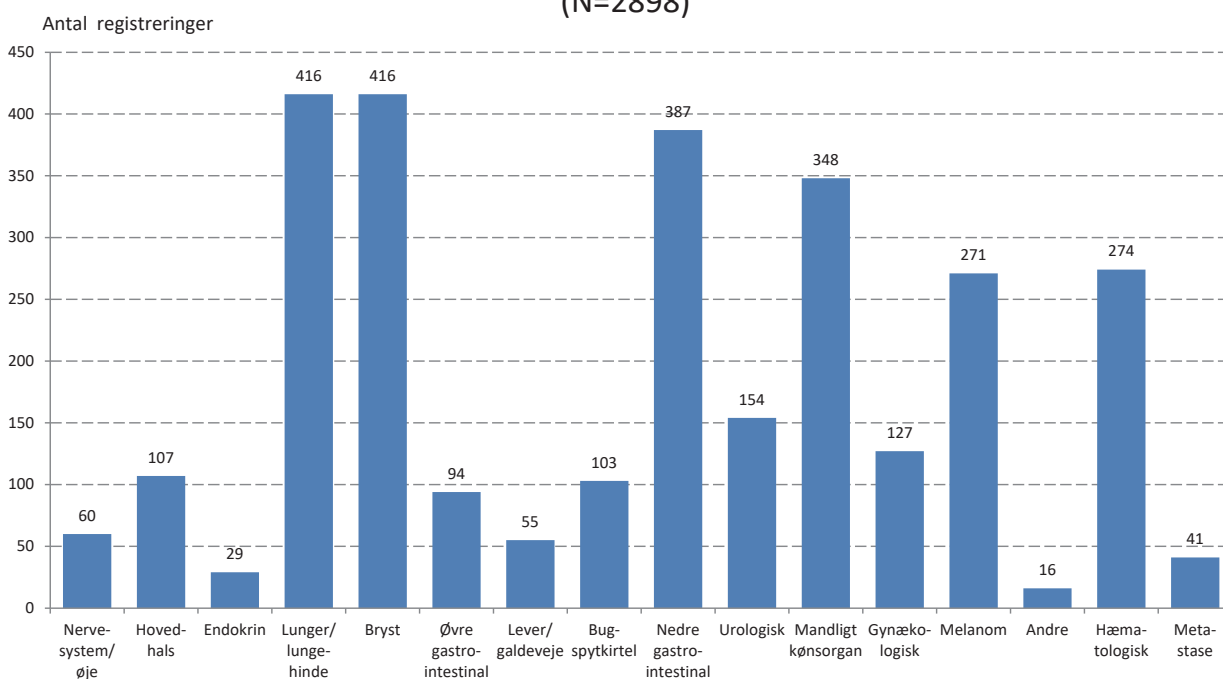
Antal registreringer

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

Antal registreringer per område (n=2898)



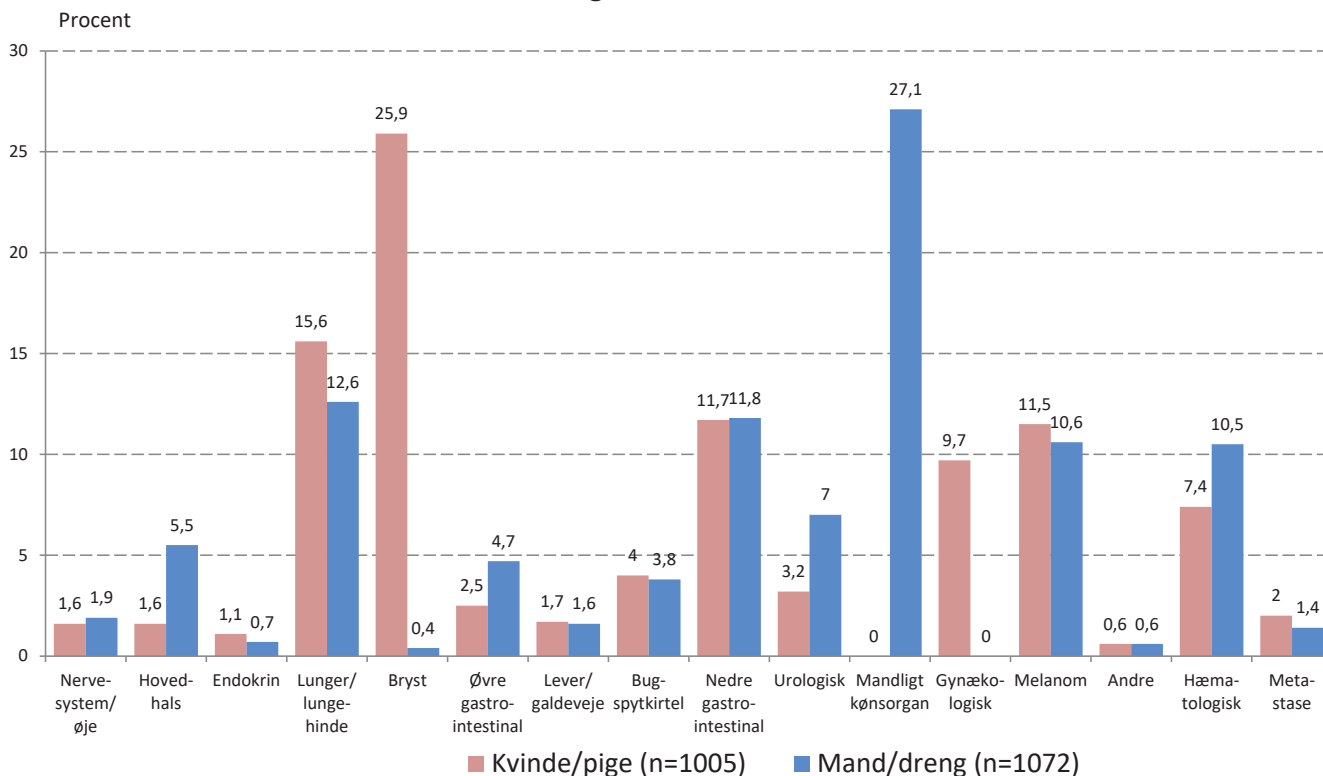
Cancerdiagnose (N=2898)



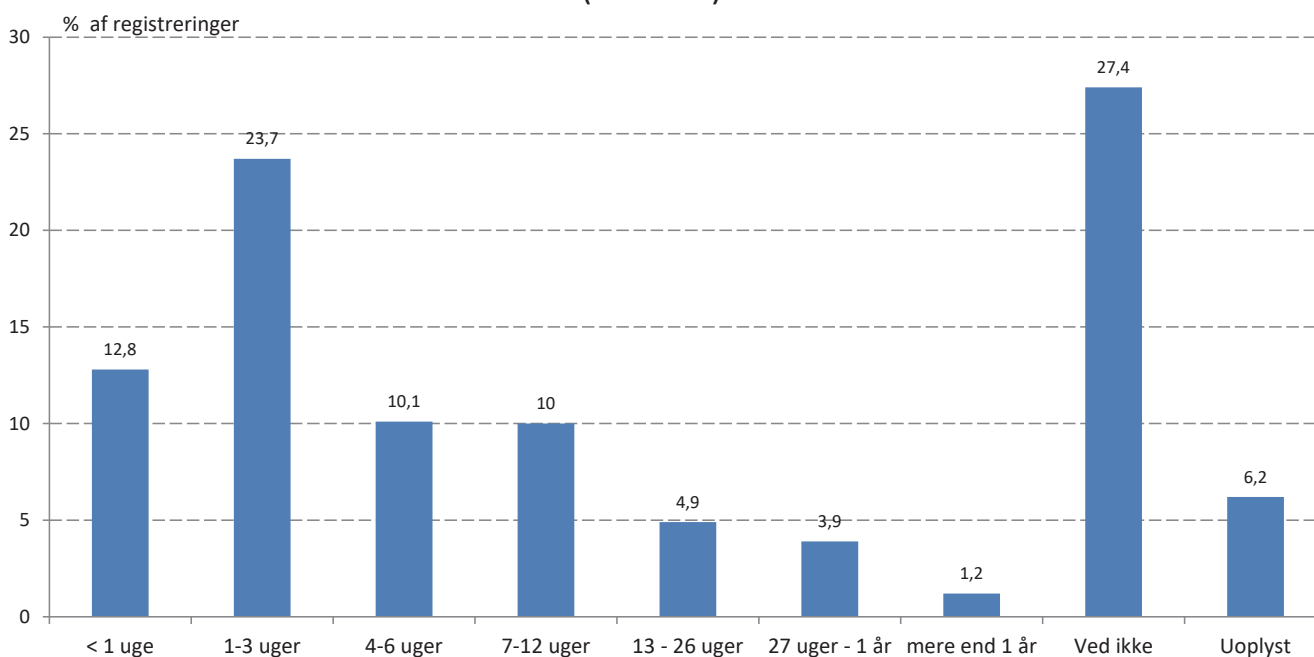
Antal uger med symptomer

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. 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 melanom står for de fleste kræftdiagnoser blandt kvinderne. Blandt mændene er kræft i mandligt kønsorgan, lunge-, nedre GI- og hæmatologisk kræft, samt melanom de hyppigst forekommende.

Cancerdiagnose i forhold til køn

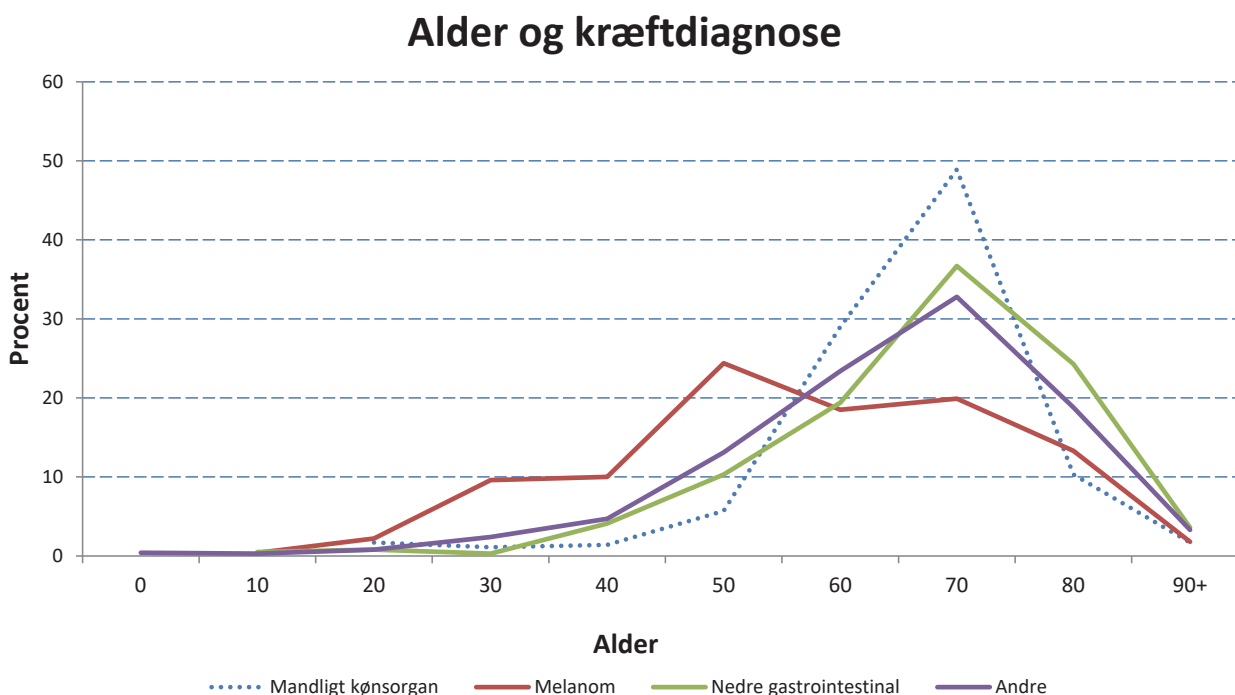
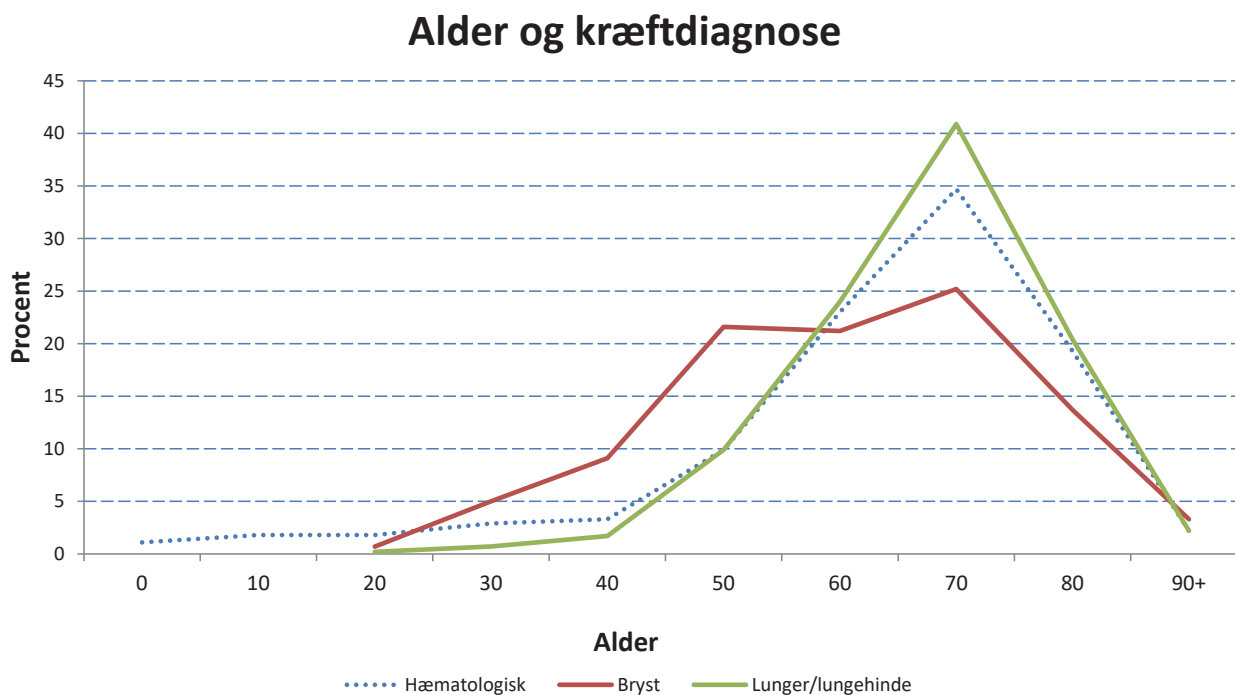


Antal uger med symptomer
(N=2077)



Alder og kræftdiagnose

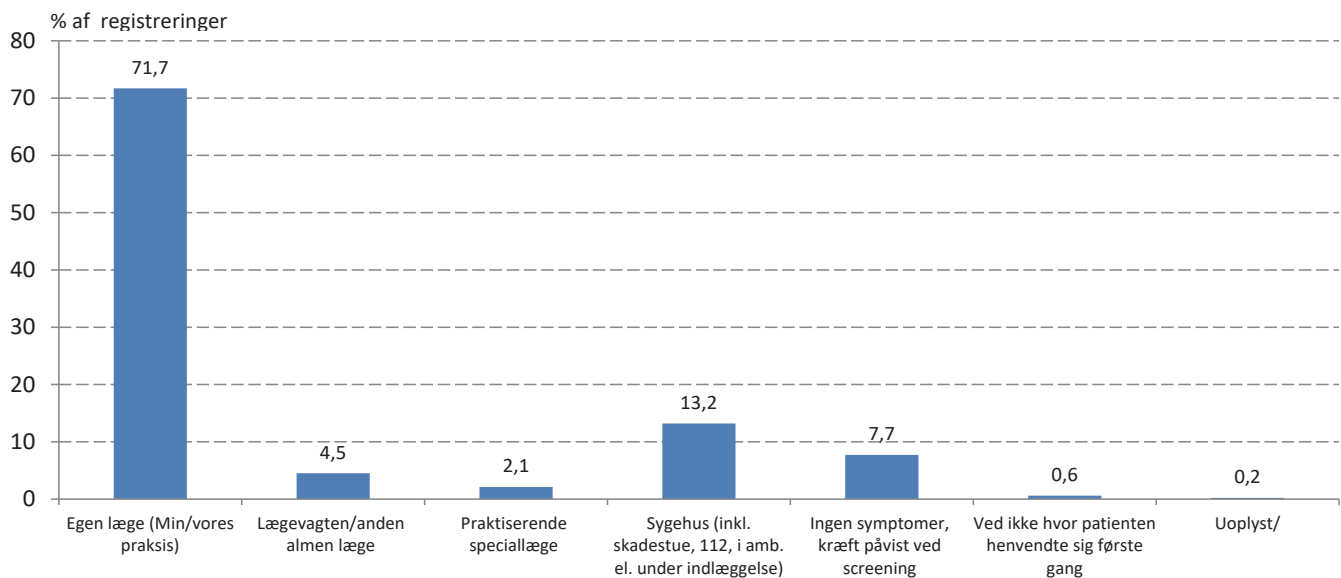
Børn og unge diagnosticeres typisk med hæmatologiske kræfttyper, samt andre mere sjældne kræftformer som eksempelvis kræft i knogler og bløddele. Melanomer forekommer jævnt fordelt over alle aldersgrupper, dog hyppigst blandt de 40-60-årige. Generelt ses forekomsten af de fleste kræfttyper at stige fra 40-50-årsalderen, med højest forekomst i 70-årsalderen.



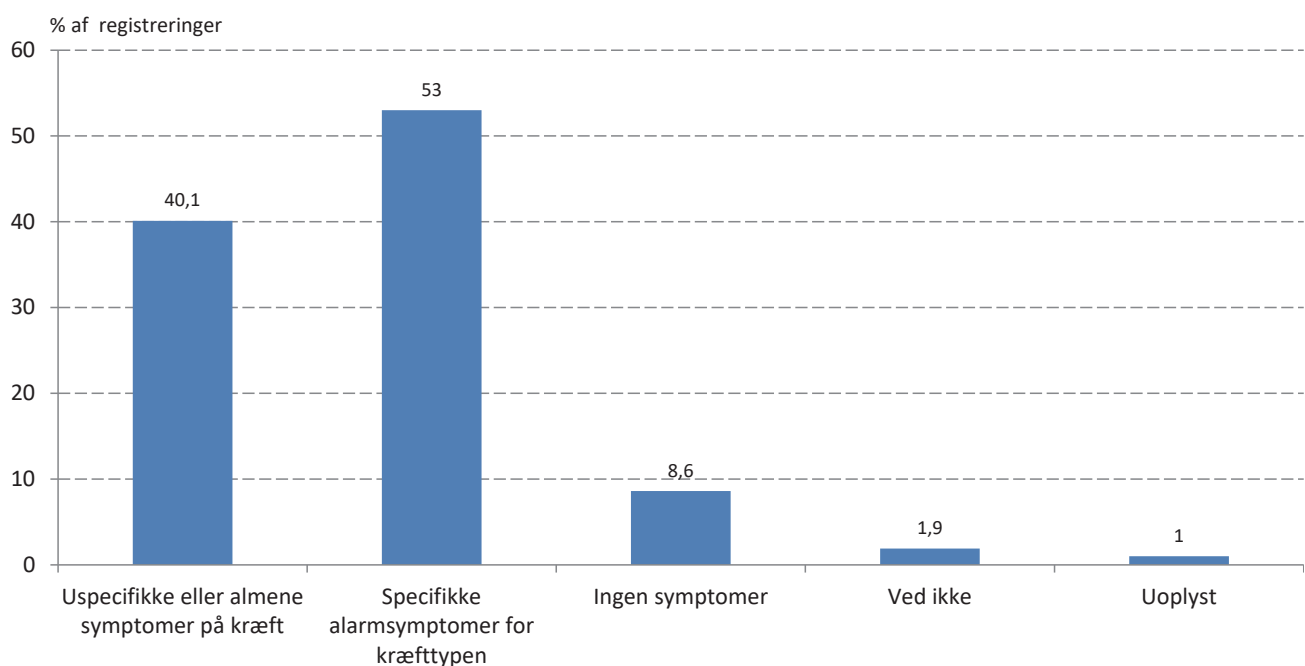
Samlede resultater

Mere end 70% af kræftudredningsforløbene startede hos egen læge i almen praksis. Lidt over halvdelen af disse patienter henvendte sig med organspecifikke alarmsymptomer, mens 40% havde uspecifikke eller almene kræftsymptomer. 8% 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=2898)



De første symptomer eller tegn du bagudrettet skønner kunne skyldes kræften (N=2077)



Samlede resultater

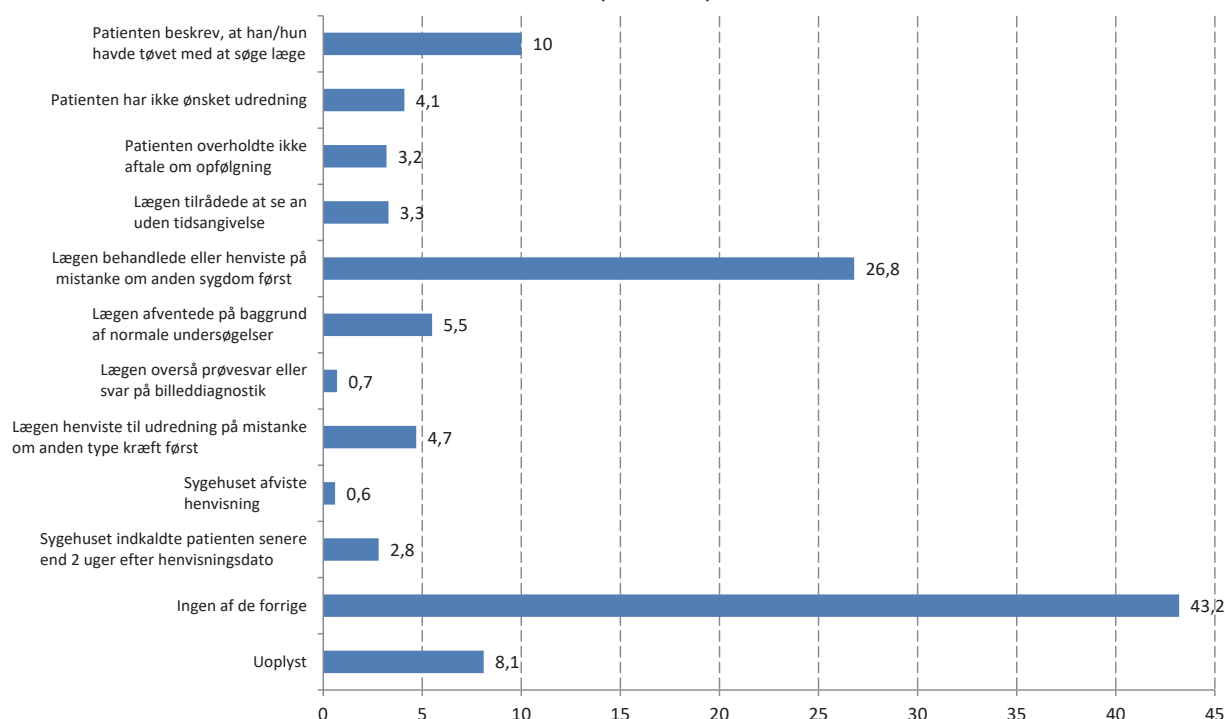
Hver tiende kræftpatient har beskrevet at have tøvet med at søge læge. Desuden ses det, at ud af de utallige prøver og billeddiagnostiske udredninger praktiserende læger dagligt bestiller, er det yderst sjældent at et vigtigt svar overses, ligesom det kun meget sjældent forekommer at en henvisning på 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, idet dette sker i hvert fjerde udredningsforløb.

Når kræftudredningsforløbet starter hos egen læge, henvises næsten halvdelen af patienterne i specifikt pakkeforløb eller i MAS forløb til diagnostisk center ved første henvisning. Knap hver 10. patient indlægges akut.

Hændelser i udredningsforløbet

(N=2077)

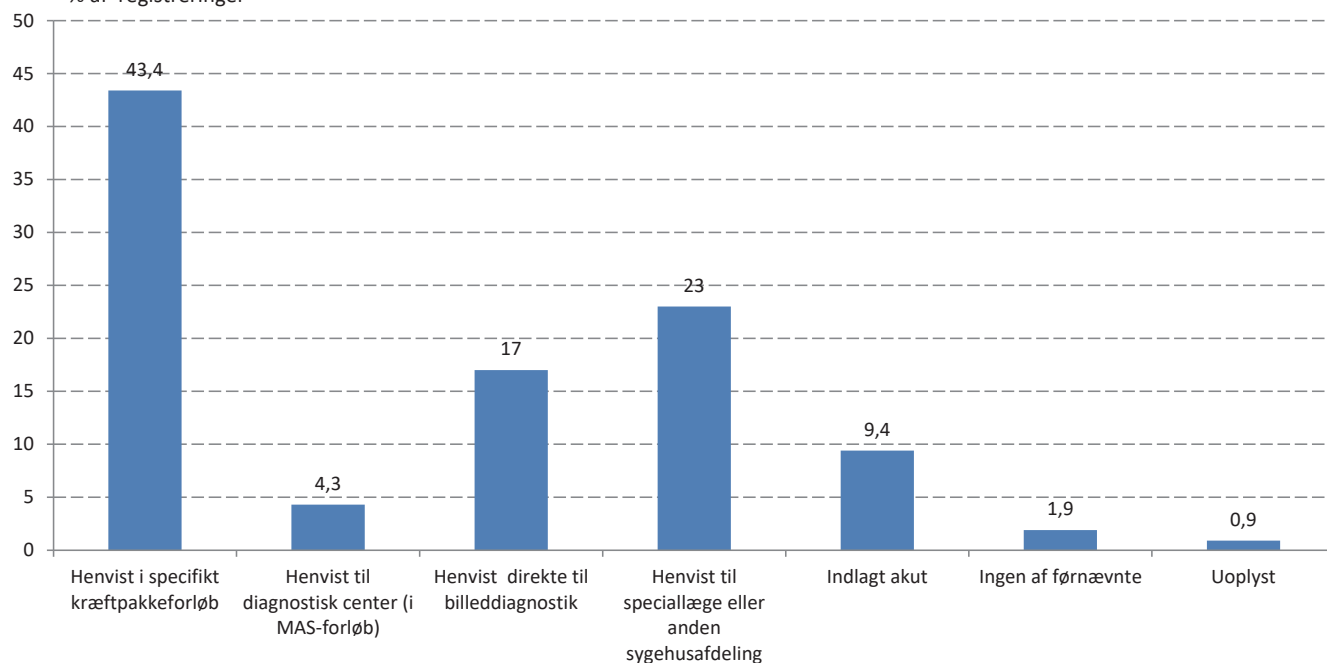
% af registreringer



Den praktiserende læges første henvisning i forløbet

(N=2077)

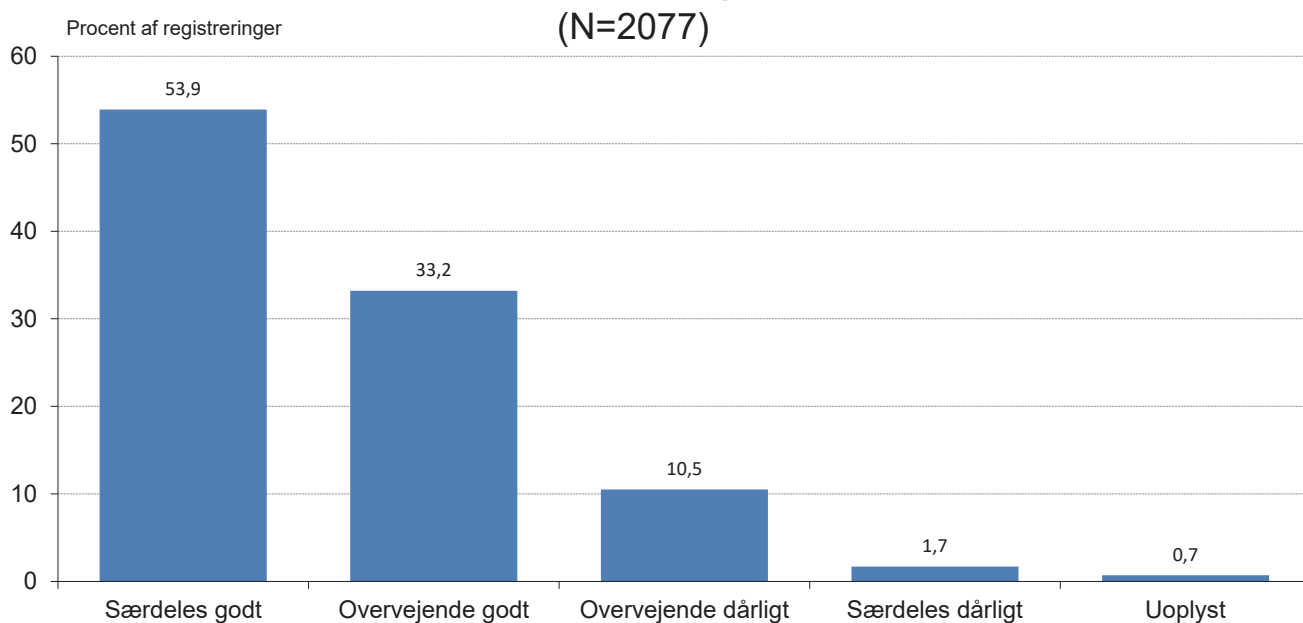
% af registreringer



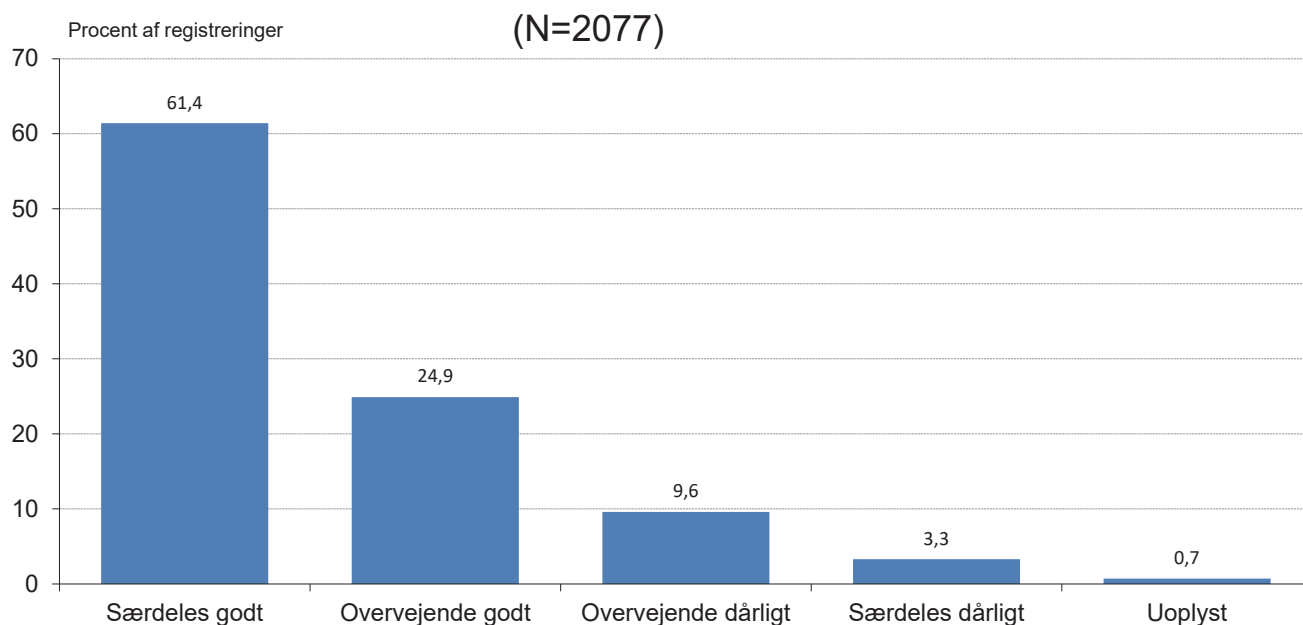
Samlede resultater - Vurdering af det diagnostiske forløb

Langt de fleste forløb blev af lægen overordnet 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 ses at patientens adfærd i forløbet oftere vurderes som værende "Overvejende dårligt" eller "Særdeles dårligt".

Overordnet vurdering af forløbet



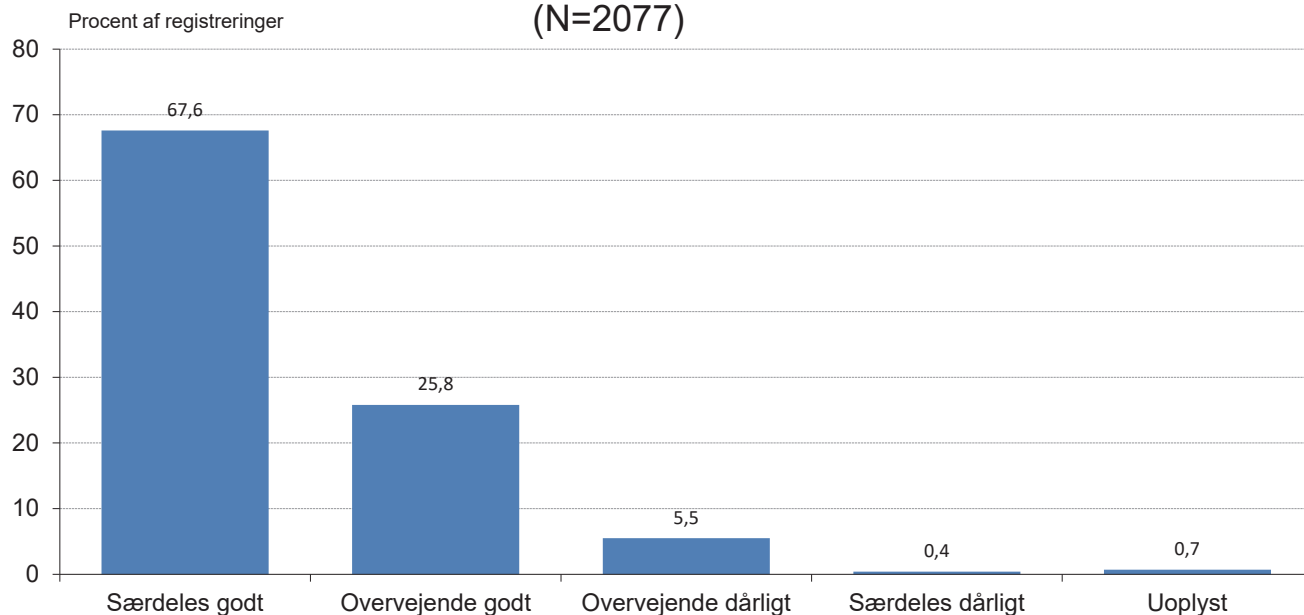
Patientens adfærd i forløbet



Samlede resultater - Vurdering af det diagnostiske forløb

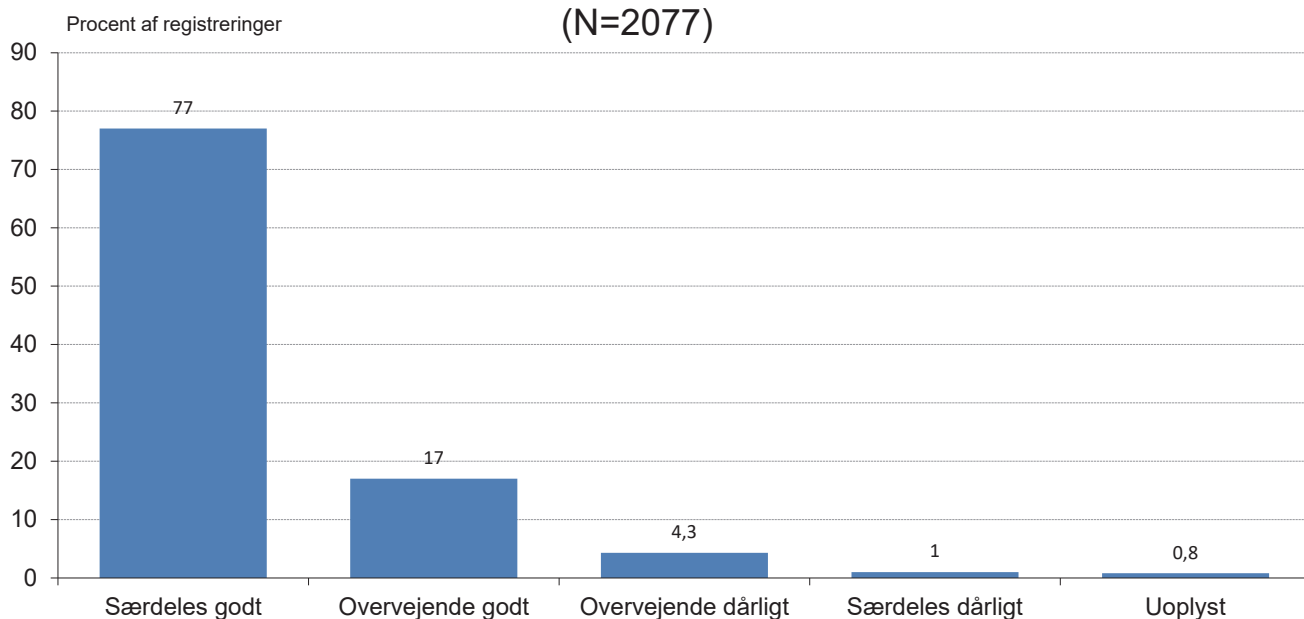
Praksis' håndtering af forløbet

(N=2077)

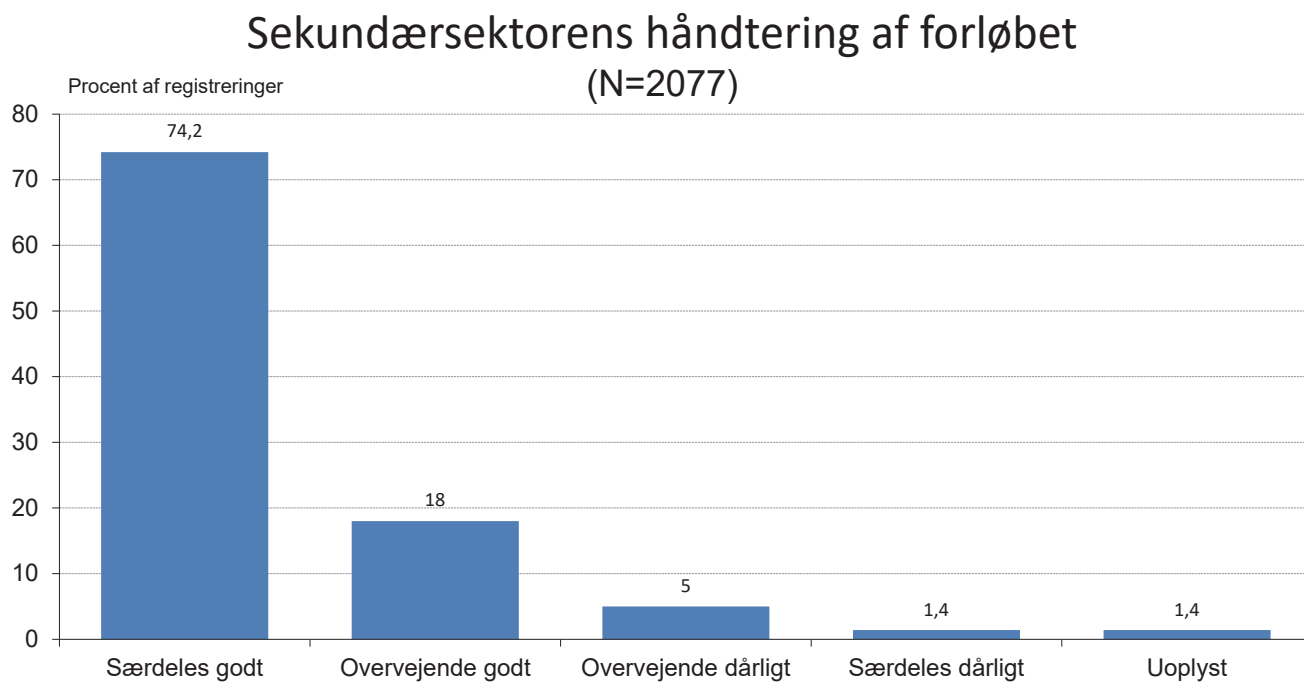


Sektorovergange

(N=2077)



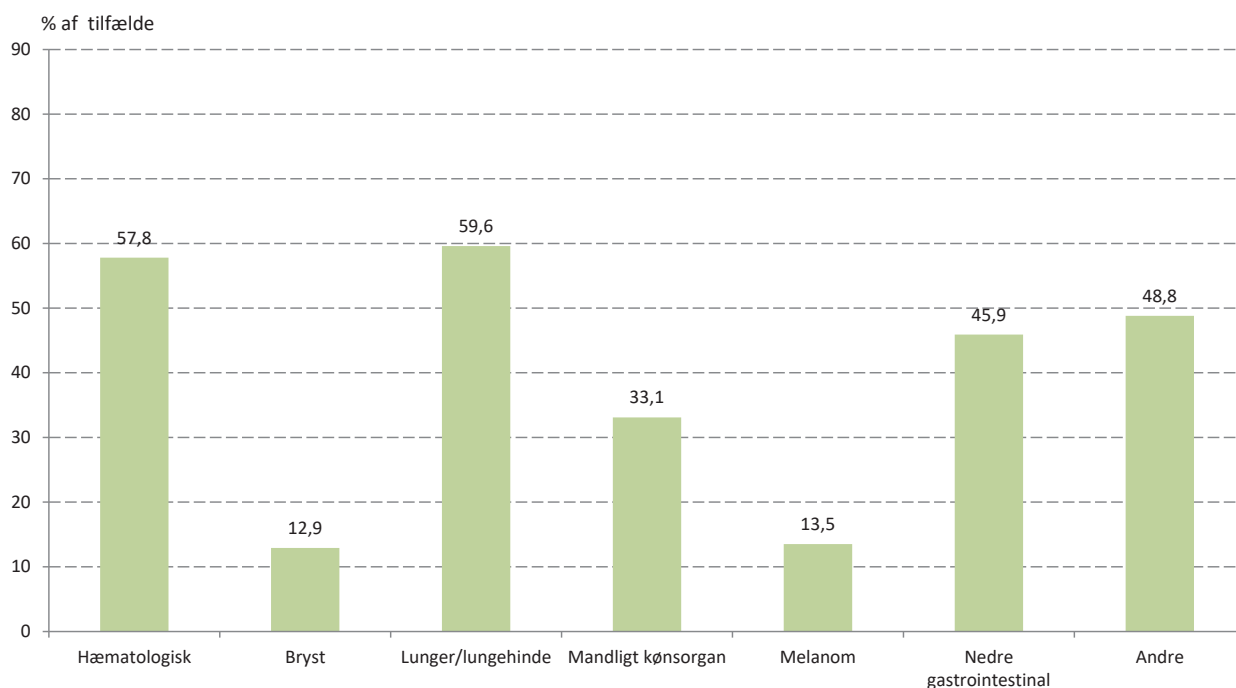
Samlede resultater - Vurdering af det diagnostiske forløb



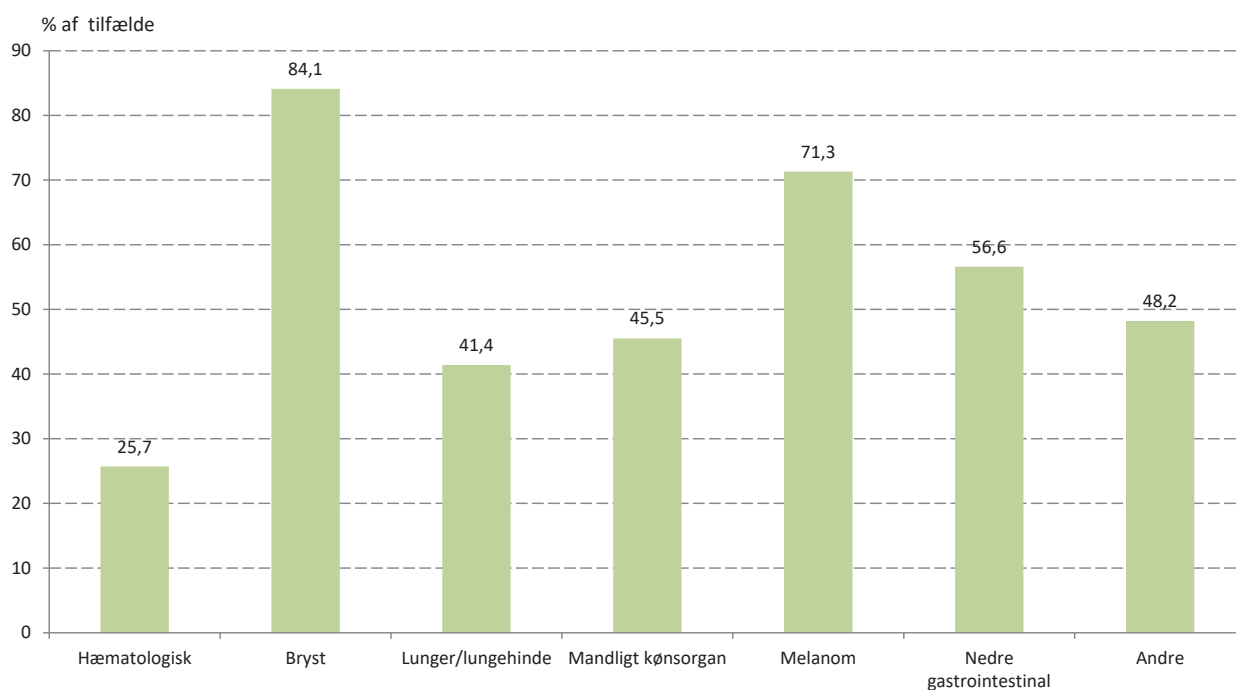
Hyppighed af symptomer

Nogle kræftformer præsenterer sig oftere med uspecifikke eller almene symptomer, som eksempelvis hæmatologiske kræfttyper og lungekræft. De specifikke alarmsymptomer ses hyppigere ved brystkræft og melanom.

% Uspecifikke eller almene symptomer på kræft
(N=2077)



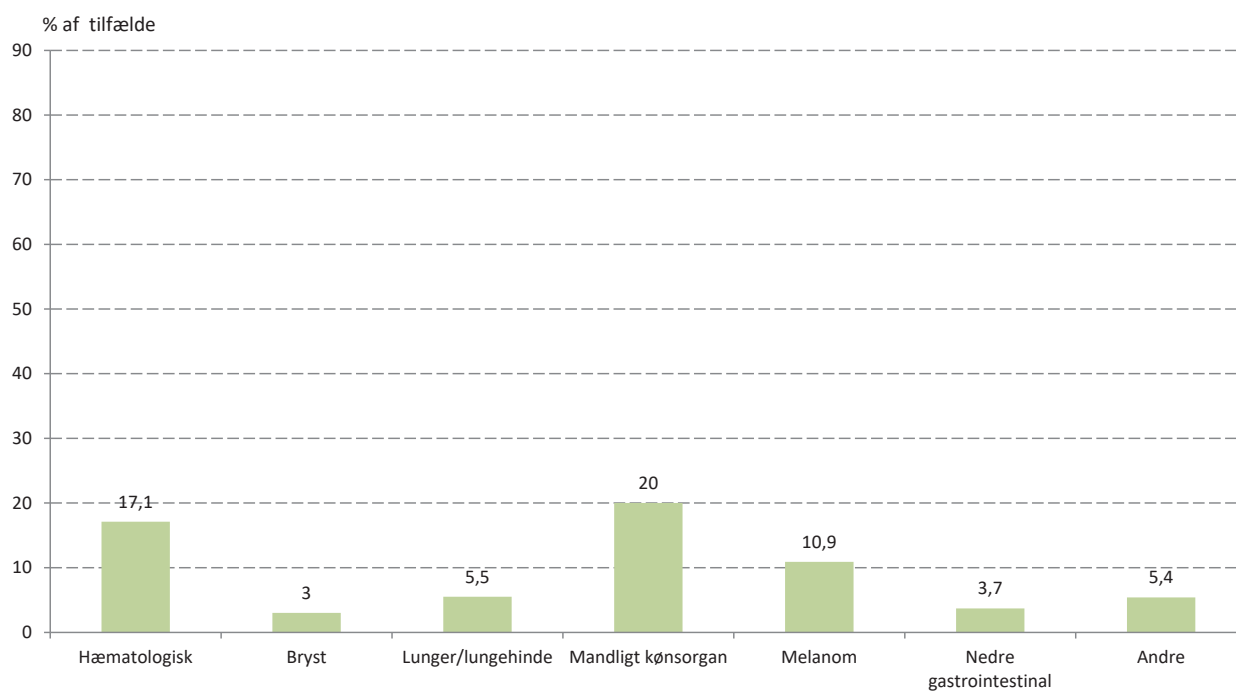
% Specifikke alarmsymptomer for kræfttypen
(N=2077)



Hyppighed af symptomer

Ofte opdages kræften også på baggrund af tilfældige fund ved den objektive undersøgelse, blodprøver eller billeddiagnostik, uden der er tale om screeningsprogrammer. Som det fremgår af tabellen, findes ca. hvert tiende melanom af lægen, og ikke på foranledning af patienten. Knap hver femte hæmatologiske kræft findes ligeledes tilfældigt, formentligt oftest i blodprøvesvar.

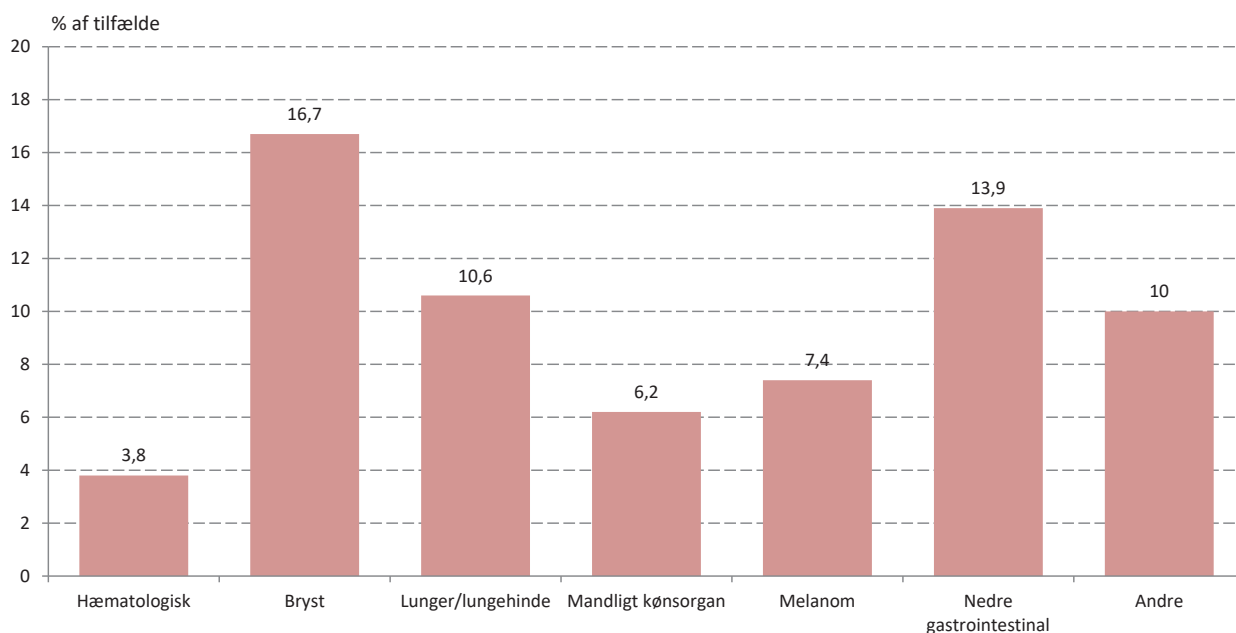
% Ingen symptomer (N=2077)



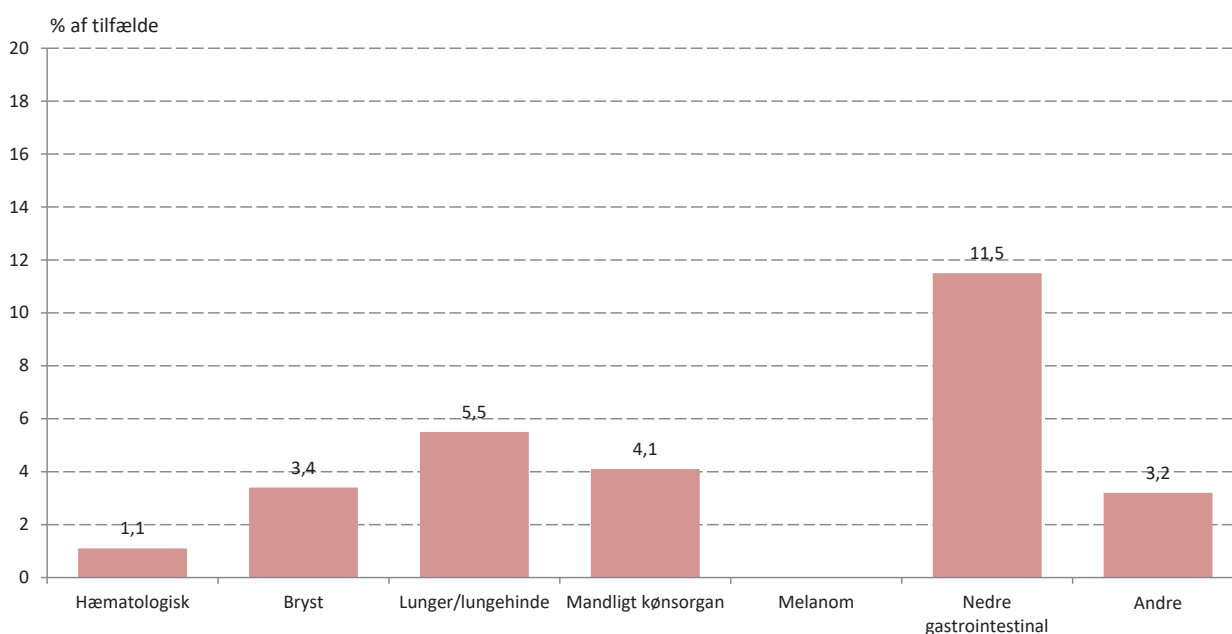
Hyppighed af hændelser i udredningsforløb

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. Af tabellen ses at en andel af patienter med brystkræft eller nedre GI kræft havde tøvet med at søge læge. Flere lungekræftpatienter tøver også med at søge læge.

% Patienten beskrev, at han/hun havde tøvet med at søge læge
(n=2077)



% Patienten har ikke ønsket udredning
(n=2077)

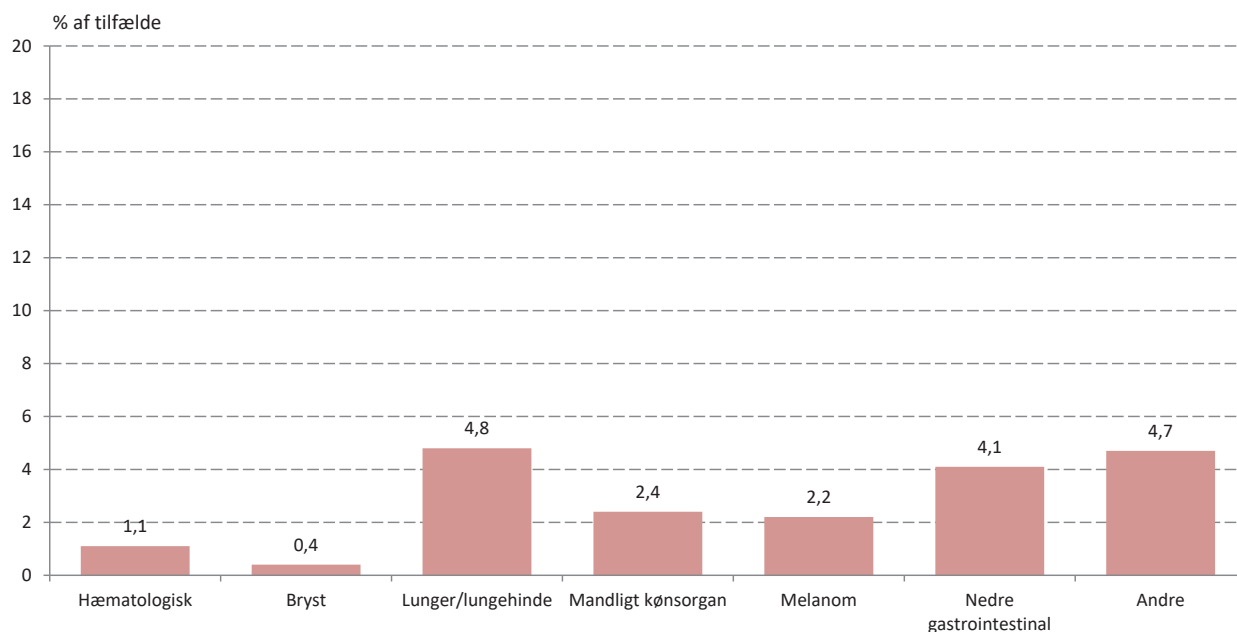


Hyppighed af hændelser i udredningsforløb

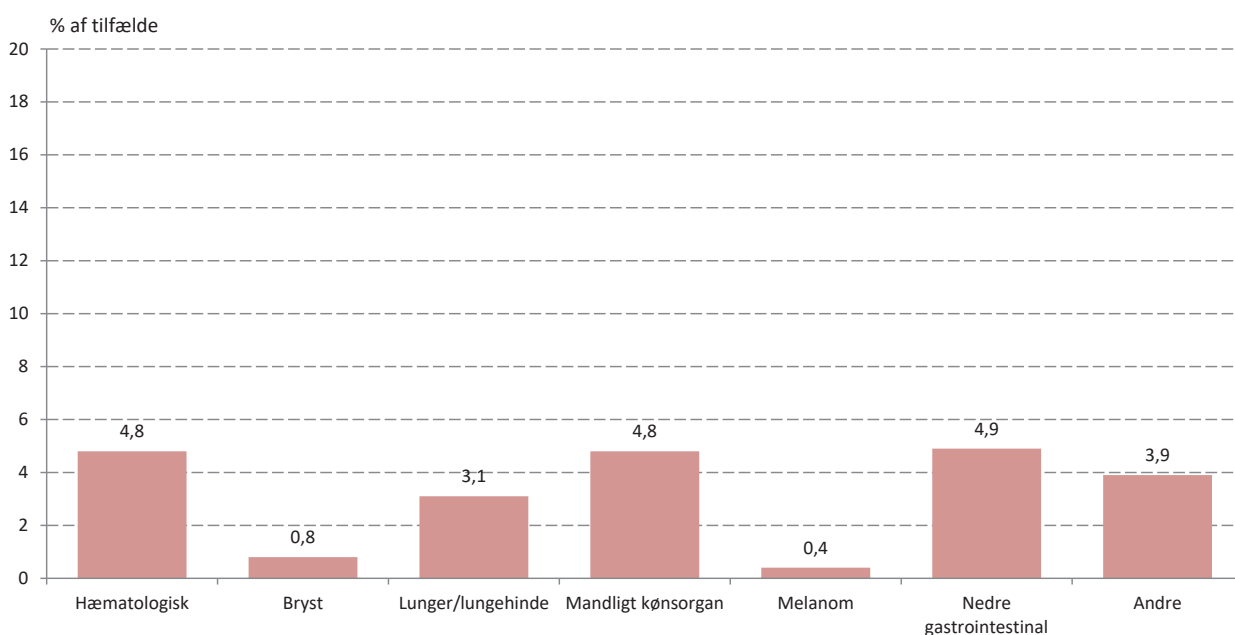
I godt 3% af udredningsforløbene overholdt patienten ikke aftaler om opfølgning. Det ses, at det særlig var gældende for lungekræft, Nedre GI kræft og andre kræfttyper.

Ligeledes var det kun i godt 3% af forløbene at lægen tilrådte at se an uden tidsangivelse. Især brystkræft og melanom blev sjældent set an uden tidsangivelse. Derimod var det hyppigere ved hæmatologiske kræfttyper, kræft i mandligt kønsorgan og nedre GI-kræft.

% Patienten overholdte ikke aftale om opfølgning
(n=2077)



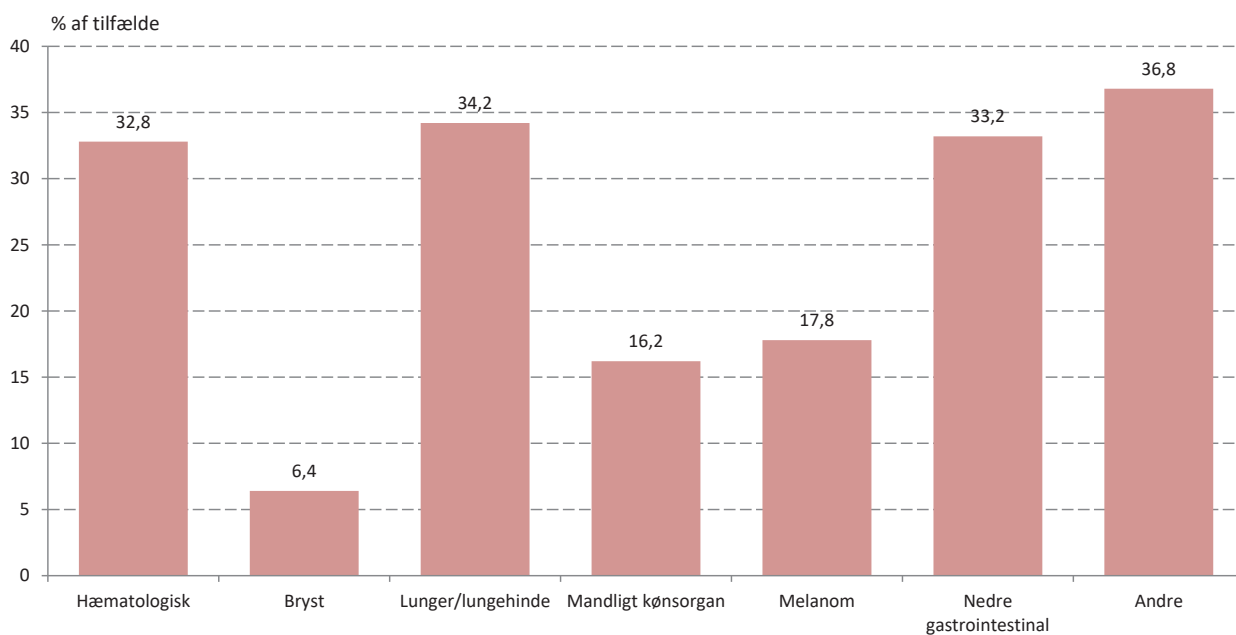
% Lægen tilrådte at se an uden tidsangivelse
(n=2077)



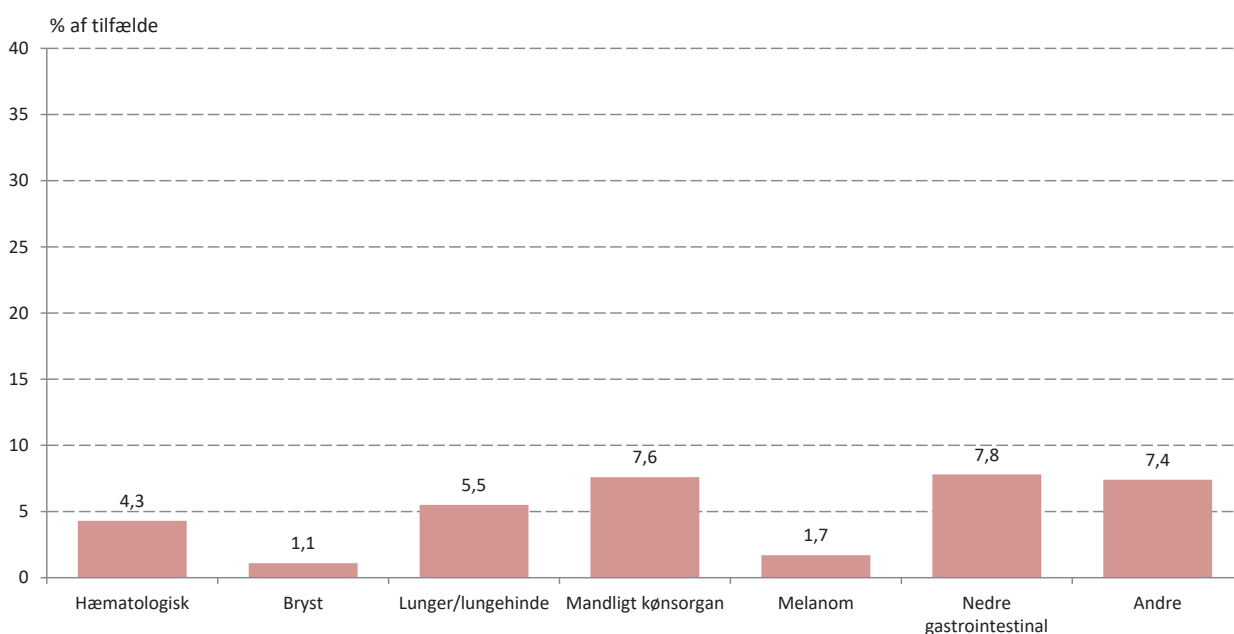
Hyppighed af hændelser i udredningsforløb

I ca. en fjerdedel af 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 godt 5% af forløbene afventede lægen på baggrund af normale prøvesvar. Især ved mandligt kønsorgan, samt ved nedre GI-kræft var lægen afventende.

% Lægen behandlede eller henviste på mistanke om anden sygdom først
(n=2077)



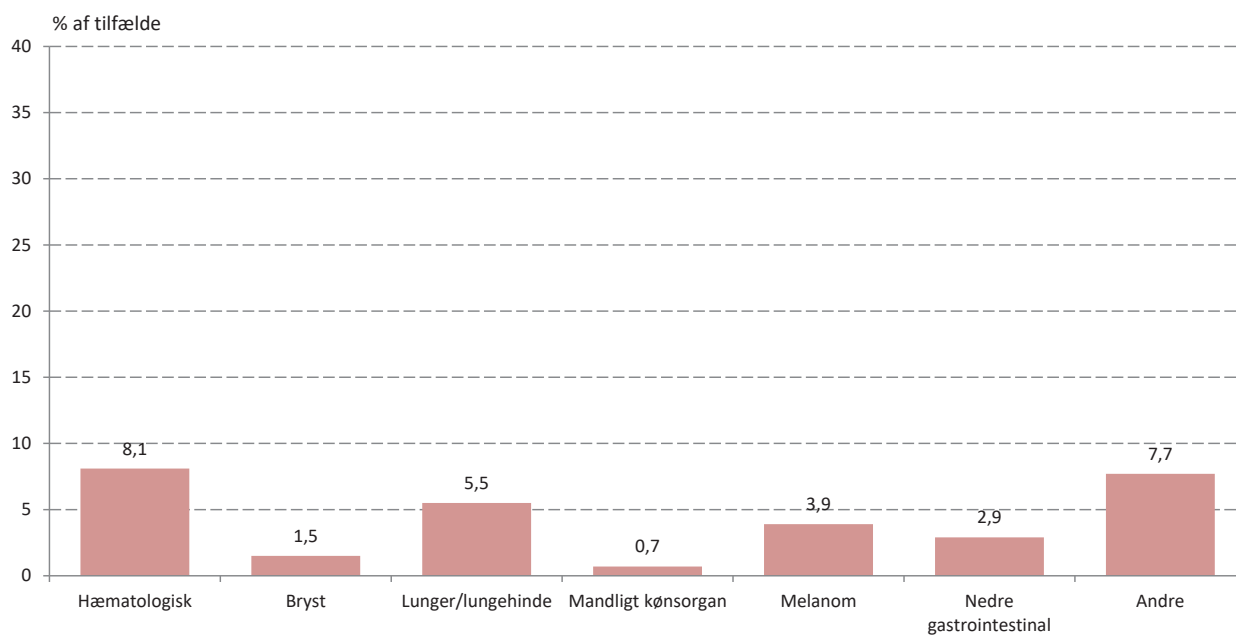
% Lægen afventede på baggrund af normale undersøgelser
(n=2077)



Hyppighed af hændelser i udredningsforløb

Generelt var der få tilfælde hvor lægen henviste til udredning for en anden type kræft først. I 8 % af tilfældene med hæmatologisk kræft havde lægen henvist til udredning for anden kræft først.

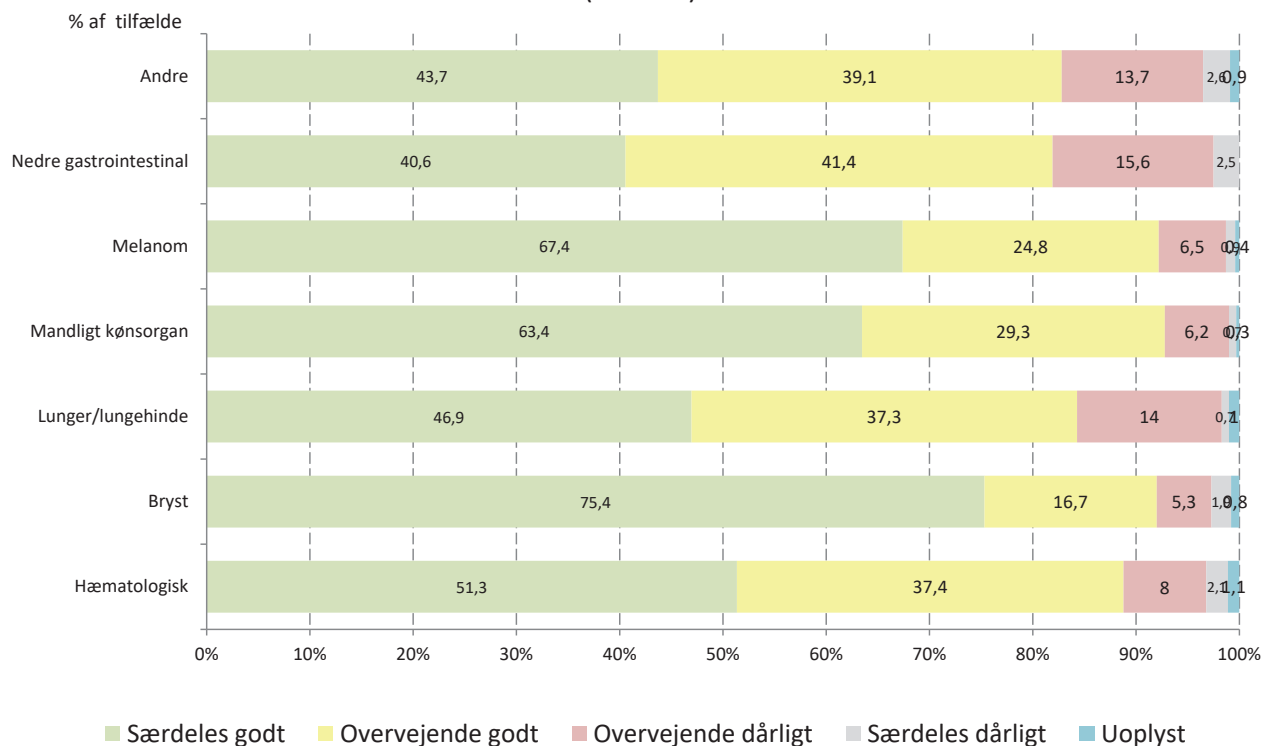
% Lægen henviste til udredning på mistanke om anden type kræft først
(n=2077)



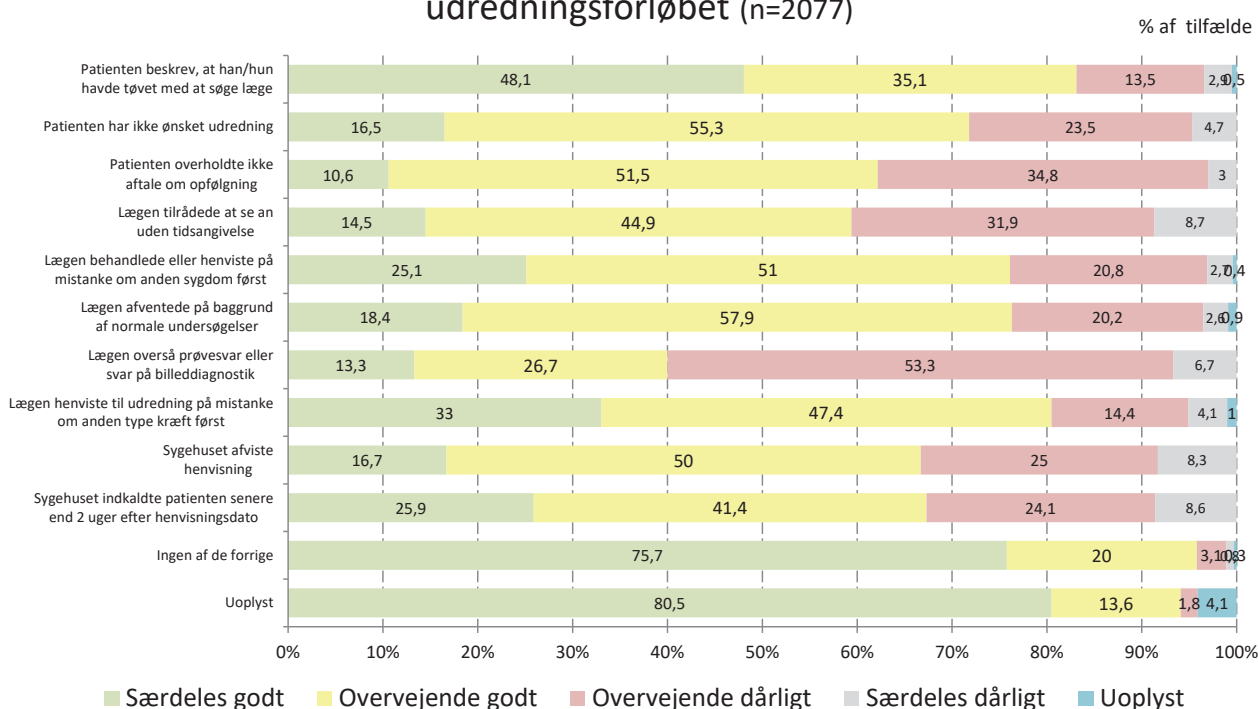
Vurdering

De fleste diagnostiske forløb karakteriseres overordnet som gode. Dette er særligt tilfældet for brystkræft, melanom og kræft i mandligt kønsorgan. Kræft i nedre GI, lunger 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=2077)



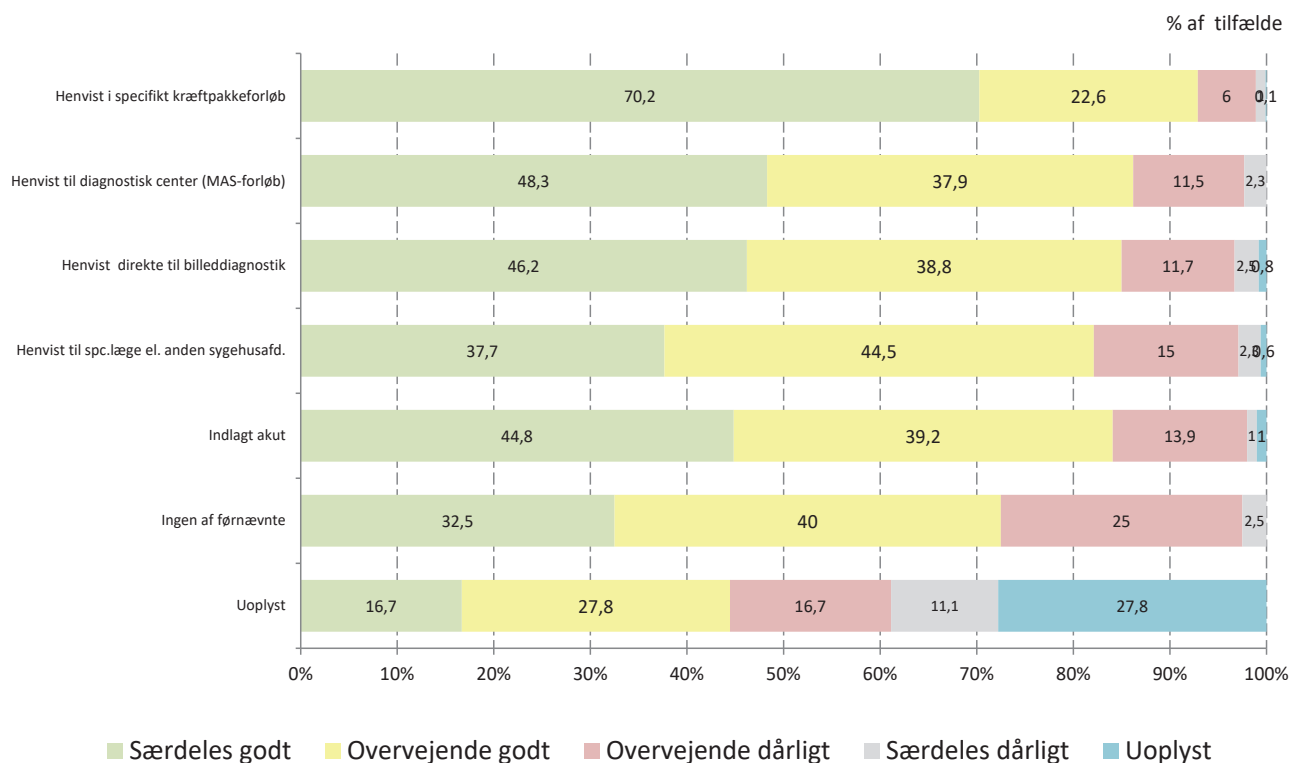
Overordnet vurdering af det diagnostiske forløb i forhold til hændelser i udredningsforløbet (n=2077)



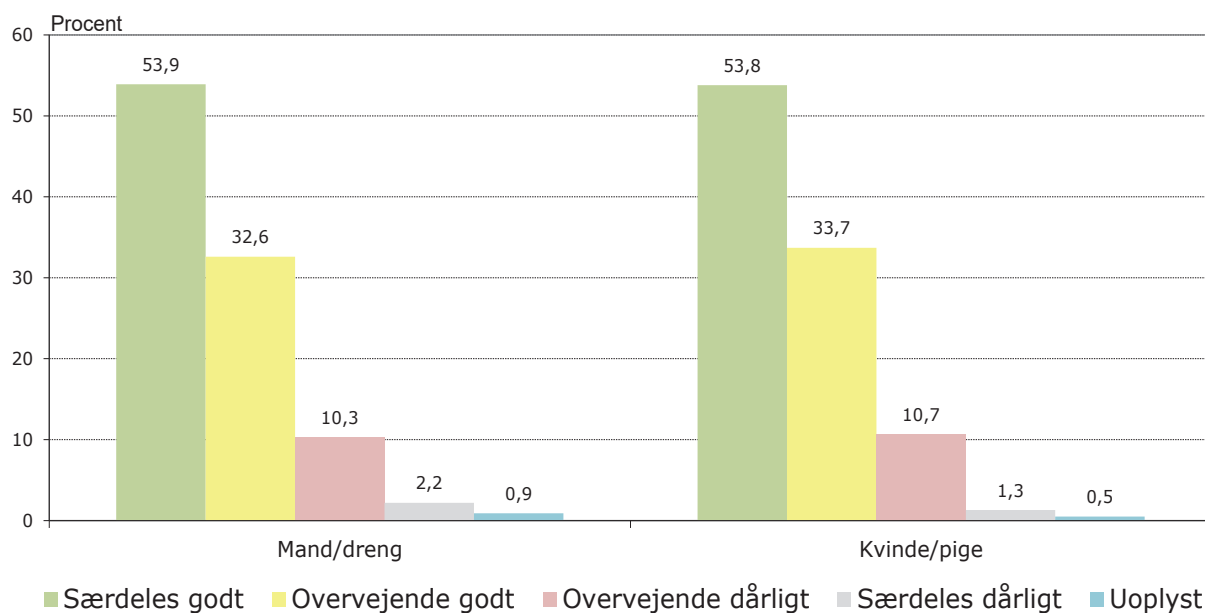
Vurdering

De diagnostiske forløb vurderes bedst i de situationer, hvor patienterne henvises i specifikke kræftpakkeforløb. Patientens køn spiller ingen 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=2077)



Overordnet vurdering af det diagnostiske forløb i forhold til patientens køn (n=2077)

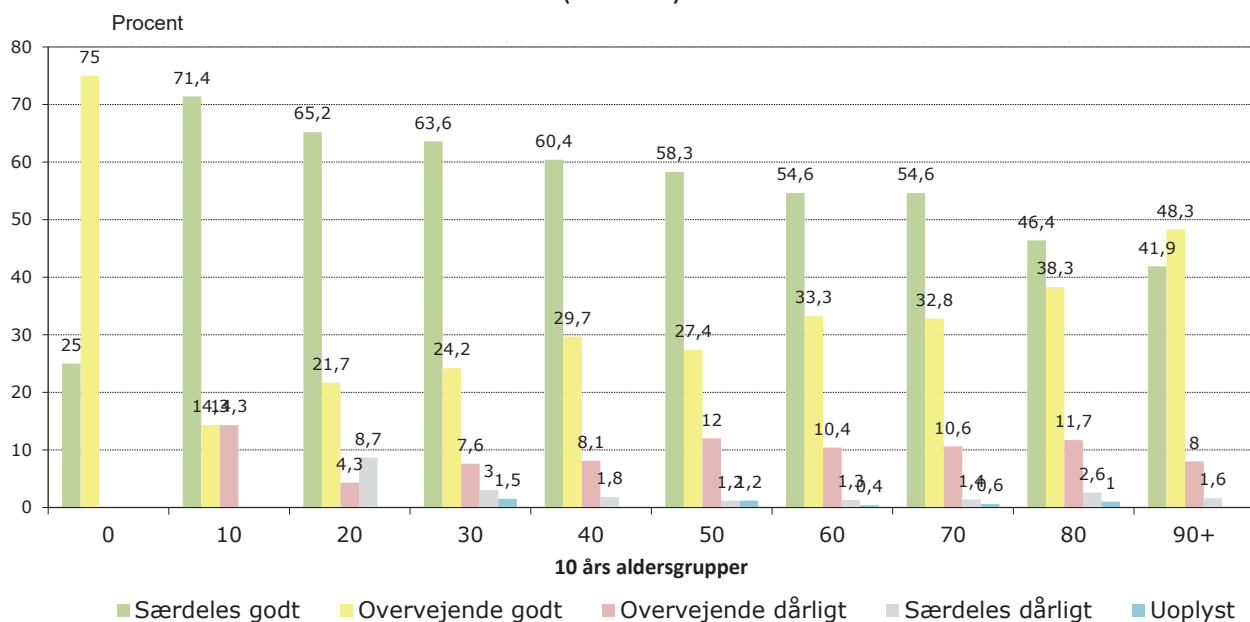


Vurdering

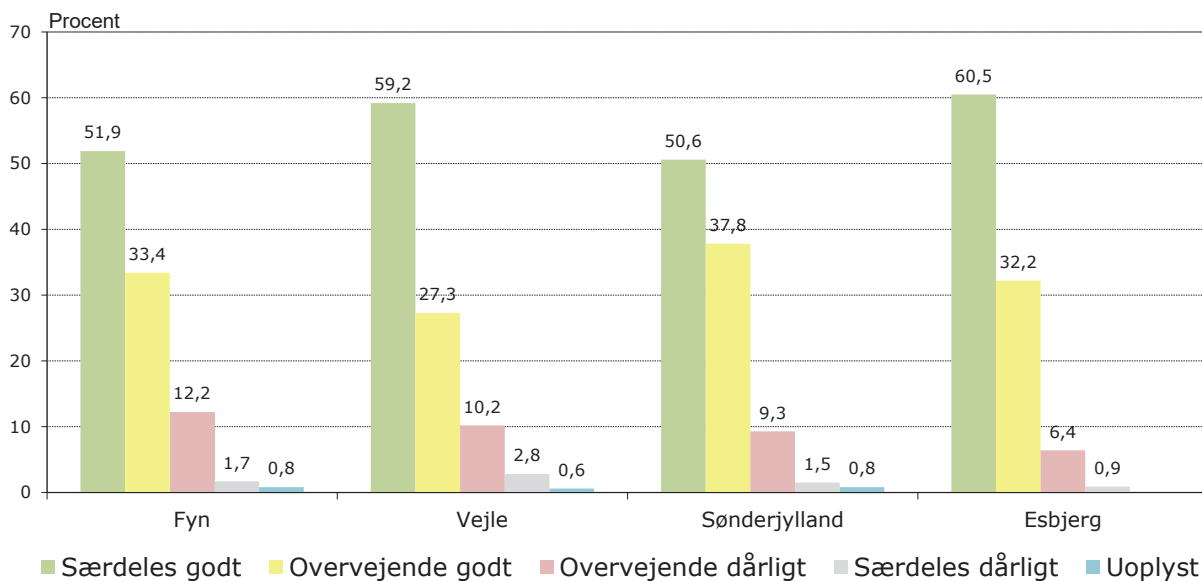
Vurderingen af det diagnostiske forløb ændres med stigende alder.

Vurderingerne af det diagnostiske forløb varierer kun lidt mellem de fire sygehus-områder.

Overordnet vurdering af det diagnostiske forløb i forhold til patientens alder (n=2077)



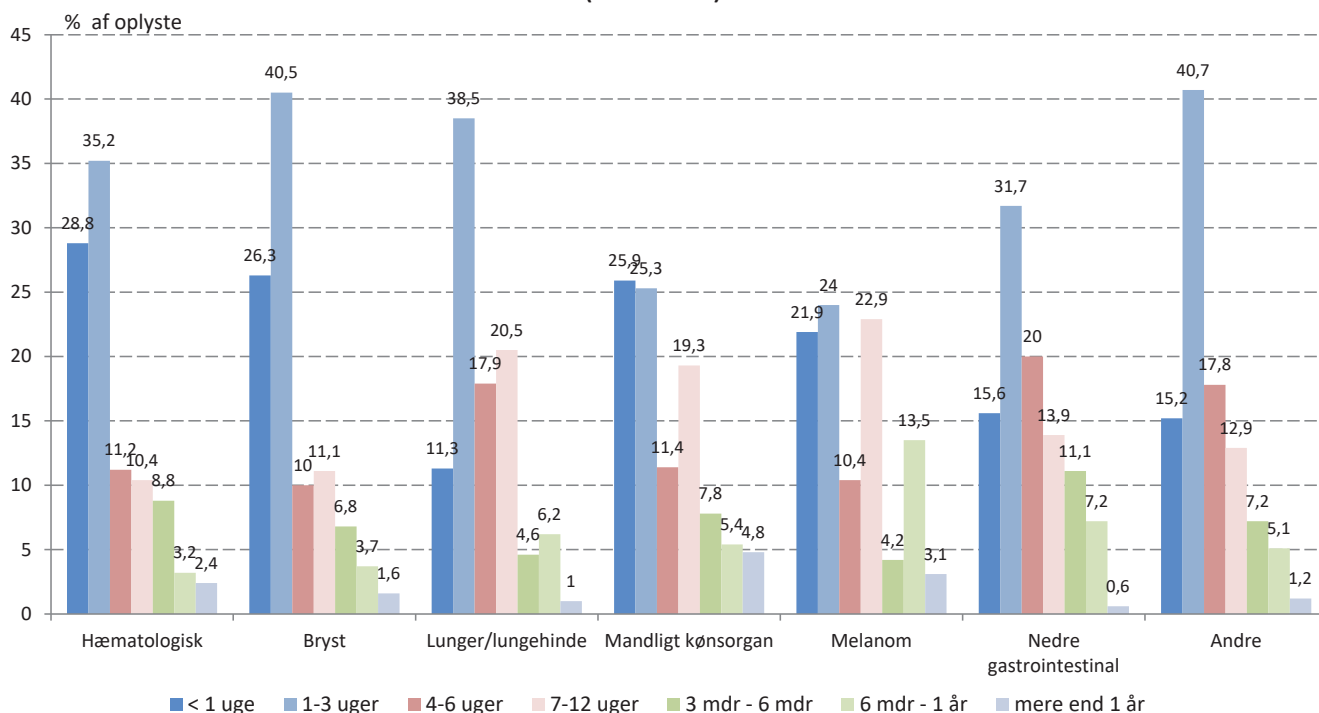
Overordnet vurdering af det diagnostiske forløb i forhold til område (n=2077)



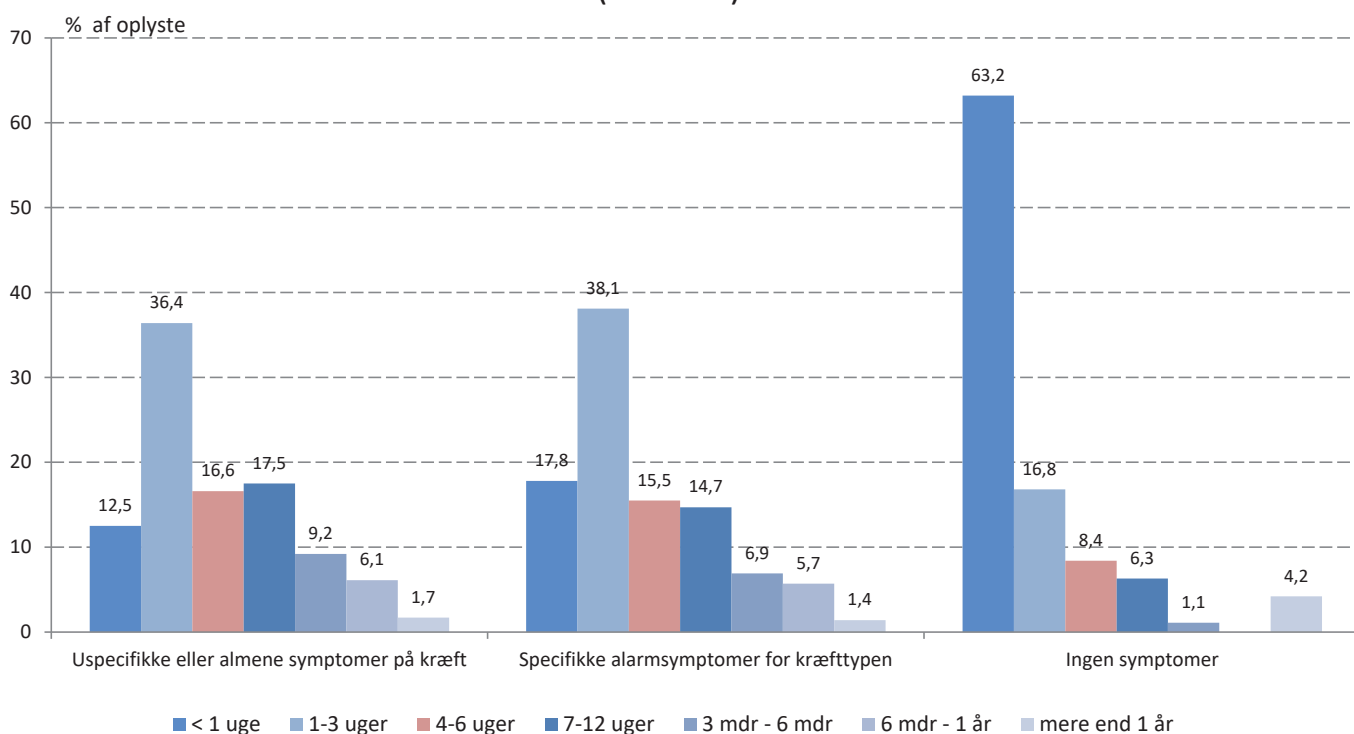
Antal uger med symptomer

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

Antal uger med symptomer forud for første kontakt i praksis
(N=1380)



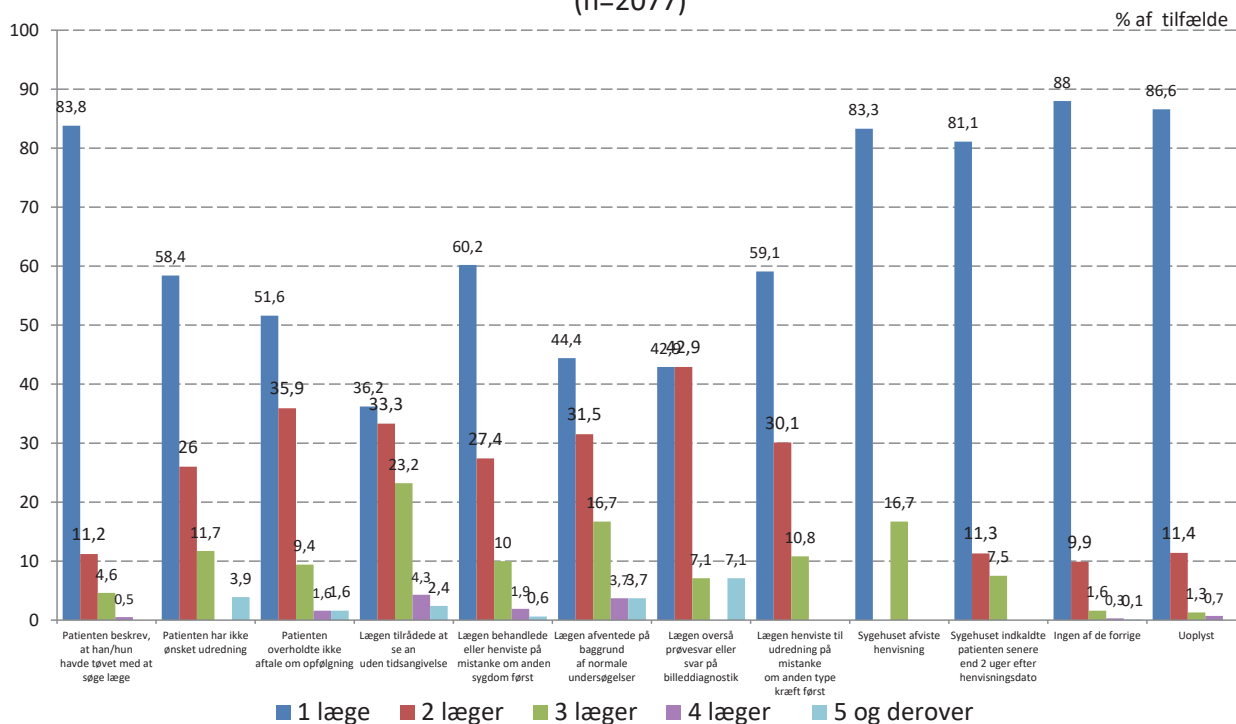
Antal uger med symptomer i forhold til symptompræsentation
(N=1360)



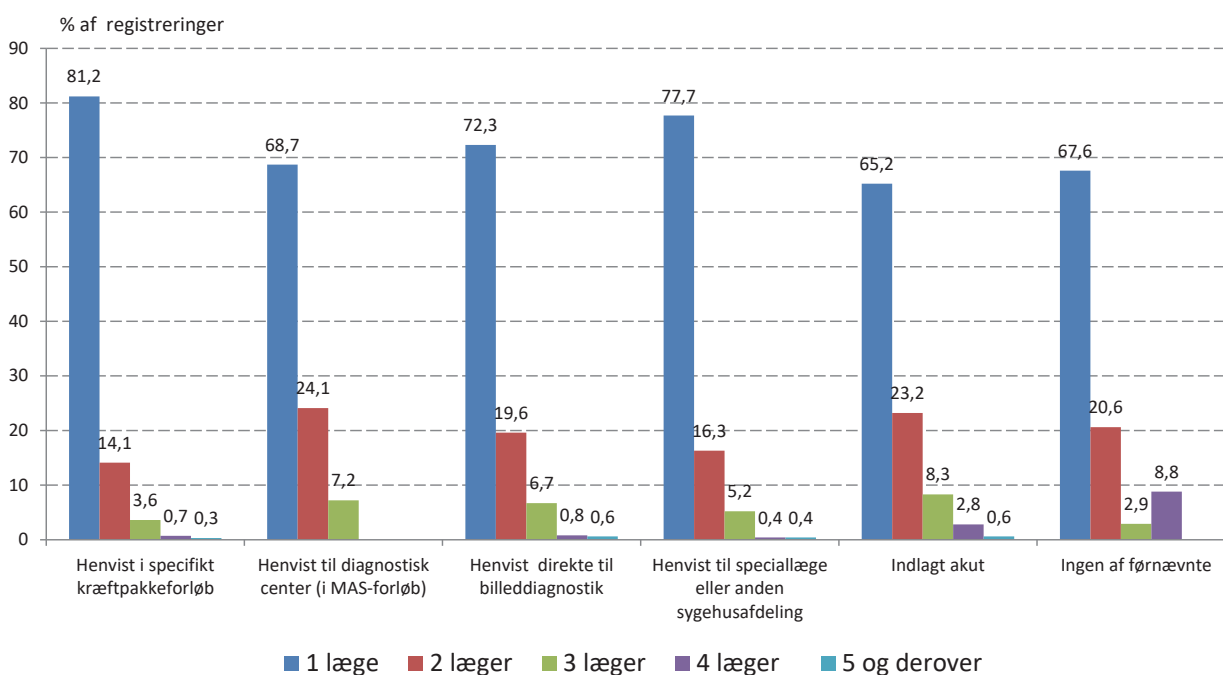
Kontakter

Det ses, at i de tilfælde hvor flest læger har været involveret, er der hvor der blev overset prøvesvar, hvor lægen afventede på baggrund af normale prøvesvar eller svar på billeddiagnostik, eller hvor lægen eller patienten havde en afventende tilgang til symptomerne. Desuden ses det, 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=2077)



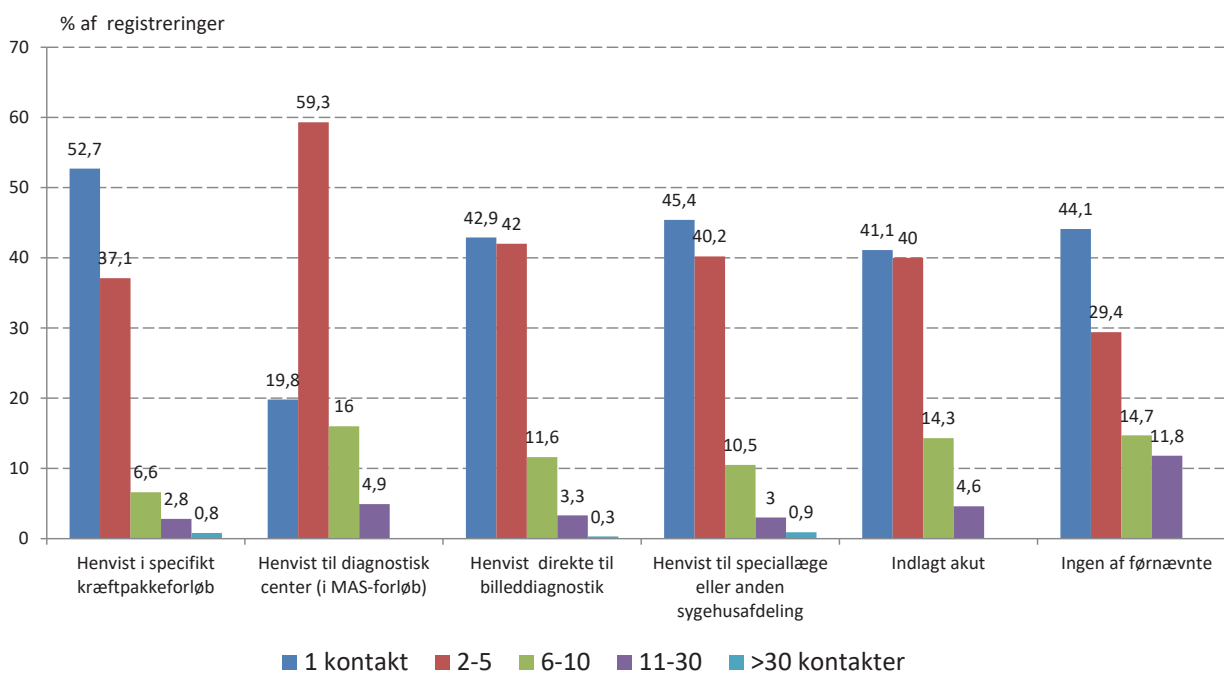
Antal læger med kontakt til pt. i forhold til første henvisning i forløbet
(N=2077)



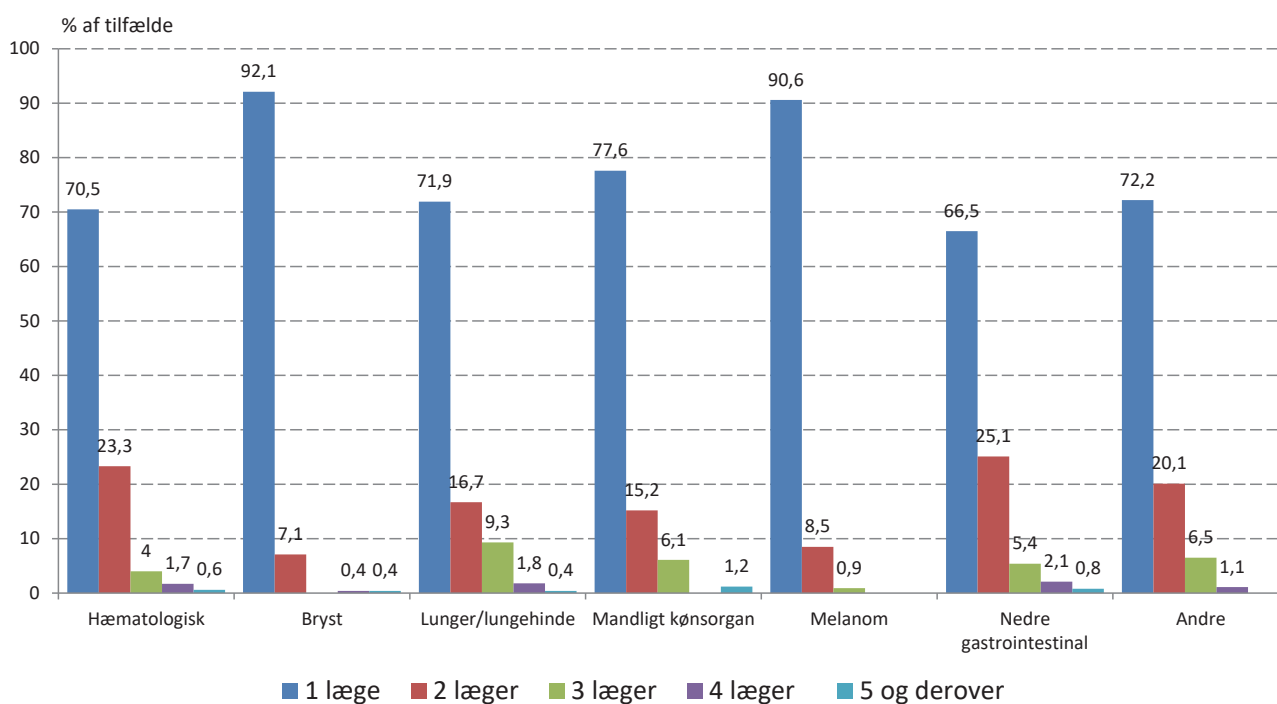
Kontakter

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=2077)



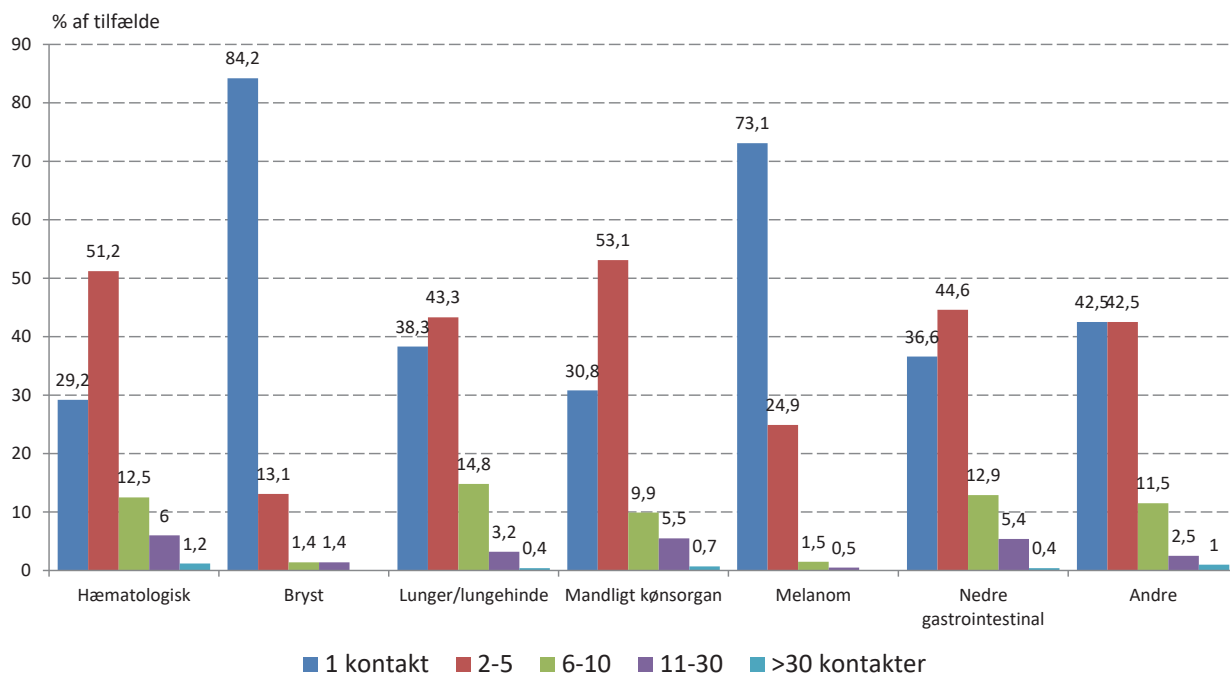
Antal læger i forhold til kræfttype
(n=2077)



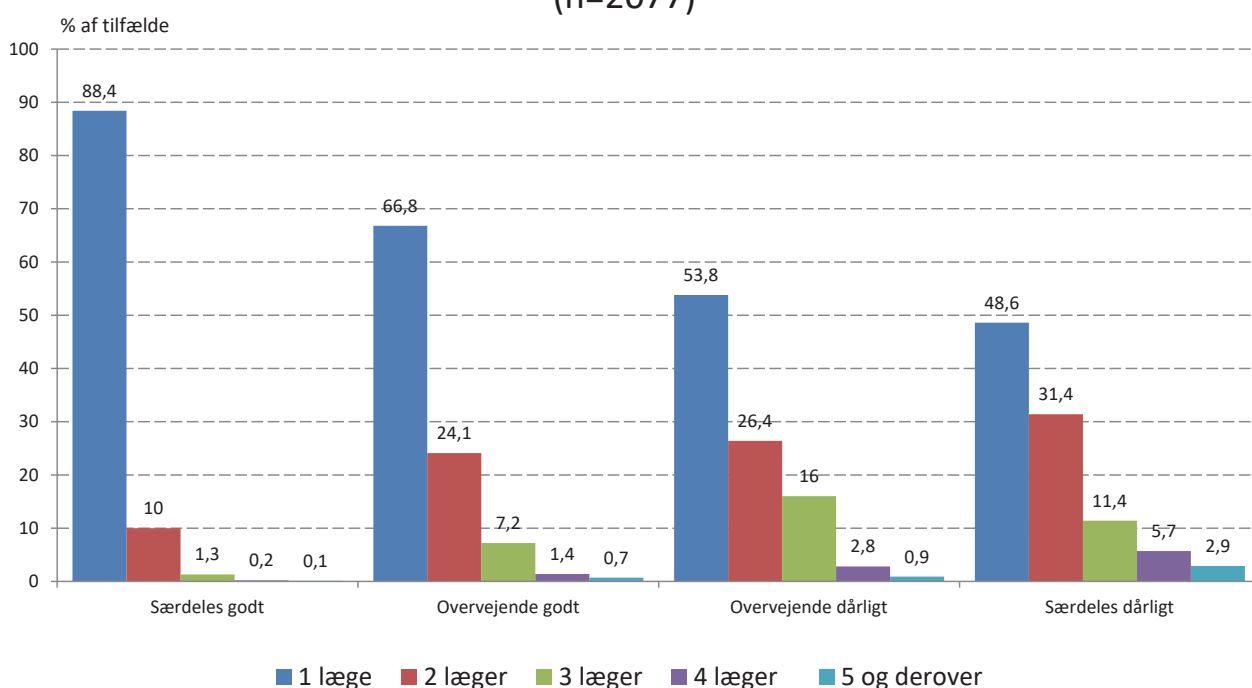
Kontakter

Patienter med kræfttyper der ofte præsenterer sig med specifikke alarmsymptomer, såsom brystkræft og melanom, 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=2077)

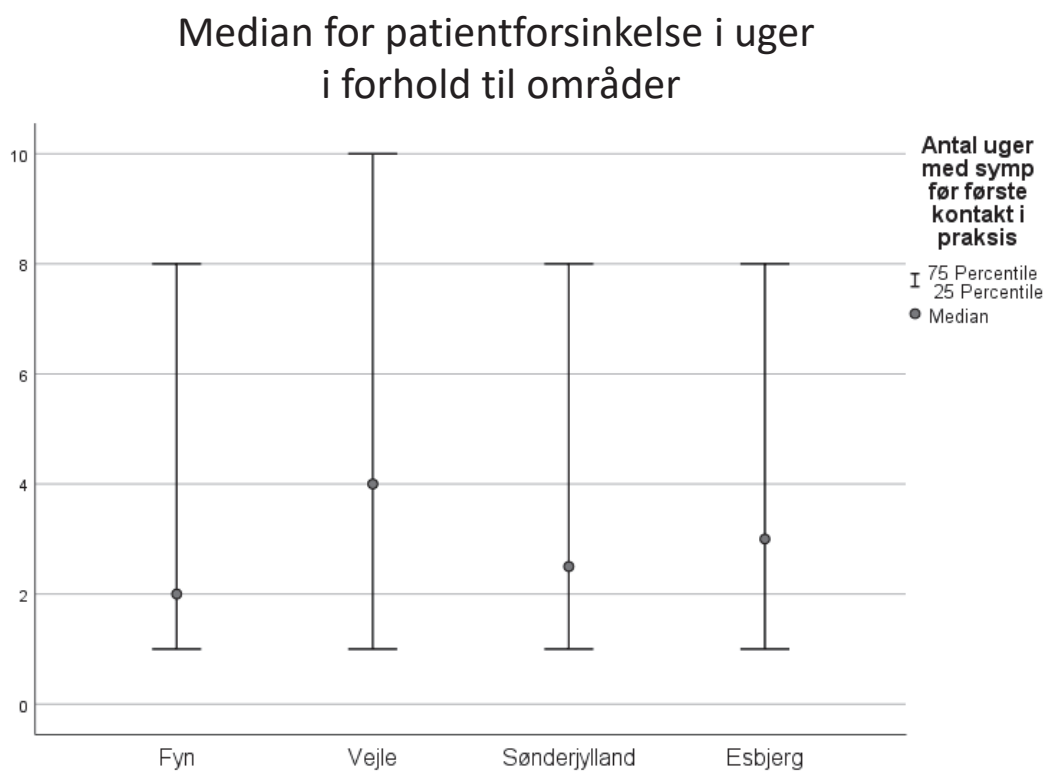
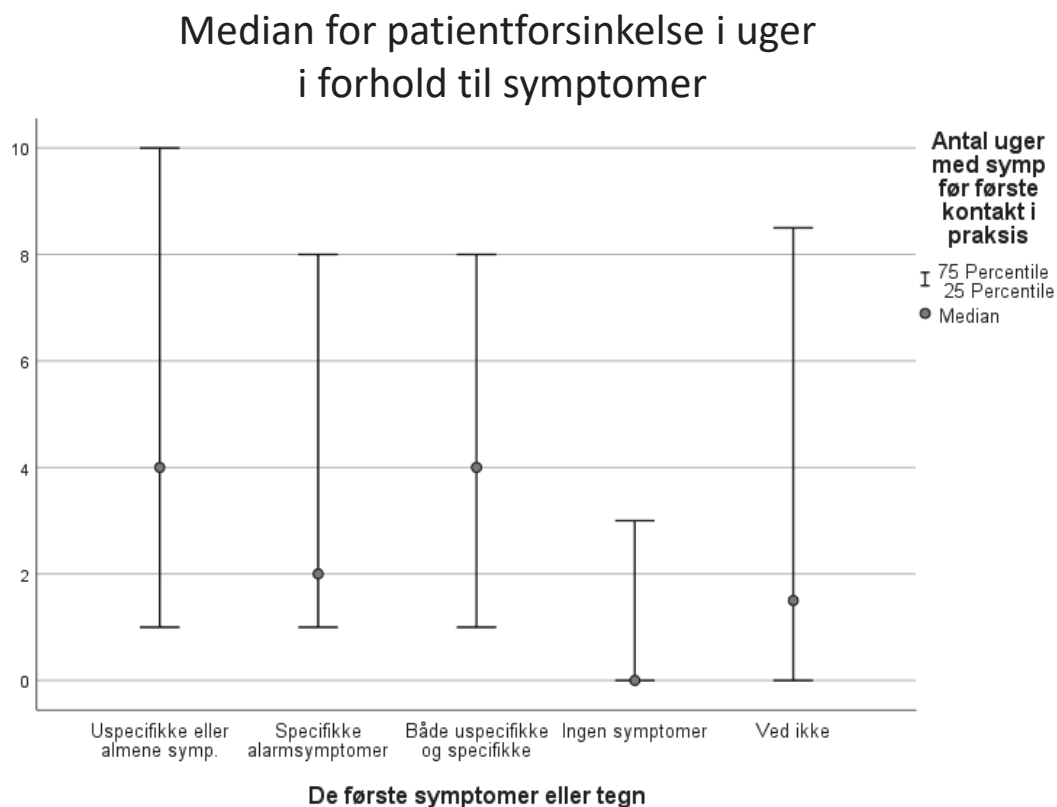


Antal læger i forhold til vurdering af det samlede forløb
(n=2077)



Patientforsinkelse

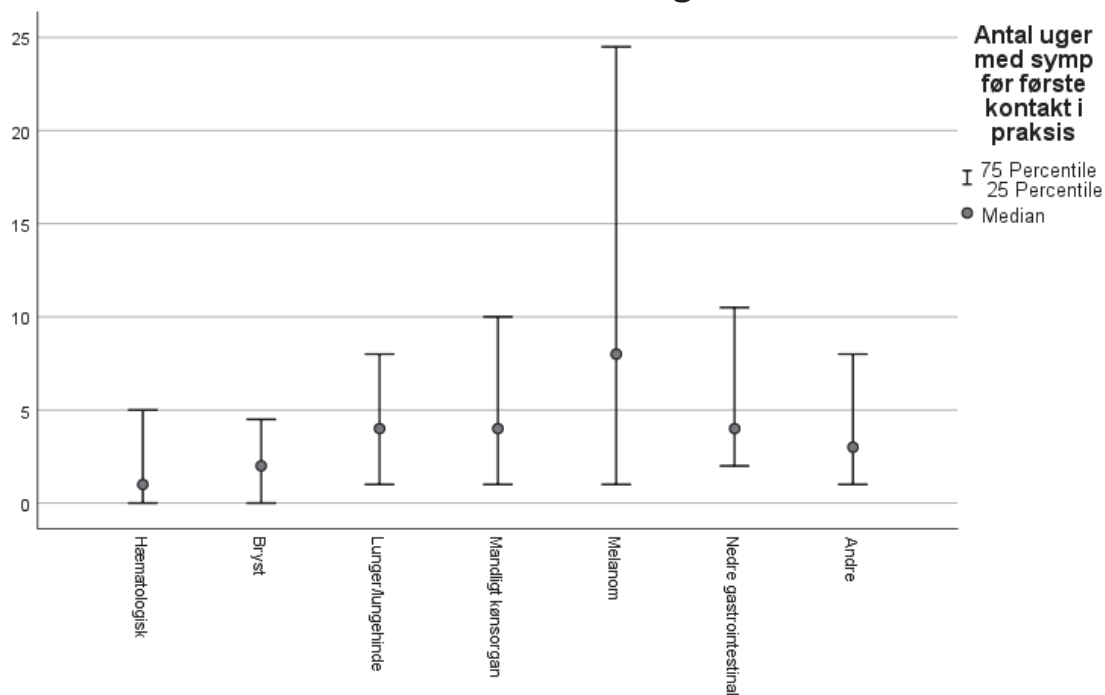
Halvdelen af patienter med specifikke alarmsymptomer henvender sig i løbet af 2 uger, mens halvdelen af patienterne med uspecifikke symptomer henvender sig indenfor 4 uger. Patienter i Vejle-området henvender sig i gennemsnit lidt senere end i de øvrige områder, når et symptom opleves.



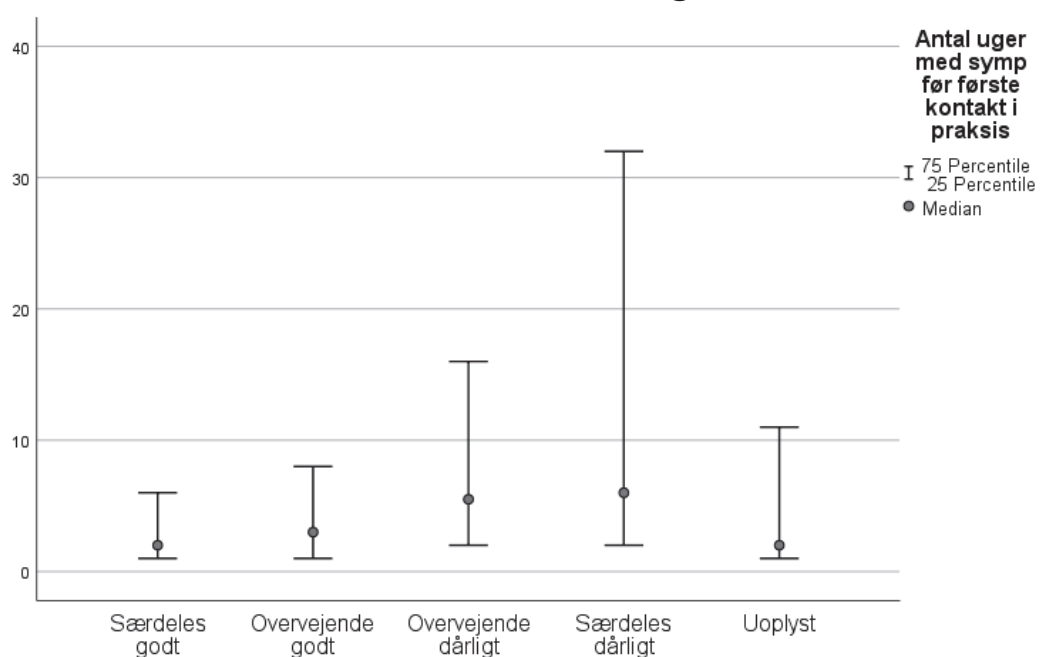
Patientforsinkelse

Der ses størst patientinterval ved melanom. Kræft i mandligt kønsorgan, nedre GI og lunger har en patientforsinkelse på i gennemsnit 4 uger. Jo mindre patientforsinkelse, des bedre overordnet vurdering af udredningsforløbet.

Median for patientforsinkelse i uger
i forhold til cancerdiagnose



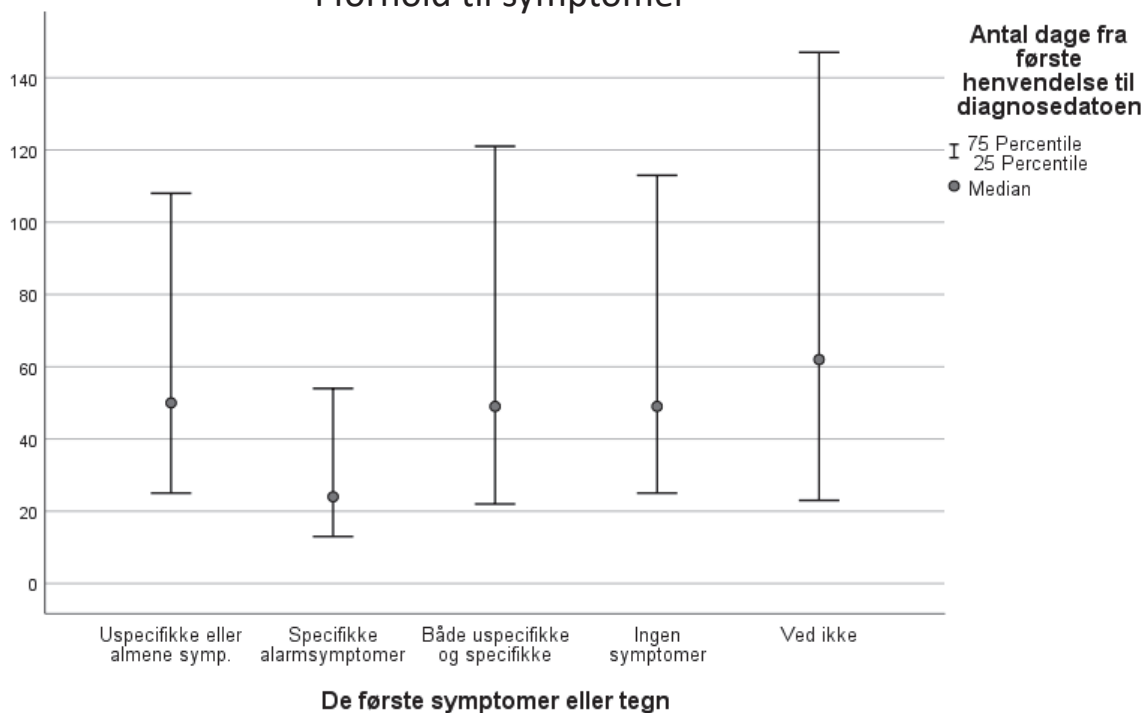
Median for patientforsinkelse i uger
i forhold til overordnet vurdering af forløbet



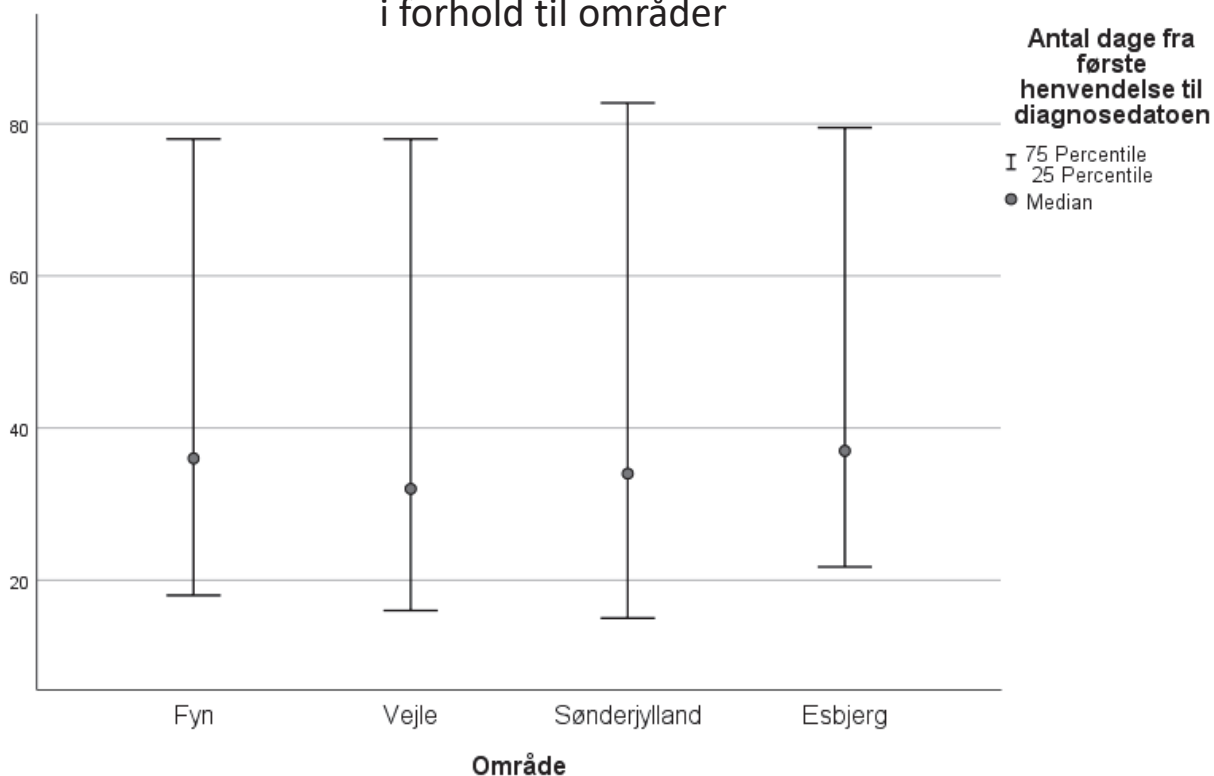
Læge-system-forsinkelse

Læge-systemforsinkelsen, dvs. tiden fra første henvendelse til diagnosedatoen er mindst ved præsentation af specifikke alarmsymptomer. Der er kun meget lille forskel i læge-systemforsinkelsen ved sammenligning af de 4 områder.

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



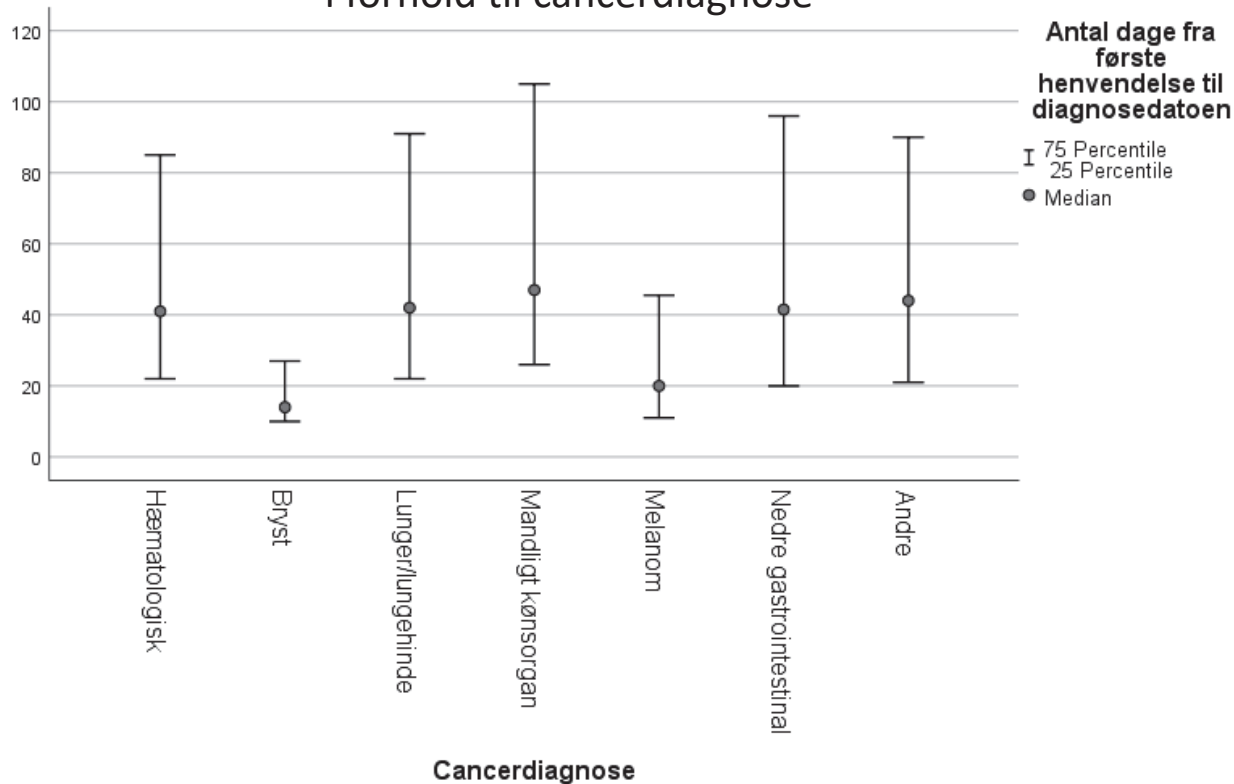
Median for læge-system-forsinkelse i dage i forhold til områder



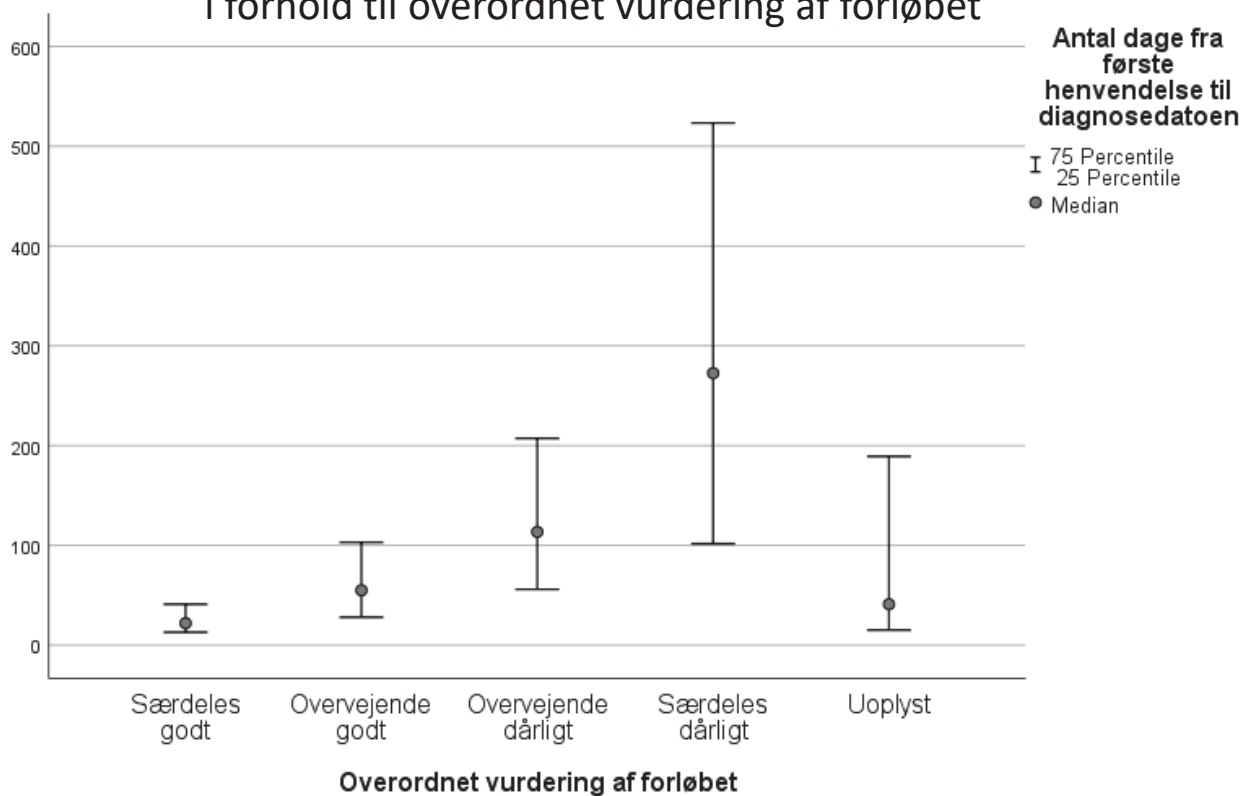
Læge-system-forsinkelse

Læge-systemforsinkelsen var tydeligt mindst for kræfttyper der præsenterer sig med specifikke symptomer, såsom brystkræft og melanom. Der ses endvidere en klar sammenhæng mellem læge-systemforsinkelse og den overordnede vurdering af forløbet.

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



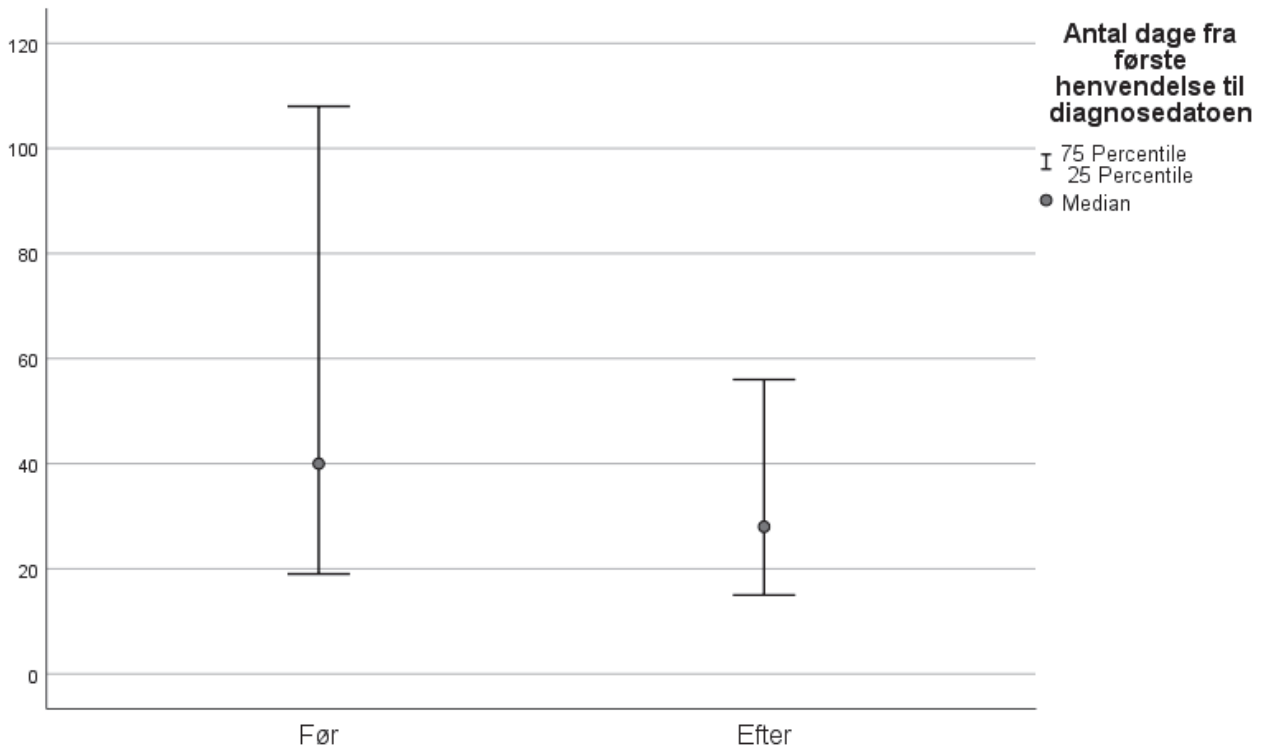
Median for læge-system-forsinkelse i dage i forhold til overordnet vurdering af forløbet



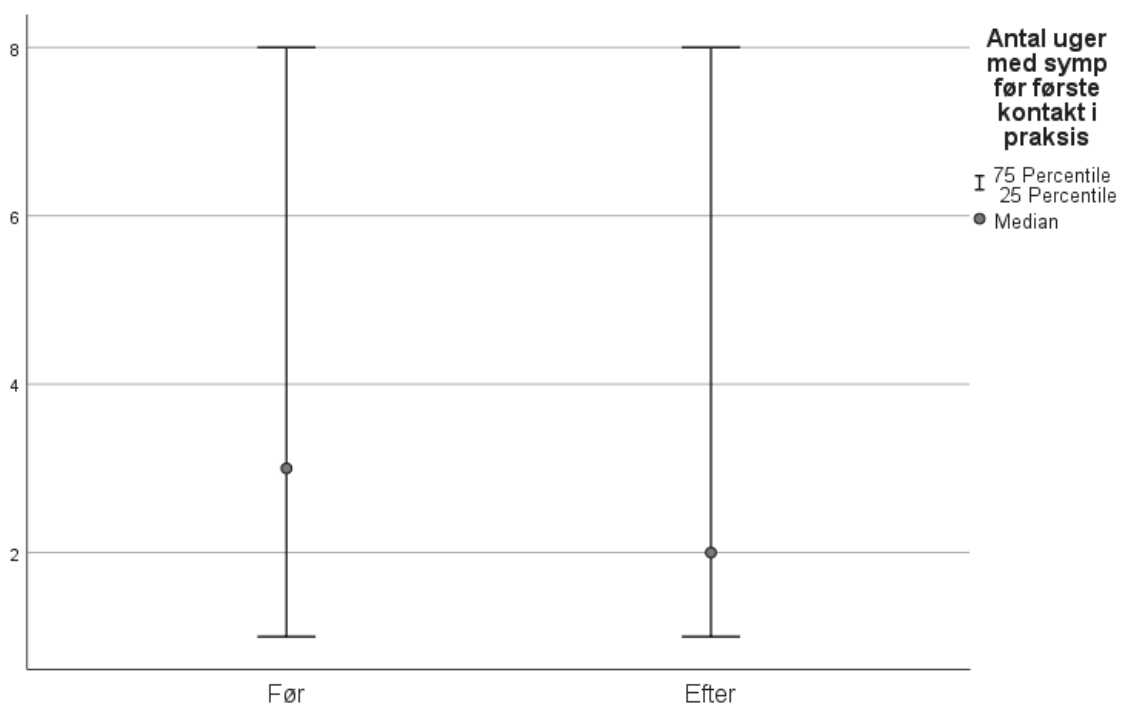
Corona-nedlukningen

Læge-systemforsinkelsen var noget længere inden corona-nedlukningen, sammenlignet med efter.

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



Median for patientforsinkelse i uger i forhold til Corona-nedlukningen

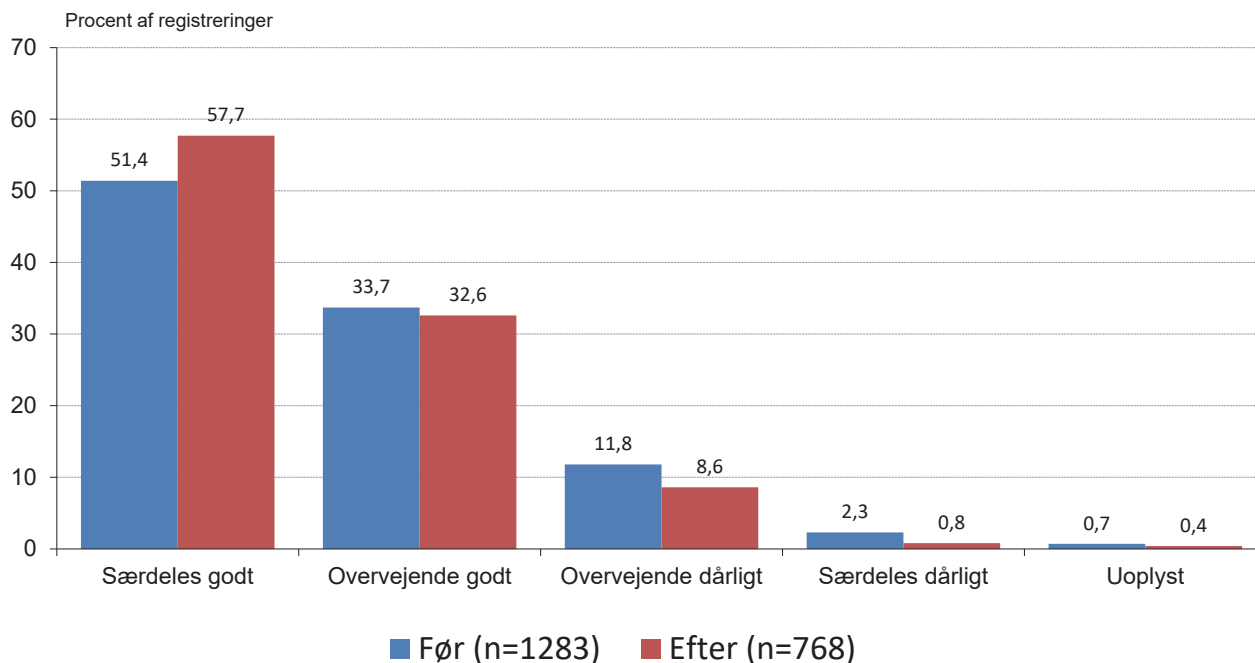


Før eller efter Corona

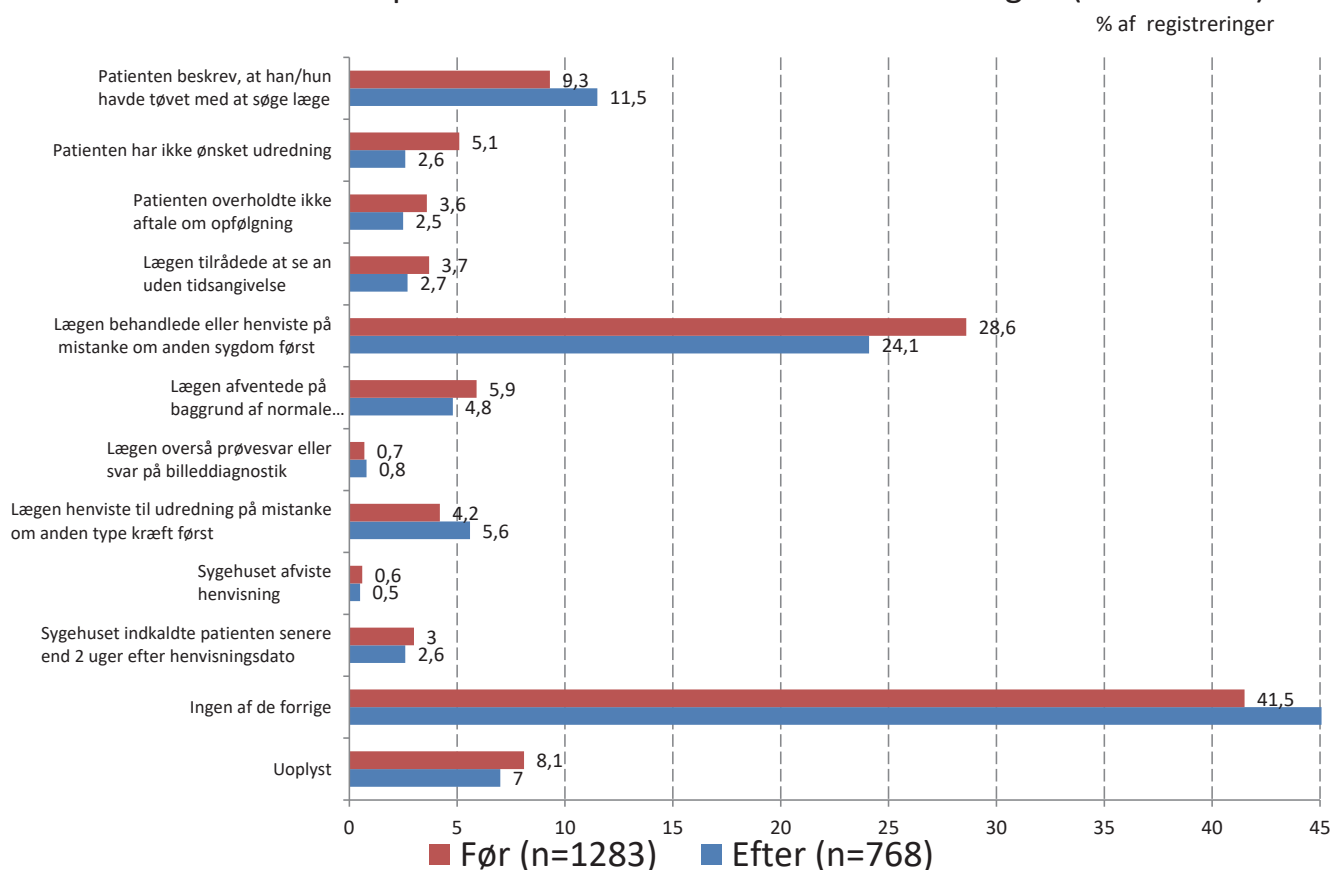
Corona-nedlukningen

Den overordnede vurdering af forløbet var tilsvarende dårligst før nedlukningen. Ser vi på hændelser før og efter corona-nedlukningen, kan vi se mindre variationer over hele linjen. Mest i øjenfaldende er det, at patienten i højere grad havde tøvet med at søge læge, at patienten ikke ønskede udredning og at lægen i mindre grad behandlede eller henviste på mistanke om anden sygdom først når vi ser på efter nedlukningen.

Overordnet vurdering af forløbet



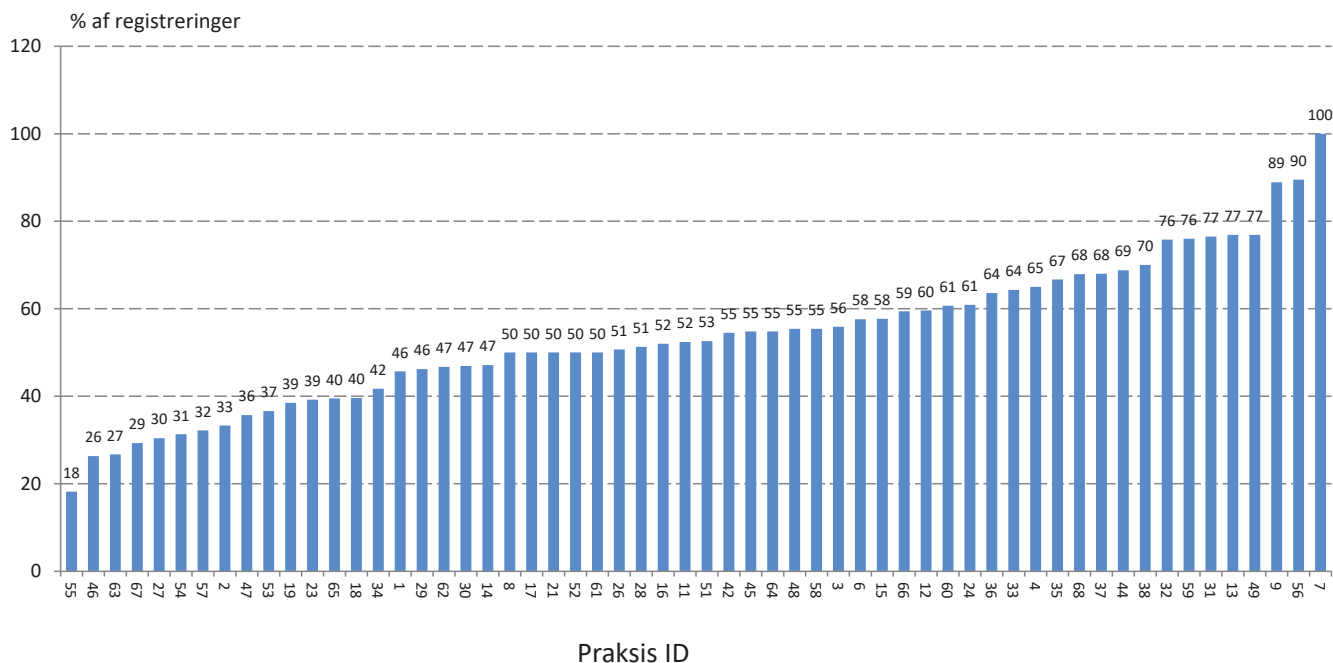
Hændelser i udredningsforløbet i forhold til om pt. kom før eller efter Corona-nedlukningen (11.03.2020)



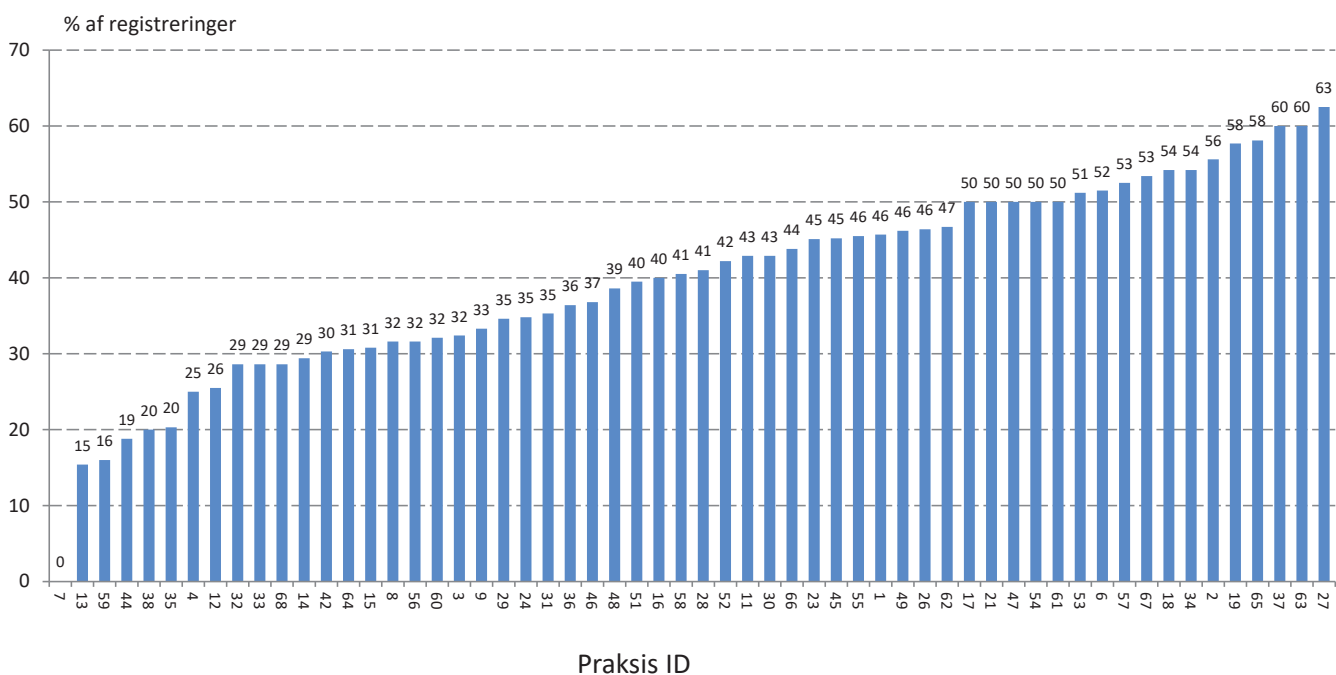
Variationer

I de følgende figurer er de deltagende praksisser listet på x-aksen med angivelse af deres ID-nummer i auditten og sorteret efter hvad grafen viser. Der ses en variation, som i høj grad skyldes, at kræfttyperne fordeler sig forskelligt og måske i mindre grad, at praksis har forskellig holdning eller adfærd.

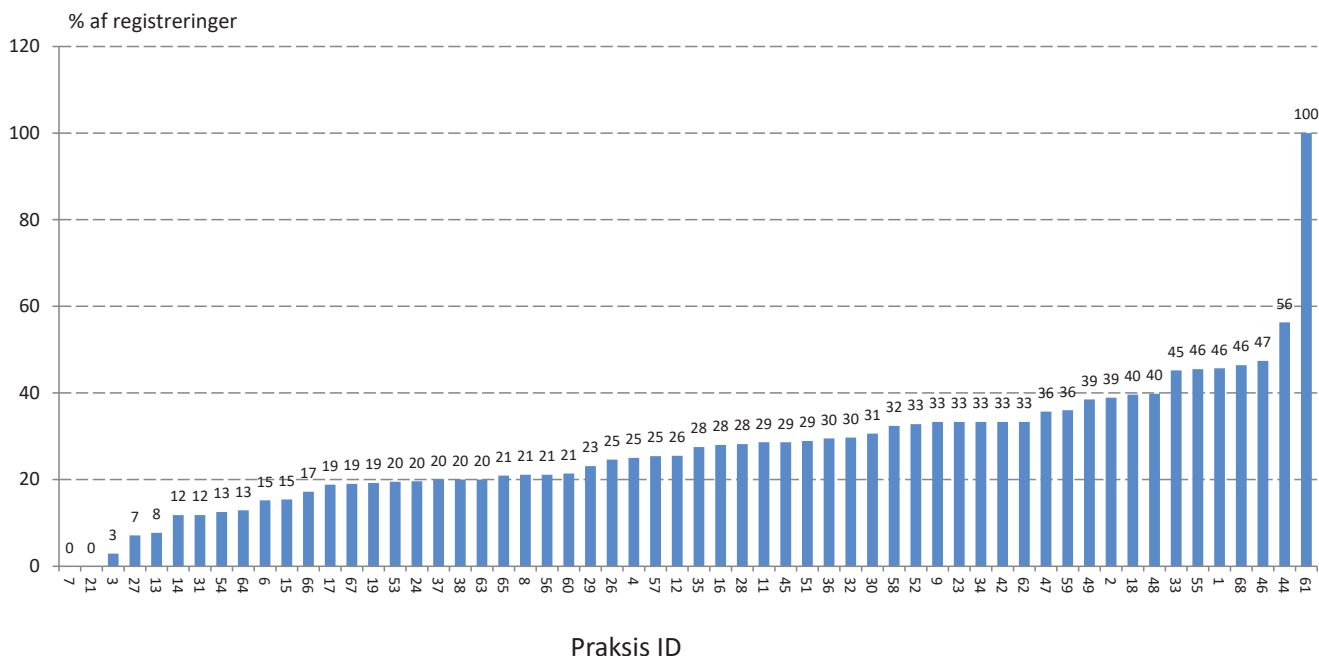
Andel med "Specifikke alarmsymptomer/tegn på kræft"



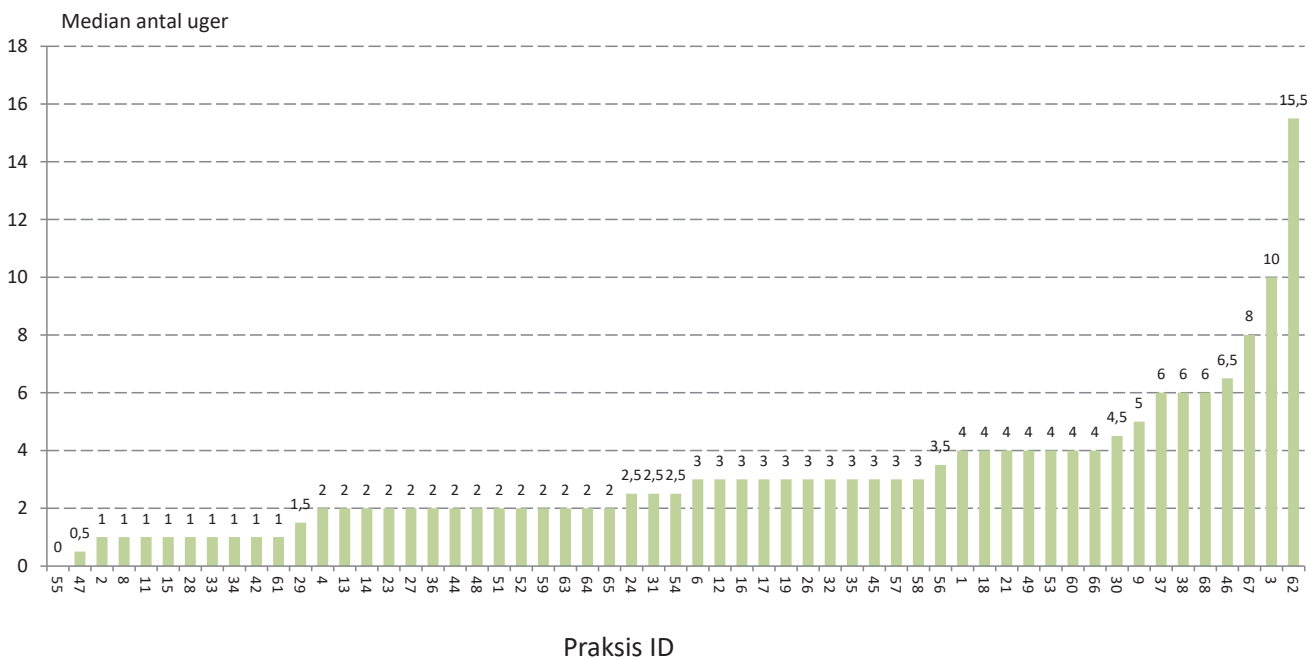
Andel med uspecifikke eller almene symptomer



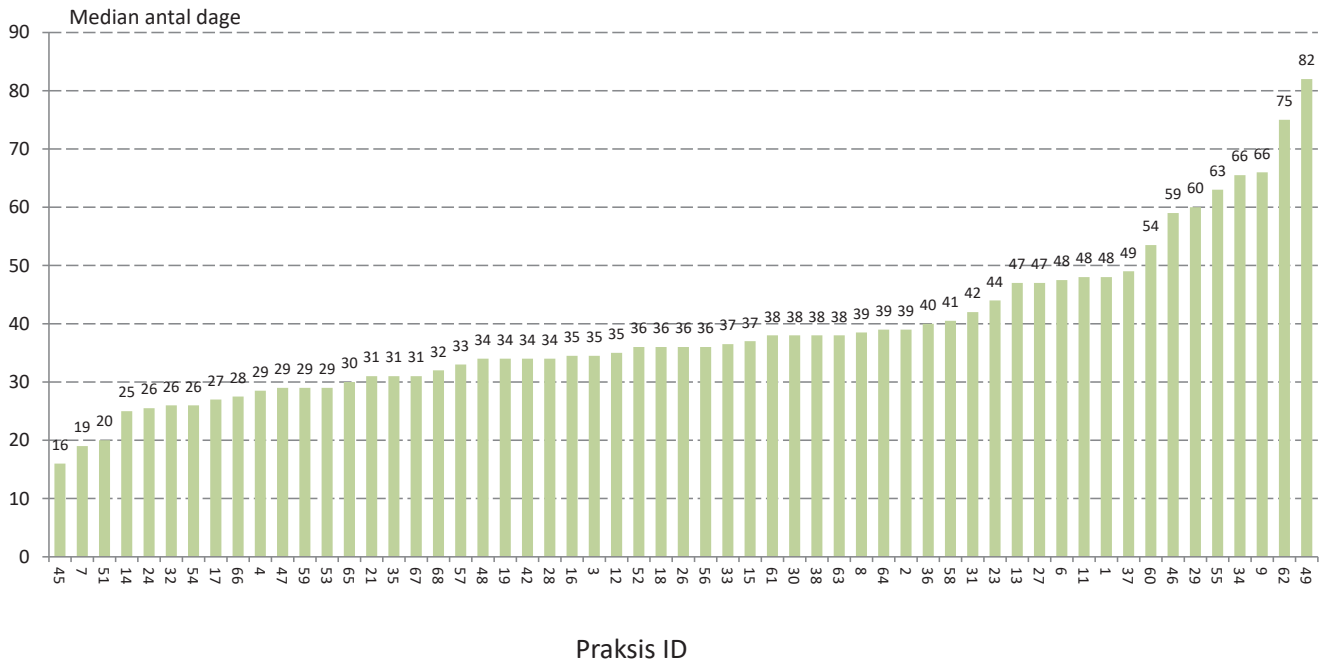
Andel hvor lægen behandlede eller henviste på mistanke om anden sygdom først



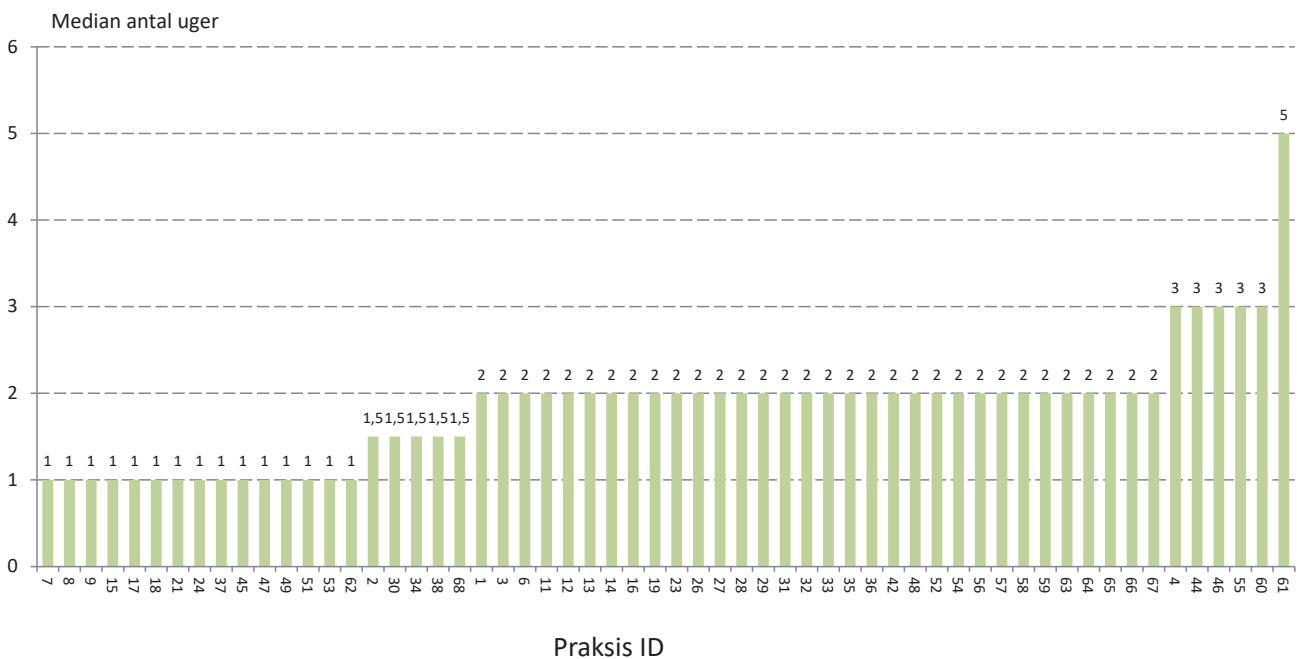
Median symptomvarighed (antal uger) før lægekontakt



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



Median antal kontakter i praksis inden henvisning



Samlede resultater i tabelform fordelt på køn

		Kvinde/pige		Mand/dreng	
		Antal	Procent	Antal	Procent
PATIENTENS KØN	Kvinde/pige	1568	100,0%	0	0,0%
	Mand/dreng	0	0,0%	1605	100,0%
I alt		1568	100,0%	1605	100,0%
EKSKLUSION	Patienten havde ikke nyopstået kræft på anførte diagnosedato	125	8,0%	131	8,2%
	Jeg har slet ingen journaloplysninger	12	0,8%	7	0,4%
	Indkluderede patienter	1427	91,0%	1465	91,3%
	Uoplyst	4	0,3%	2	0,1%
I alt		1568	100,0%	1605	100,0%
KRÆFTTYPE	Nervesystem/øje	29	1,8%	41	2,6%
	Hoved-hals	27	1,7%	81	5,0%
	Endokrin	24	1,5%	12	0,7%
	Lunger/lungehinde	217	13,8%	215	13,4%
	Bryst	443	28,3%	4	0,2%
	Øvre gastrointestinal	31	2,0%	69	4,3%
	Lever/galdeveje	29	1,8%	29	1,8%
	Bugspytkirtel	53	3,4%	59	3,7%
	Nedre gastrointestinal	190	12,1%	218	13,6%
	Urologisk	53	3,4%	121	7,5%
	Mandligt kønsorgan	1	0,1%	389	24,2%
	Gynækologisk	138	8,8%	0	0,0%
	Melanom	158	10,1%	156	9,7%
	Andre	13	0,8%	11	0,7%
	Hæmatologisk	135	8,6%	178	11,1%
Metastase	27	1,7%	22	1,4%	
I alt		1568	100,0%	1605	100,0%
HVOR HENVENDTE PATIENTEN SIG FØRST	Lægevagten/anden almen læge (fx vagtring eller tidl. læge)	59	4,1%	71	4,8%
	Praktiserende speciallæge (ikke alment praktiserende læge)	26	1,8%	36	2,5%
	Sygehus (inkl. skadestue, 112, i ambulatorie eller under indlæggelse)	165	11,5%	218	14,9%
	Ingen symptomer, kræft påvist ved screening (bryst, kolorectal eller cervix)	166	11,6%	56	3,8%
	Ved ikke hvor patienten henvendte sig første gang	6	0,4%	12	0,8%
	Egen læge (Min/vores praksis)	1005	70,2%	1072	73,1%
	Uoplyst	4	0,3%	2	0,1%
I alt		1431	100,0%	1467	100,0%
DE FØRSTE SYMPTOMER ELLER TEGN	Uspecifikke eller almene symptomer på kræft	373	37,1%	460	42,9%
	Specifikke alarmsymptomer for kræfttypen	581	57,8%	519	48,4%
	Ingen symptomer	64	6,4%	115	10,7%
	Ved ikke	16	1,6%	24	2,2%
	Uoplyst	8	0,8%	12	1,1%
I alt		1005	103,7%	1072	105,4%

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	116	11,5%	92	8,6%
	Patienten har ikke ønsket udredning	38	3,8%	47	4,4%
	Patienten overholdte ikke aftale om opfølgning	20	2,0%	46	4,3%
	Lægen tilrådede at se an uden tidsangivelse	30	3,0%	39	3,6%
	Lægen behandlede eller henviste på mistanke om anden sygdom først	282	28,1%	275	25,7%
	Lægen afventede på baggrund af normale undersøgelser	43	4,3%	71	6,6%
	Lægen overså prøvesvar eller svar på billeddiagnostik	6	0,6%	9	0,8%
	Lægen henviste til udredning på mistanke om anden type kræft først	54	5,4%	43	4,0%
	Sygehuset afviste henvisning	5	0,5%	7	0,7%
	Sygehuset indkaldte patienten senere end 2 uger efter henvisningsdato	29	2,9%	29	2,7%
	Ingen af de forrige	432	43,0%	466	43,5%
	Uoplyst	83	8,3%	86	8,0%
I alt		1005	113,2%	1072	112,9%
FØRSTE HENVISNING I FORLØBET	Henvist i specifikt kræftpakkeforløb	437	43,5%	465	43,4%
	Henvist til diagnostisk center (i MAS-forløb)	35	3,5%	55	5,1%
	Henvist direkte til billeddiagnostik	199	19,8%	155	14,5%
	Henvist til speciallæge eller anden sygehusafdeling	220	21,9%	257	24,0%
	Indlagt akut	85	8,5%	111	10,4%
	Ingen af førnævnte	22	2,2%	18	1,7%
	Uoplyst	7	0,7%	11	1,0%
I alt		1005	100,0%	1072	100,0%
OVERORDNET VURDERING AF DET DIAGNOSTISKE FORLØB	Særdeles godt	542	53,9%	577	53,8%
	Overvejende godt	328	32,6%	361	33,7%
	Overvejende dårligt	104	10,3%	115	10,7%
	Særdeles dårligt	22	2,2%	14	1,3%
	Uoplyst	9	0,9%	5	0,5%
I alt		1005	100,0%	1072	100,0%
PATIENTENS ADFÆRD	Særdeles godt	636	63,3%	640	59,7%
	Overvejende godt	234	23,3%	284	26,5%
	Overvejende dårligt	95	9,5%	105	9,8%
	Særdeles dårligt	31	3,1%	37	3,5%
	Uoplyst	9	0,9%	6	0,6%
I alt		1005	100,0%	1072	100,0%
PRAKSIS HÅNDBLÆVNING AF FORLØBET	Særdeles godt	670	66,7%	734	68,5%
	Overvejende godt	262	26,1%	274	25,6%
	Overvejende dårligt	59	5,9%	55	5,1%
	Særdeles dårligt	4	0,4%	4	0,4%
	Uoplyst	10	1,0%	5	0,5%
I alt		1005	100,0%	1072	100,0%
SEKTOROVERGANGE	Særdeles godt	777	77,3%	822	76,7%
	Overvejende godt	159	15,8%	194	18,1%
	Overvejende dårligt	45	4,5%	44	4,1%
	Særdeles dårligt	13	1,3%	7	0,7%
	Uoplyst	11	1,1%	5	0,5%
I alt		1005	100,0%	1072	100,0%
SEKUNDÆRSEKTORENS HÅNDBLÆVNING AF FORLØBET	Særdeles godt	755	75,1%	786	73,3%
	Overvejende godt	168	16,7%	205	19,1%
	Overvejende dårligt	46	4,6%	58	5,4%
	Særdeles dårligt	19	1,9%	10	0,9%
	Uoplyst	17	1,7%	13	1,2%
I alt		1005	100,0%	1072	100,0%

Kræftaudit – Jo før Jo bedre Vejledning til registreringen

Til praksis' E-boks er fremsendt en liste over patienter med ny-diagnosticeret kræft fra marts 2019 og 2 år frem. Patientlisten indeholder løbenummer, CPR-nummer, kræfttype og dato for kræftdiagnose. Vedlagt i det fysisk fremsendte materiale findes, foruden denne vejledning, registreringsskemaer, et baggrundsspørgeskema og en symptomliste. Registreringsskemaerne udfyldes, så løbenumrene stemmer overens med **patientlisten**. Som en kontrol heraf anføres patientens fødselsår på registreringsskemaet. **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 <i>Felt 1-2</i></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? <i>Felt 3-8</i></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? <i>Felt 9</i></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 rygsmerte to gange forud for henvisning til skanning.</p> <p>Datoen for første henvendelse ville i dette tilfælde være datoen for første kontakt med rygsmerte.</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 hæmoridecreme 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 trombositendens - <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 bløddede	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 nævus
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

