

Audit om tidlig opsporing af kræft i almen praksis



Fotograf Maria Hedegaard og Lægerne på Volden, Fredericia.

UTILSIGTET VÆGTTAB | NATTESVED | UFORKLARLIG FEBER | KNUD
UDTALT TRÆTHED | LANGVARIG HOSTE | SMERTER | **UFORKLARLIG HÆSHE**
SYNKEBESVÆR | **ÆNDRET AFFØRINGSMØNSTER** | LAV BLODPROCE

Svarrapport
35 praksis
Region Syddanmark
2018



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 2018
Udgivet af: Audit Projekt Odense (APO)
 Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense
 J.B. Winsløws Vej 9A
 5000 Odense C
Forfattere: Charlotte Harmsen, Speciallæge i almen medicin, APO
 Jesper Lykkegaard, praktiserende læge, leder af Audit Projekt Odense
Lay-out: Susanne Døssing Berntsen
Print: Print & Sign SDU
Oplag: 150

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 – total samt opdeling på køn	8
Antal registreringer.....	10
Alder og køn.....	11
Alder og kræftdiagnose.....	12
Samlede resultater som søjlediagrammer	13
Hvad ledte til kræftmistanken.....	18
Udredningsforløb i almen praksis	22
Vurdering	26
Forløb i uger.....	28
Variationsdiagrammer.....	38
Kort over deltagende praksis	41
Registreringsskema	42
Vejledning til registreringsskemaer.....	43
Kræftdiagnostik symptomliste	44

Baggrund

Hvornår og hvordan får vi som praktiserende læger og praksispersonale mistanke om kræft hos vores patienter? Opsporer vi de tidlige symptomer på kræft i tide? Og hvad er det for symptomer eller sygdomstegn, som vækker vores mistanke om kræft? Er det blodprøvesvar, der undrer? tilfældige fund ved billeddiagnostik? "mavefornemmelse"? Er der forskel på hvor optimalt udredningen forløber afhængig af kræfttype?

Gør vi det godt nok i vores praksis og i samarbejdet med vores lokale sygehus? Eller er der områder i den tidlige opsporing og udredningsforløb, som kan optimeres?

Indførelse af kræftpakkeforløbene i 2007 har medført en væsentlig optimering i udredningen og behandlingen af kræftpatienter. Disse specialespecifikke kræftpakkeforløb er designet til patienter, som præsenterer sig i almen praksis med 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.

I Region Syddanmark er henvisning til et MAS-forløb (Mistanke om Alvorlig Sygdom) 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, at patienten får taget en række specifikke blodprøver. Det videre udredningsforløb afhænger af lokale praktiske forhold. Nogle steder henvises patienten til den lokale udredende 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, som den praktiserende læge henviser til. Det billeddiagnostiske resultat er herefter afgørende for, hvorvidt patienten fortsætter i udredningsforløbet på mistanke om alvorlig sygdom eller returneres til egen læge.

En faldgrube med fare for forsinkelse i udredningsforløbet omhandler, at få reageret hensigtsmæssigt på både de abnorme og normale prøvesvar. Hvad stiller vi op som praktiserende læger, når vi modtager et normalt svar på blodprøver eller billeddiagnostik angående en patient, som vi uændret mistænker for at have kræft? Hvordan sikres, at alle involverede ansatte og læger i praksis bliver opmærksomme på kræftmistanken, så udredningen ikke pauseres i utide på grund af et negativt prøvesvar eller med baggrund i manglende overlevering af information i personale/lægegruppen?

Formålet med audit

APO's kræftaudit har til formål at sætte fokus på - og forbedre den tidlige opsporing af kræft i dagligdagen i almen praksis samt at styrke samspillet mellem almen praksis og det lokale sygehus,. Særligt fokus er på de diagnostiske centre 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 de lokale diagnostiske center/ udredningstilbud, med det sigte at bidrage til en forbedret overlevelse for jeres kræftpatienter

Metode

Projektet blev til i samarbejde med den Regionale indsats, Jo Før Jo Bedre i Almen Praksis, og blev udført som en retrospektiv journalaudit baseret på APO-metoden. Samtlige almen praksis i Region Syddanmark blev i februar 2018 inviteret til at deltage i audit. I forbindelse med tilmelding til audit oplyste deltagerne hvilket elektronisk journalsystem, som blev brugt i praksis. Primo april fik hvert lægehus tilsendt registreringskemaer og vejledning til at identificere nye patienter med kræft via journalsystemet. Metoden baseredes på patienternes diagnosekoder dels i praksis' egne notater, men også i epikriser og fremsendte ambulante notater fra sygehuse.

Idet kræftincidensen ligger på ca. 10 patienter per år per læge, estimerede vi, at hver deltagende læge kunne bidrage med ca. 20 kræftpatienter baseret på journaludtræk 2 år bagud i tid.

Patienter blev ekskluderet fra registreringen, hvis de ikke var tilmeldt praksis på diagnosetidspunktet, eller hvis de var diagnosticeret med godartet hudkræft (basalcelle- eller spinocellulært karcinom). Patienter, hvor udredningsforløbet startede andre steder end ved egen læge skulle udover startsted for forløbet kun have registreret diagnosen, samt køn, fødselsår og kvartalet for diagnosen. Således omhandler hovedparten af auditens resultater kun de patienter, hvis forløb startede med en henvendelse til egen læge. Dette udgør dog langt størstedelen af de kræftdiagnostiske forløb.

Lægerne blev bedt om på et selvvalgt tidspunkt i april 2018 at foretage journaludtrækket og 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. Denne del af projektet gav deltagerne øvelse i at foretage journaludtræk på en udvalgt patientgruppe, hvilket fremadrettet kan bruges til refleksion over egen praksis og til håndtering af forskellige sygdomsgrupper.

Nogle journaludtræk voldte problemer, hvilke blev løst ved fjernsupport eller besøg fra projektgruppen til de involverede praksis.

Audit mundedede ud i et gratis heldagskursus, som blev afholdt i juni måned 4 forskellige steder i Region Syddanmark, geografisk placeret svarende til de 4 regionale diagnostiske centre / udredningsenheder.

På kurset drøftede deltagerne audits resultater, og der var oplæg ved kræftforsker og praktiserende læge Dorte Jarbøl vedrørende diagnostiske udfordringer og dilemmaer i hverdagen samt oplæg fra repræsenterende læge fra det lokale sygehus' diagnostiske center/udredningsenhed og den lokale praksiskonsulent inden for kræftområdet.

Resultat

I alt 85 læger fordelt på 35 praksis tilmeldte sig audit. Heraf kom 7 læger (3 praksis) fra Sydvestjysk Sygehus' optageområde, 21 læger (8 praksis) fra Sygehus Sønderjyllands optageområde, 30 læger (13 praksis) fra Odense Universitetshospitals optageområde og 27 læger (11 praksis) fra Sygehus Lillebælts optageområde.

34 af de 35 deltagende praksis var med på opfølgingskursus. Der deltog i alt 103 læger og praksispersonale i kurserne.

Der blev registreret i alt 1.190 forløb relateret til patienter med nydiagnosticeret kræft fra perioden 1. april 2016 til 31. marts 2018.

Heraf var udredningsforløbet startet ved egen læge hos i alt 879 kræftpatienter.

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 deltageres.

Arbejdsgruppe

- Charlotte Harmsen, Speciallæge i almen medicin, APO
- Maria Staun, Kvalitetsudviklingskonsulent Region Syddanmark
- Dorte Ejg Jarbøl, praktiserende læge, symptomforsker, Forskningsenheden for Almen praksis, Syddansk Universitet
- Christian Søren Christiansen, ledende overlæge, FAM 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, 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

		Total		Mænd		Kvinder	
		Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
PATIENTENS KØN	Kvinde/pige	578	48,6%			576	100,0%
	Mand/dreng	610	51,3%	612	100,0%		
	Uoplyst	2	0,2%				
I alt		1190	100,0%	612	100,0%	576	100,0%
KRÆFTTYPE	Lymfe	64	5,4%	33	5,4%	31	5,4%
	Leukæmi	32	2,7%	23	3,8%	9	1,6%
	Uspecificeret blod/lymfe	38	3,2%	18	2,9%	20	3,5%
	Ventrikel	16	1,3%	11	1,8%	5	0,9%
	Colorectal	176	14,8%	95	15,5%	81	14,1%
	Pancreas	22	1,8%	10	1,6%	11	1,9%
	Uspecificeret fordøjelse	56	4,7%	39	6,4%	17	3,0%
	Uspecificeret muskel/skelet	6	0,5%	3	0,5%	3	0,5%
	Uspecificeret nervesystem	12	1,0%	10	1,6%	2	0,3%
	Lunge	94	7,9%	50	8,2%	44	7,6%
	Uspecificeret luftveje	37	3,1%	23	3,8%	14	2,4%
	Melanom	185	15,5%	83	13,6%	102	17,7%
	Thyreoidea	11	0,9%	2	0,3%	9	1,6%
	Nyre	25	2,1%	17	2,8%	8	1,4%
	Blære	16	1,3%	13	2,1%	3	0,5%
	Cervix	9	0,8%	0	0,0%	9	1,6%
	Bryst	147	12,4%	0	0,0%	147	25,5%
	IKA incl corpus uteri	40	3,4%	0	0,0%	40	6,9%
	Prostata	130	10,9%	130	21,2%	0	0,0%
	Testis	17	1,4%	17	2,8%	0	0,0%
	Uspecificeret	28	2,4%	16	2,6%	12	2,1%
Missing/uoplyst	29	2,4%	19	3,1%	9	1,6%	
I alt		1190	100,0%	612	100,0%	576	100,0%
HVOR STARTEDE FORLØBET	Egen læge / eget lægehus	879	73,9%	472	77,1%	406	70,5%
	Lægevagten/anden almen læge	37	3,1%	19	3,1%	18	3,1%
	Praktiserende speciallæge	43	3,6%	21	3,4%	22	3,8%
	Skadestue/ 112/under anden indlæggelse	112	9,4%	60	9,8%	52	9,0%
	Screening for colorektal eller brystkræft	94	7,9%	27	4,4%	67	11,6%
	Ved ikke	22	1,8%	12	2,0%	10	1,7%
	Uoplyst	3	0,3%	1	0,2%	1	0,2%
I alt		1190	100,0%	612	100,0%	576	100,0%

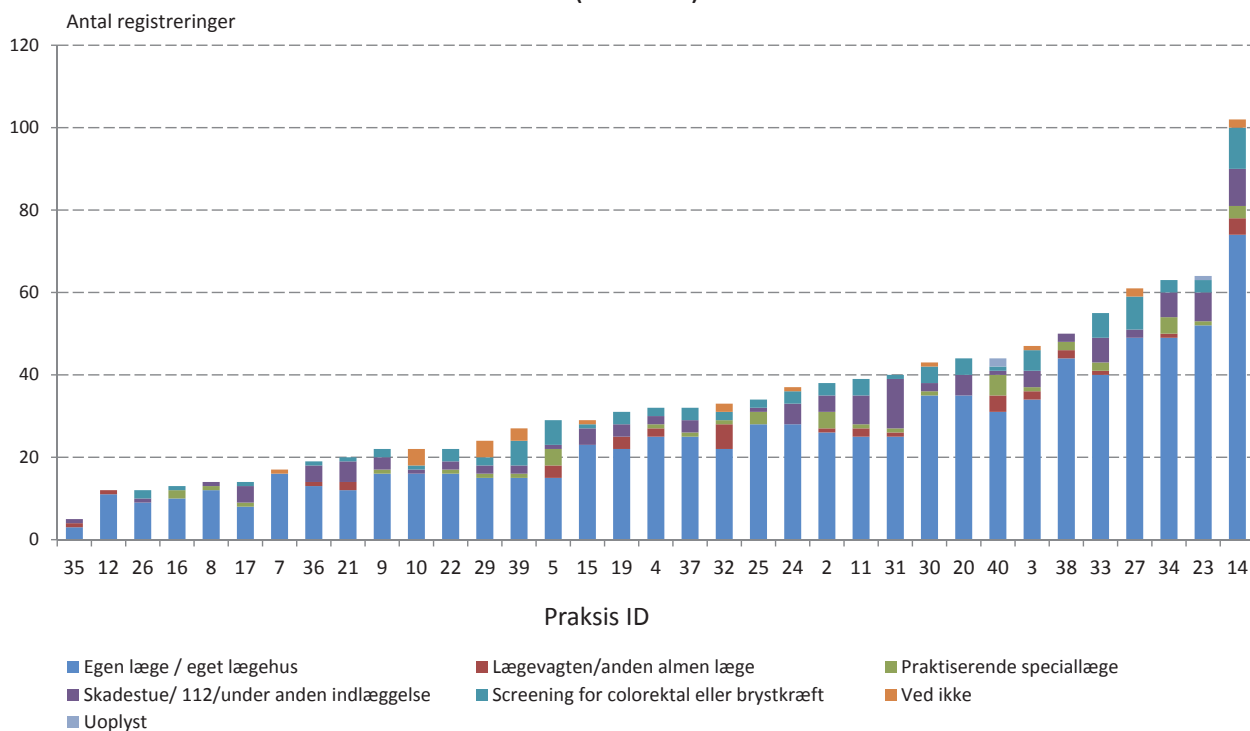
Samlede resultater i tabelform - læger og behandlersygeplejersker

		Total		Mænd		Kvinder	
		Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
HVAD LEDTE TIL KRÆFTMISTANKE	Specifikke alarmsymptom/tegn på kræft	444	50,5%	216	45,8%	227	55,9%
	Almene alarmsymptomer eller tegn	159	18,1%	83	17,6%	76	18,7%
	Ukarakteristiske symptomer	174	19,8%	104	22,0%	70	17,2%
	Tilfældigt fund ved obj us.	44	5,0%	18	3,8%	26	6,4%
	Tilfældigt fund ved blodprøve	81	9,2%	59	12,5%	22	5,4%
	Tilfældigt fund ved billeddiagn.	47	5,3%	27	5,7%	20	4,9%
	Opportunistisk screening	24	2,7%	21	4,4%	3	0,7%
	Screening for cervix cancer	3	0,3%	0	0,0%	3	0,7%
	Andet	37	4,2%	22	4,7%	15	3,7%
	Ved ikke	4	0,5%	1	0,2%	3	0,7%
	Uoplyst	24	2,7%	15	3,2%	9	2,2%
I alt		879	118,4%	472	119,9%	406	116,7%
Forløb i uger	Symptomvarighed før lægekontakt median	573	4 uger	292	4 uger	280	4 uger
	Fra lægekontakt til henvisning median	843	1-3 dage	450	1-3 dage	392	1-3 dage
	Fra henvisning til diagnose median	844	2 uger	455	3 uger	388	2 uger
UDREDNINGSFORLØB I ALMEN PRAKSIS	Råd om at se an med tidsangivelse	40	4,6%	29	6,1%	11	2,7%
	Råd om at se an uden tidsangivelse	14	1,6%	8	1,7%	6	1,5%
	Egen læges vurdering: ingen kræft pt. beroliges	23	2,6%	10	2,1%	13	3,2%
	Forsøg på behandling af symptomer	97	11,0%	52	11,0%	45	11,1%
	Blodprøve taget eller bestilt af egen læge	231	26,3%	163	34,5%	68	16,7%
	Røntgen/ultralyd bestilt af egen læge	161	18,3%	74	15,7%	87	21,4%
	CT/MR bestilt af egen læge	52	5,9%	29	6,1%	22	5,4%
	Henv. til spec læge uden kræftmistanke	66	7,5%	30	6,4%	36	8,9%
	Henv. til spec læge med kræftmistanke	149	17,0%	76	16,1%	73	18,0%
	Henv. til sygehus uden kræftmistanke	109	12,4%	61	12,9%	48	11,8%
	Henv. til kræftpakkeforløb	342	38,9%	183	38,8%	159	39,2%
	Henv. til diagnostisk center	54	6,1%	30	6,4%	24	5,9%
	Anden henv. til sygehus med kræftmistanke	101	11,5%	61	12,9%	40	9,9%
	Kræft påvist uden om forløbet i praksis	18	2,0%	10	2,1%	8	2,0%
	Andet	37	4,2%	23	4,9%	14	3,4%
	Uoplyst	10	1,1%	6	1,3%	4	1,0%
I alt		879	171,1%	472	179,0%	406	162,1%
HVORDAN VAR DET SAMLEDE FORLØB	Godt	686	78,0%	369	78,2%	316	77,8%
	Mindre godt	122	13,9%	67	14,2%	55	13,5%
	Dårligt	51	5,8%	24	5,1%	27	6,7%
	Uoplyst	20	2,3%	12	2,5%	8	2,0%
I alt		879	100,0%	472	100,0%	576	100,0%

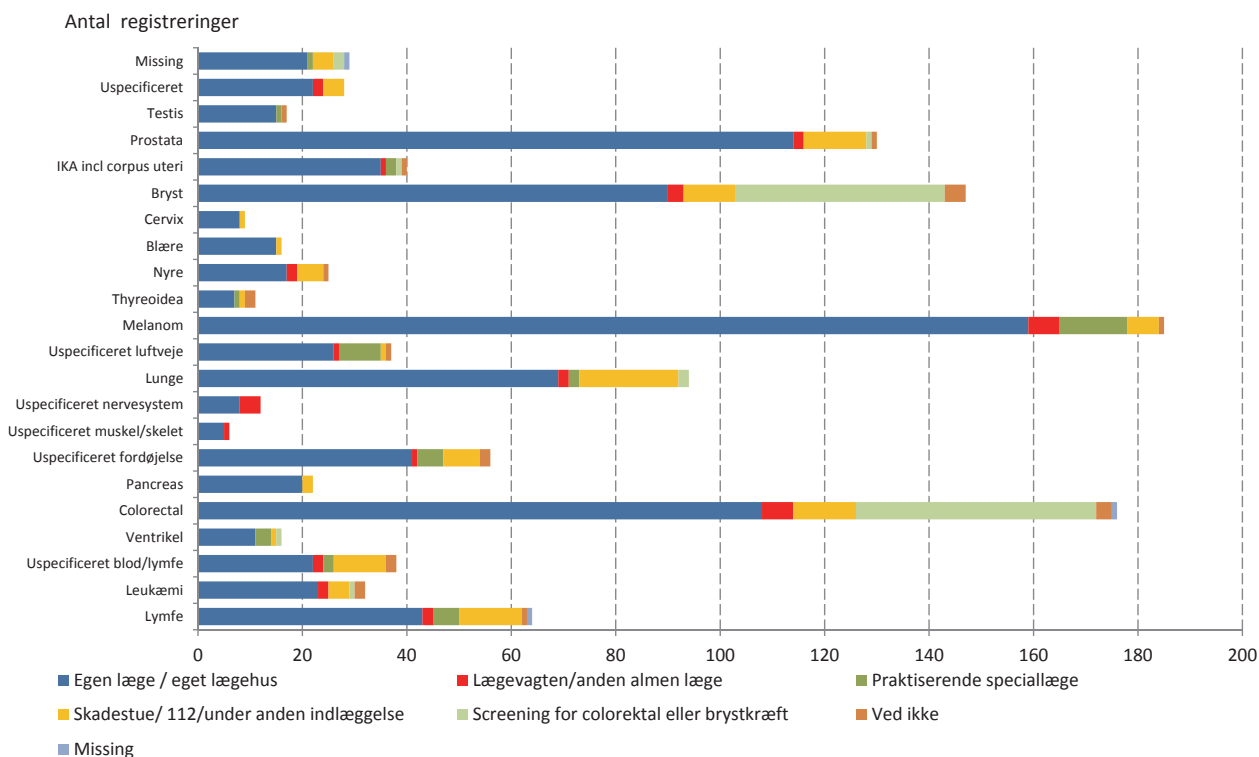
Antal registreringer

De fleste patienter med kræft henvender sig først i egen praksis, uanset hvilken læge man måtte have eller hvilken kræftform, det drejer sig om. Ved brystkræft og colorectalkræft starter forløbet næst hyppigst med en invitation til screening. Uspecificeret luftvejskræft starter næst hyppigst hos ØNH-læge, kræft i nervesystemet i lægevagten og generelt starter kræftforløb jævnlige under en indlæggelse.

Antal registreringer per praksis i forhold til hvor startede forløbet
(n=1190)



Hvor startede forløbet i forhold til kræfttype
(N=1190)

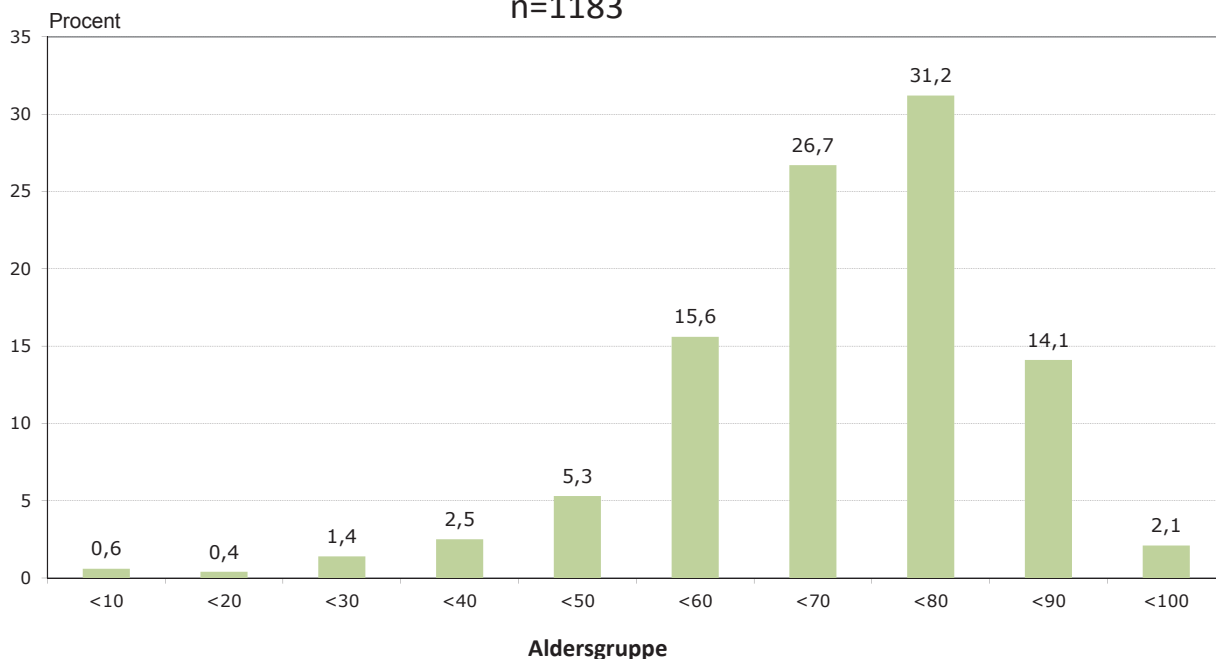


Alder og køn

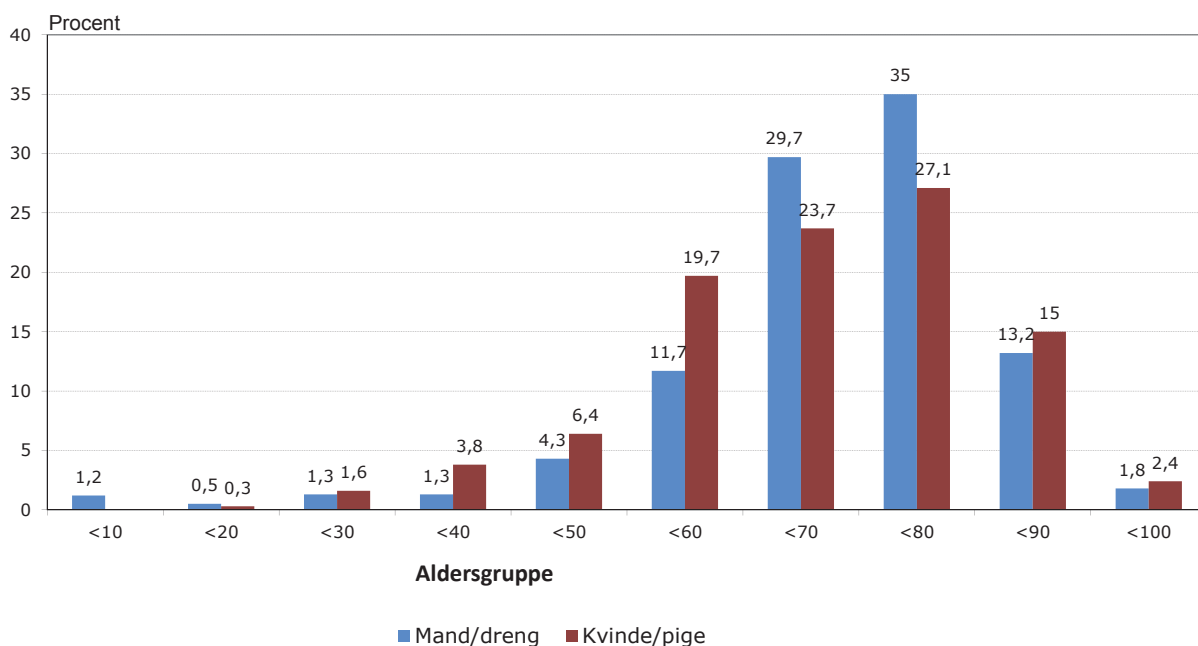
Kræfthyppigheden stiger med alderen. Søjlerne for +80årige er blot lavere fordi der er færre danskere i disse aldersgrupper. Egen læge er hyppigste startsted i alle aldre. Blandt børn er kræft hyppigst for drenge. I voksenalderen op til 60 år blandt kvinder og ældre end 60 år blandt mænd. At søjlerne for kvinderne er højere over 80 år skyldes, at kvinder lever længere end mænd, ikke at de hyppigere får kræft i høj alder.

Alder ved diagnose

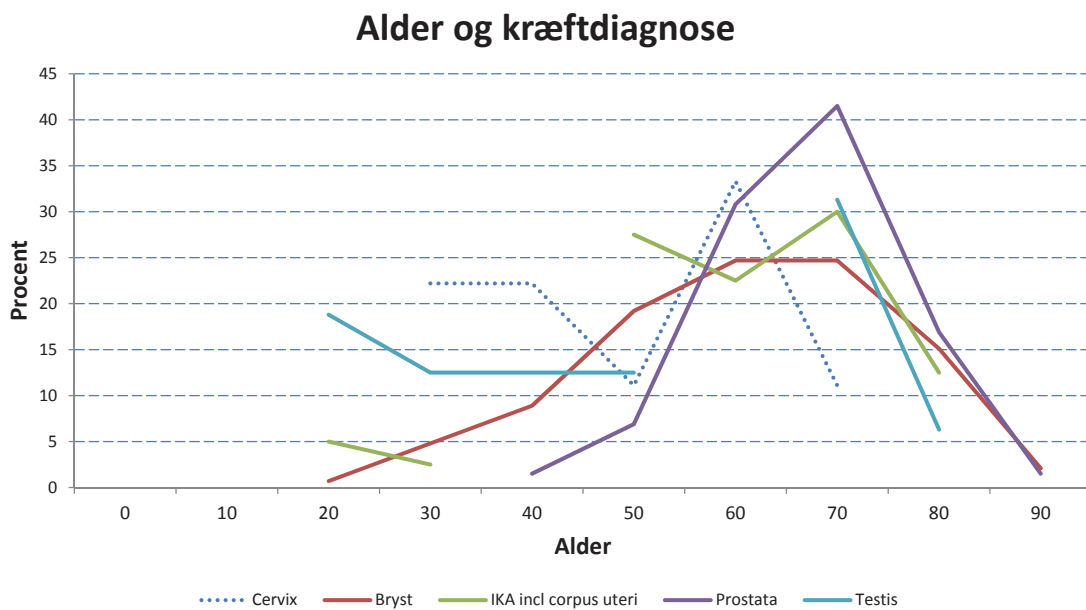
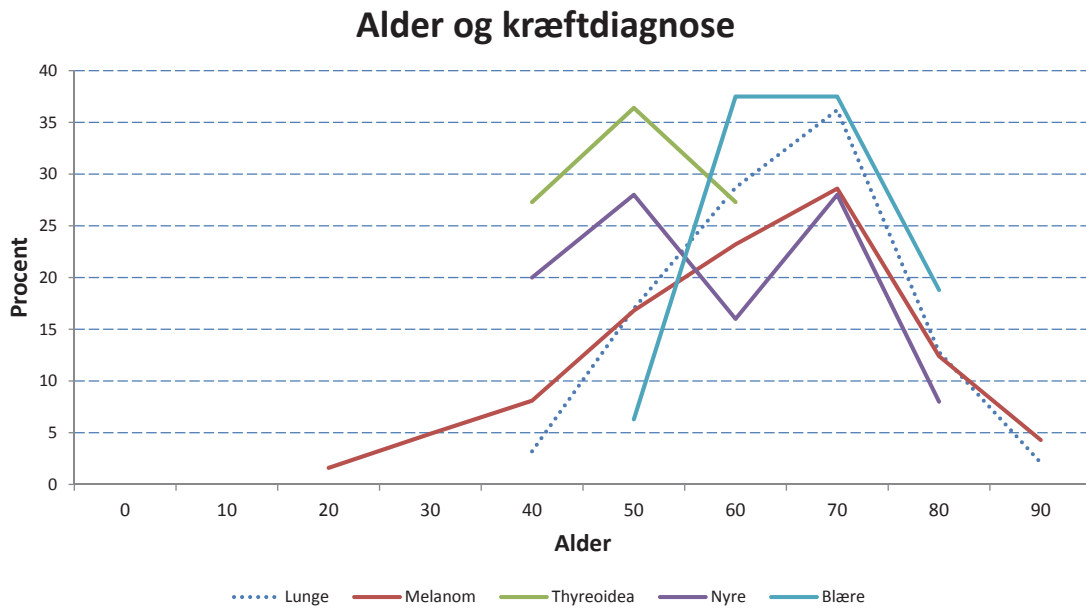
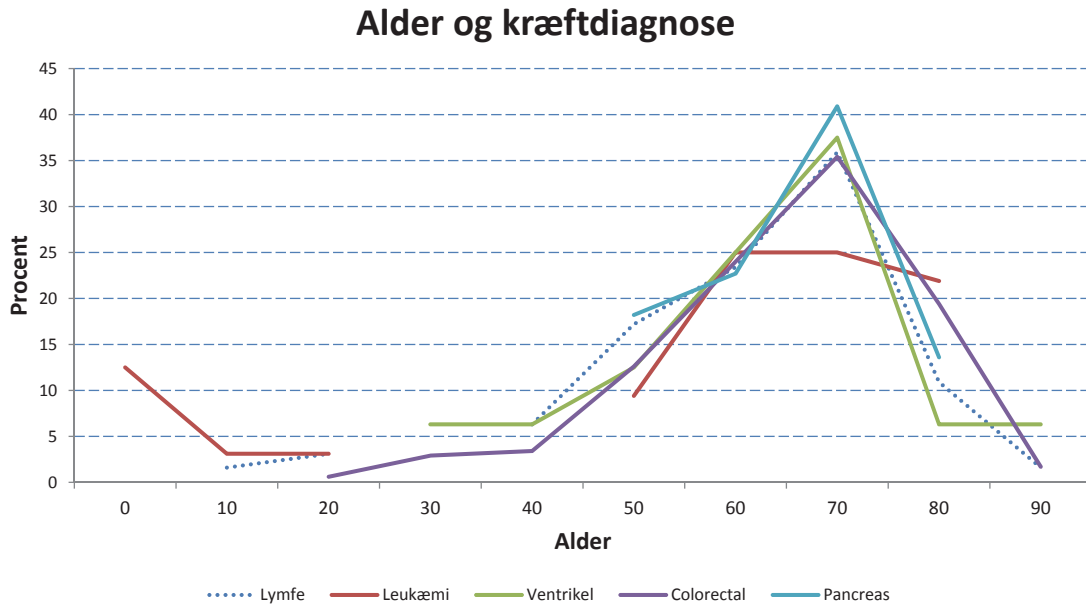
n=1183



Alder ved diagnose i forhold til køn



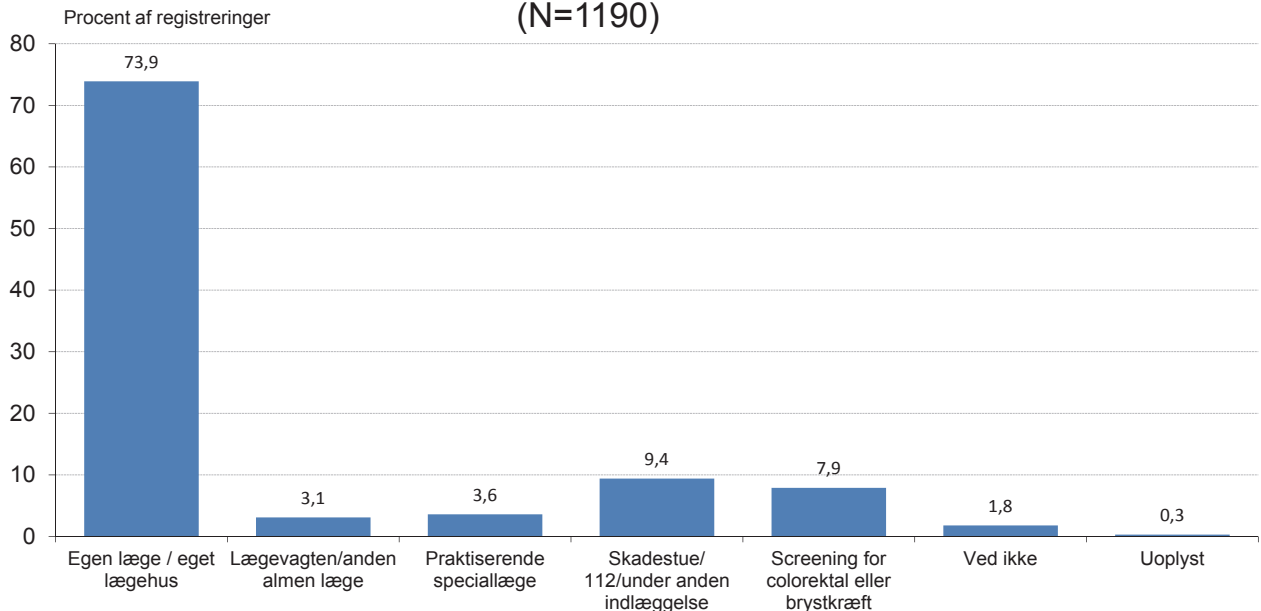
Alder og kræftdiagnose



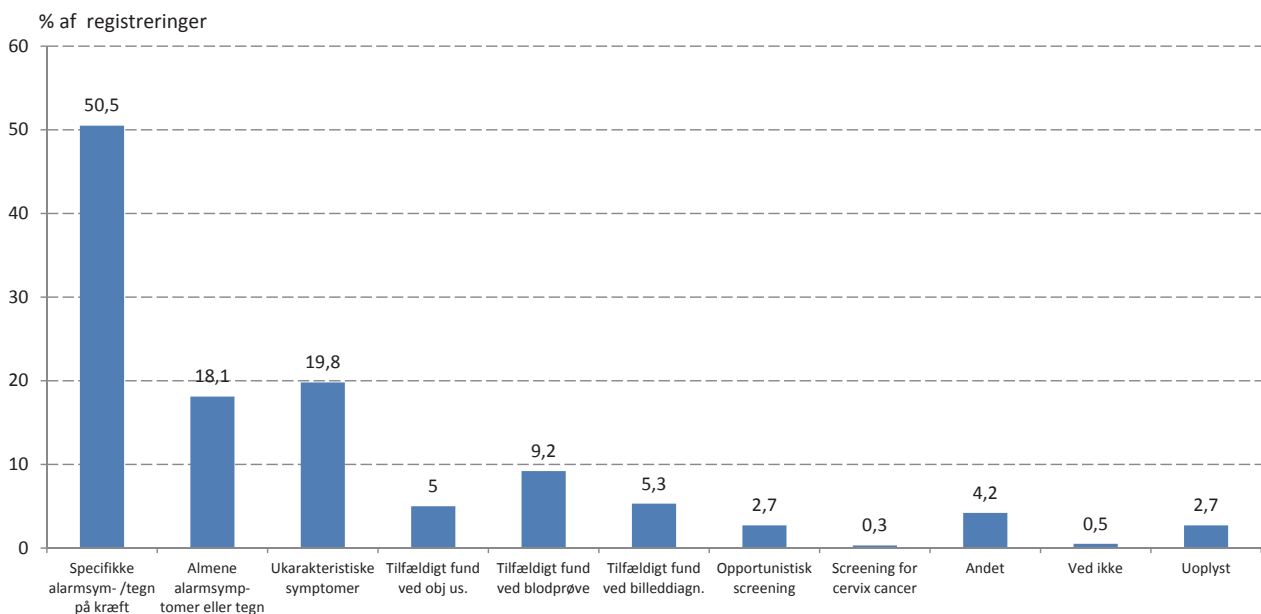
Samlede resultater

Halvdelen af de patienter med kræft, der først henvendte sig til egen praksis, havde organspecifikke symptomer på kræft. En femtedel havde ukarakteristiske symptomer og en hos en del startede kræftforløbet med objektive fund fra lægen uden at patienten havde symptomer på kræftsygdommen.

Hvor startede forløbet (N=1190)



Hvad ledte til kræftmistanke? (N=879)

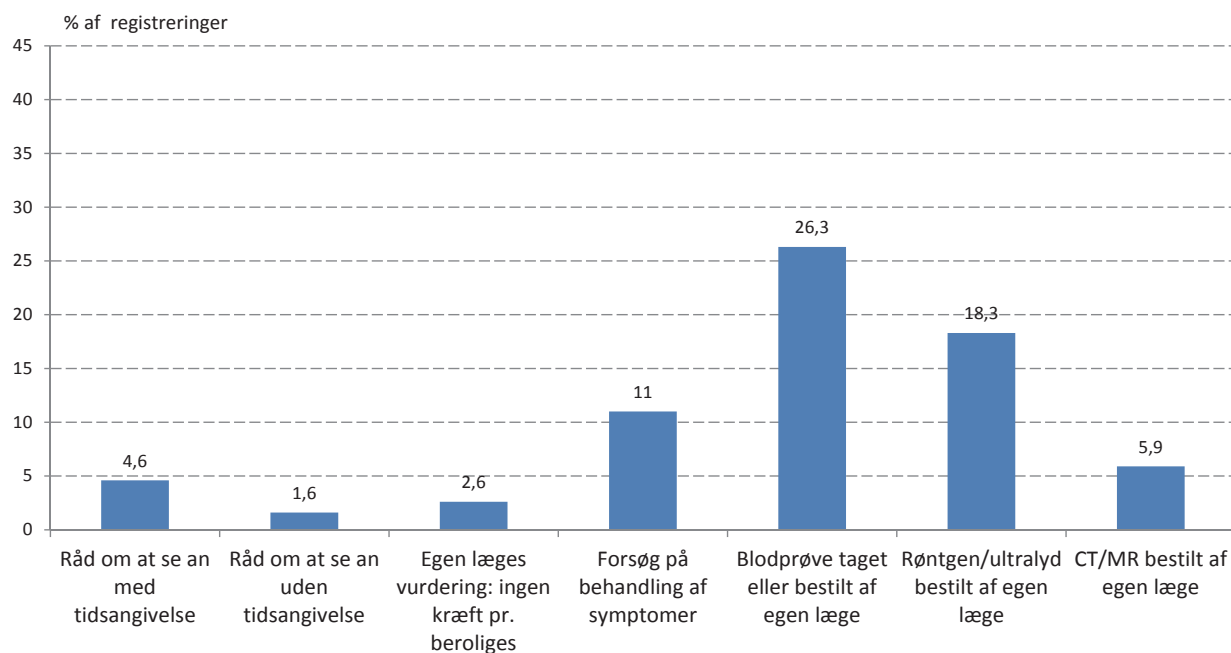


Samlede resultater

Ud af de utallige gange, hvor en patient beroliges, er det ekstremt sjældent, at der viser sig en kræftsygdom. Det er sjældent, at lægen vælger at se an, og når det sker, er det hyppigst i en veldefineret tidsperiode. Mange forløb starter med undersøgelser hos eller bestilt af egen læge. Når kræftforløbet starter i egen praksis, så diagnosticeres kræften næsten altid med praksis som tovholder. Langt hyppigst henvises patienten med en udspecificeret kræftmistanke.

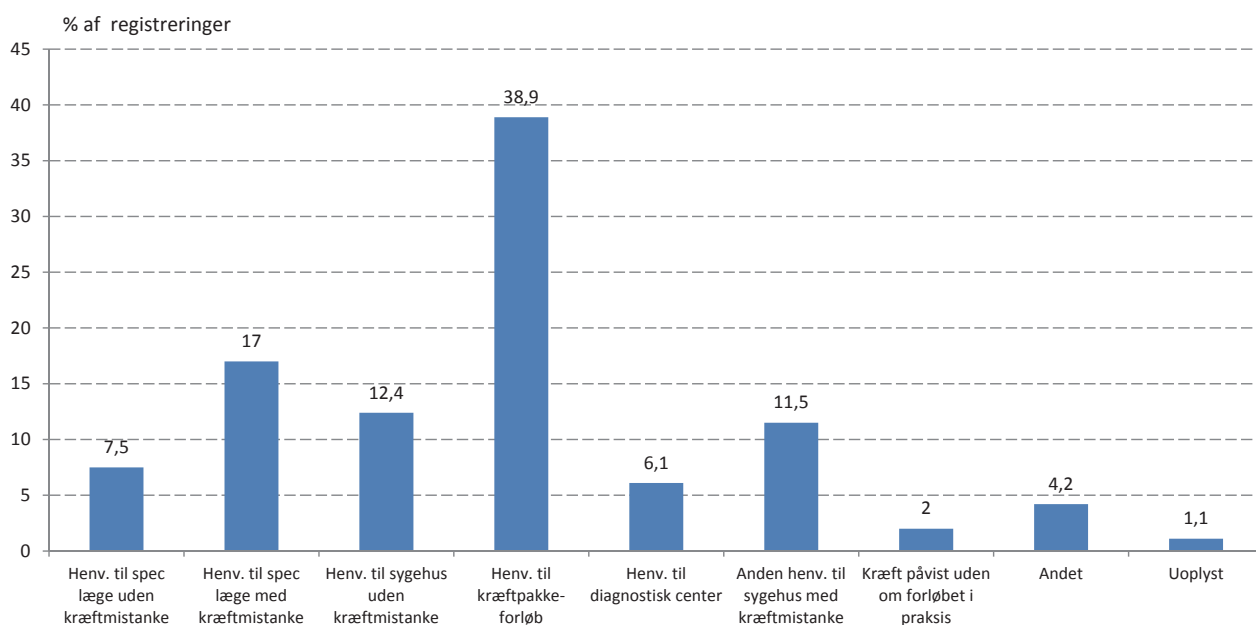
Udredningsforløb i almen praksis

(N=879)



Henvisning fra almen praksis

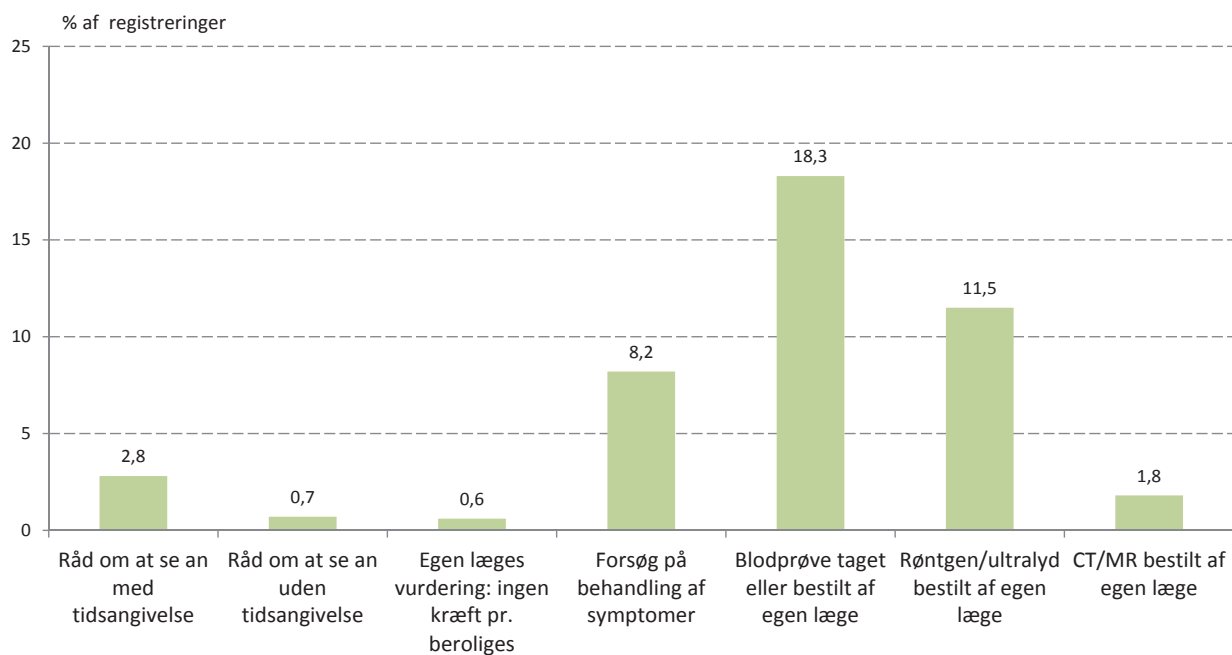
(N=879)



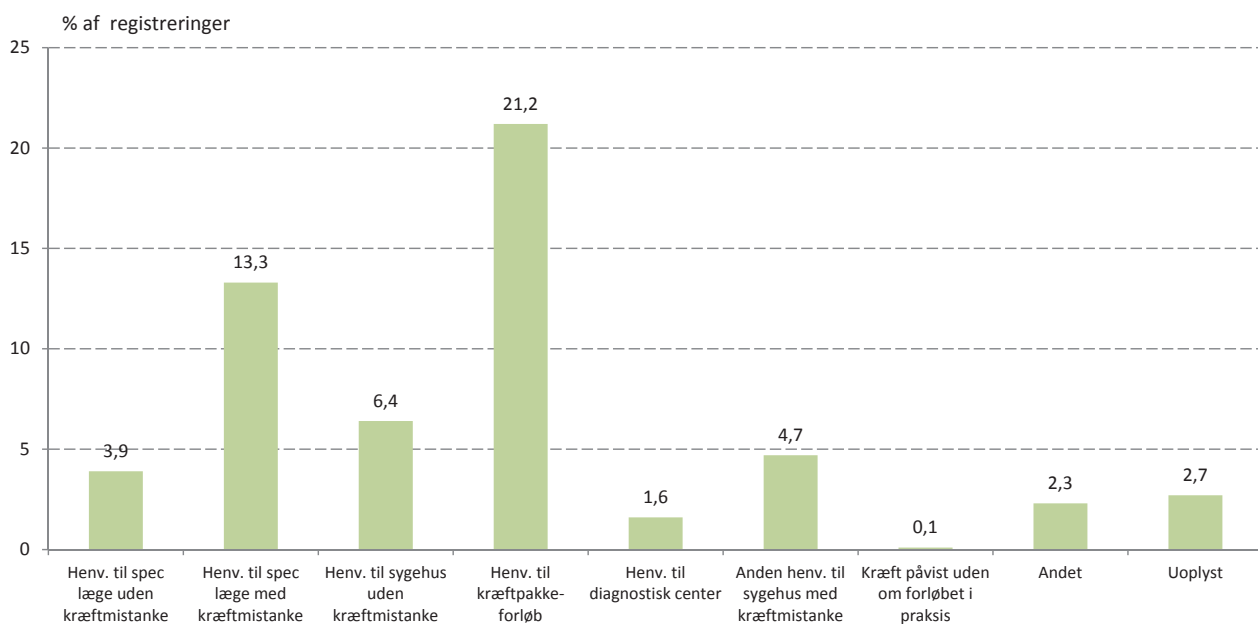
Den første handling

Ud af de utallige gange, hvor en patient beroliges, er det ekstremt sjældent, at der viser sig en kræftsygdom. Det er sjældent, at lægen vælger at se an, og når det sker, er det hyppigst i en veldefineret tidsperiode. Mange forløb starter med undersøgelser hos eller bestilt af egen læge. Når kræftforløbet starter i egen praksis, så diagnosticeres kræften næsten altid med praksis som tovholder. Langt hyppigst henvises patienten med en udspecificeret kræftmistanke.

Hvad der var den første handling fra praksis (N=879)

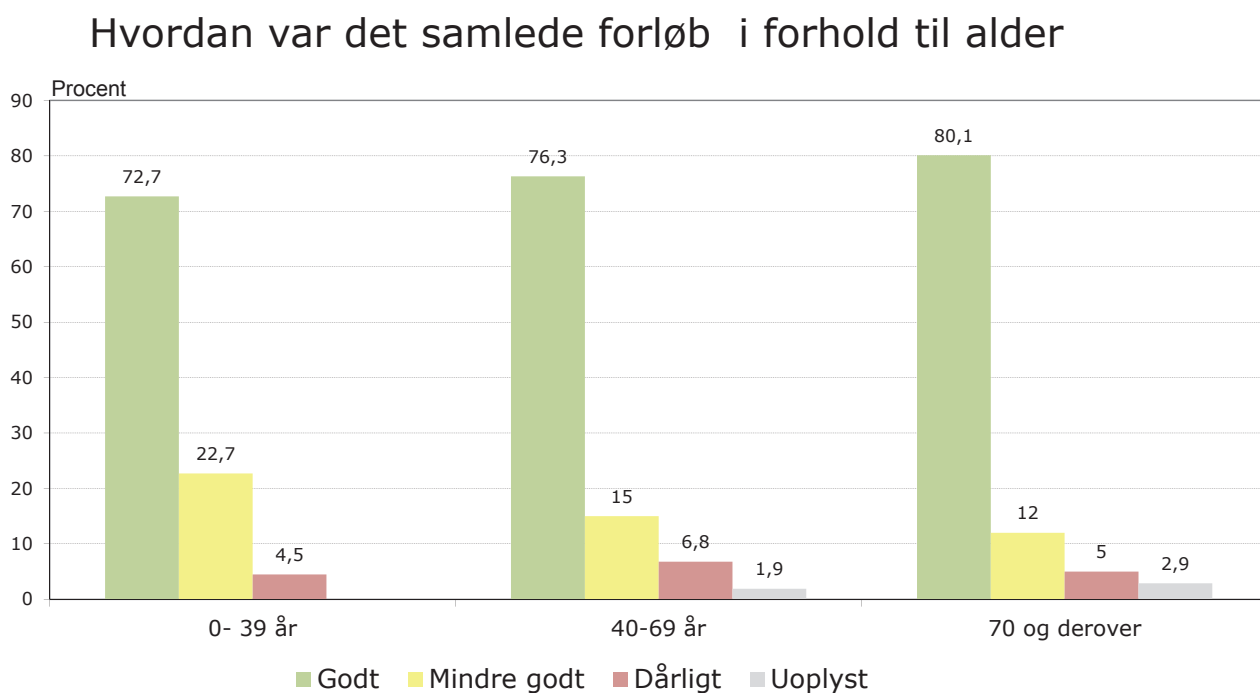
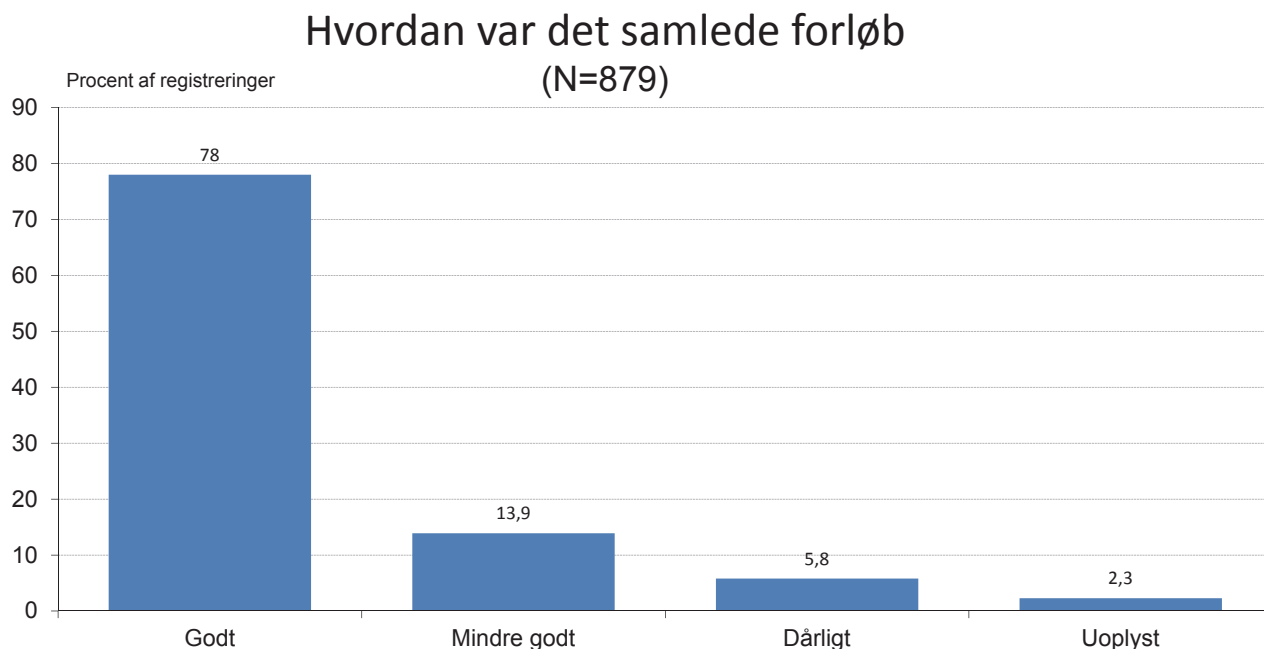


Hvad der var den første handling fra praksis (N=879)



Samlede resultater

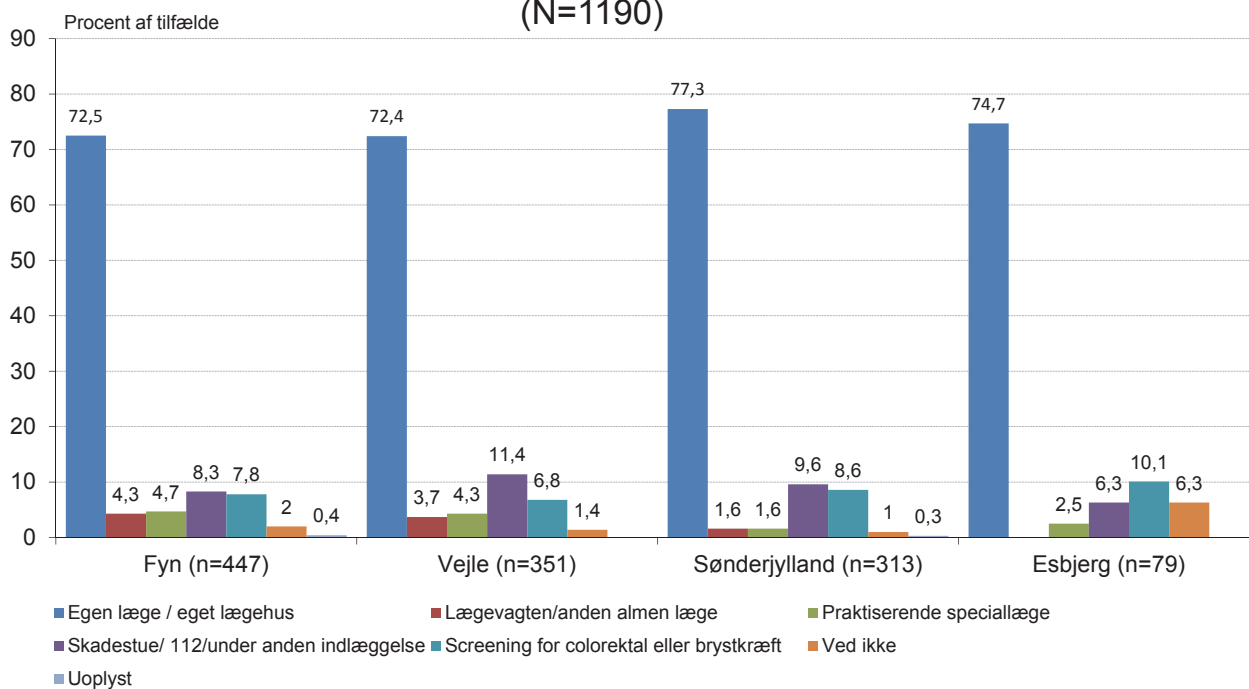
De fleste forløb vurderes af lægen som gode. Vurderingen indeholder både om patienten, egen læge og det sekundære sundhedsvæsen agerede hensigtsmæssigt i det kræftdiagnostiske forløb.



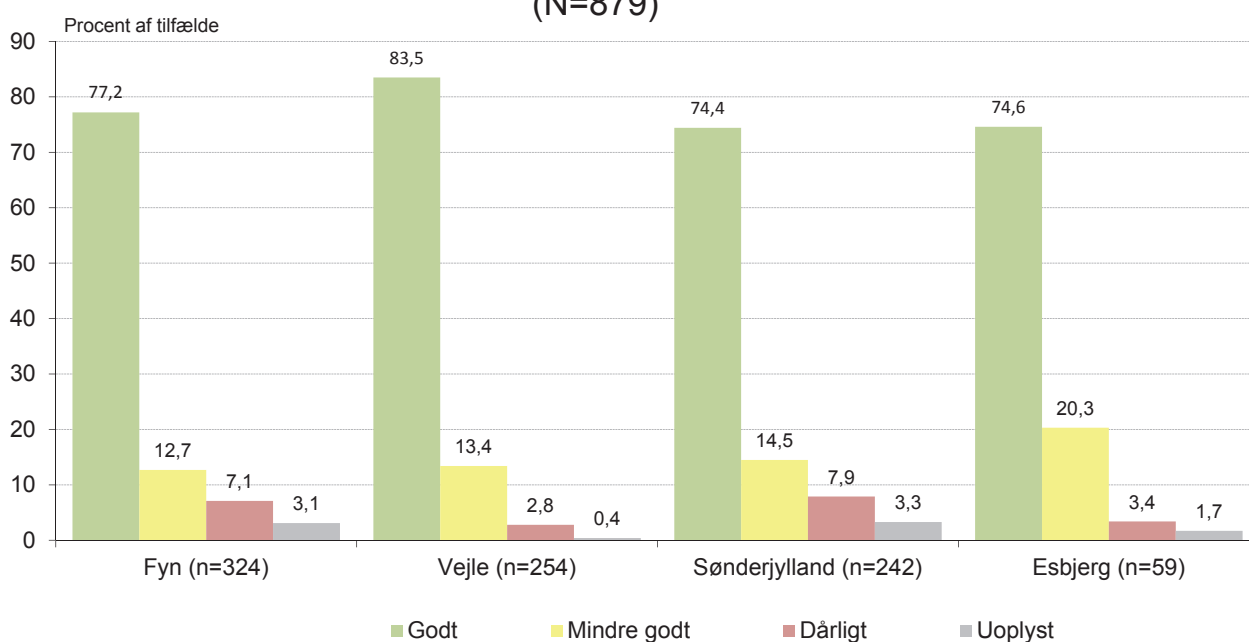
Områder

I alle fire geografiske områder startede forløbene hyppigst i almen praksis. Fordelingen var generelt ens. De fleste forløb blev bedømt som gode. Lidt flere i Vejle.

Hvor startede forløbet i forhold til område (N=1190)



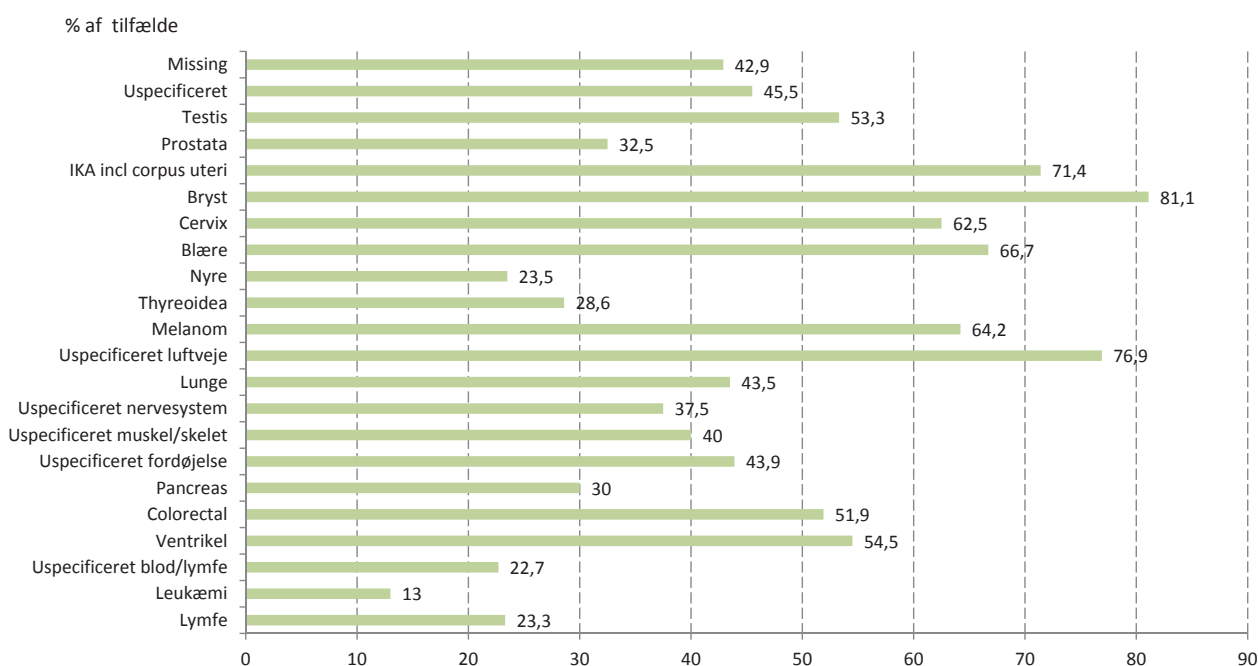
Hvordan var det samlede forløb i forhold til område (N=879)



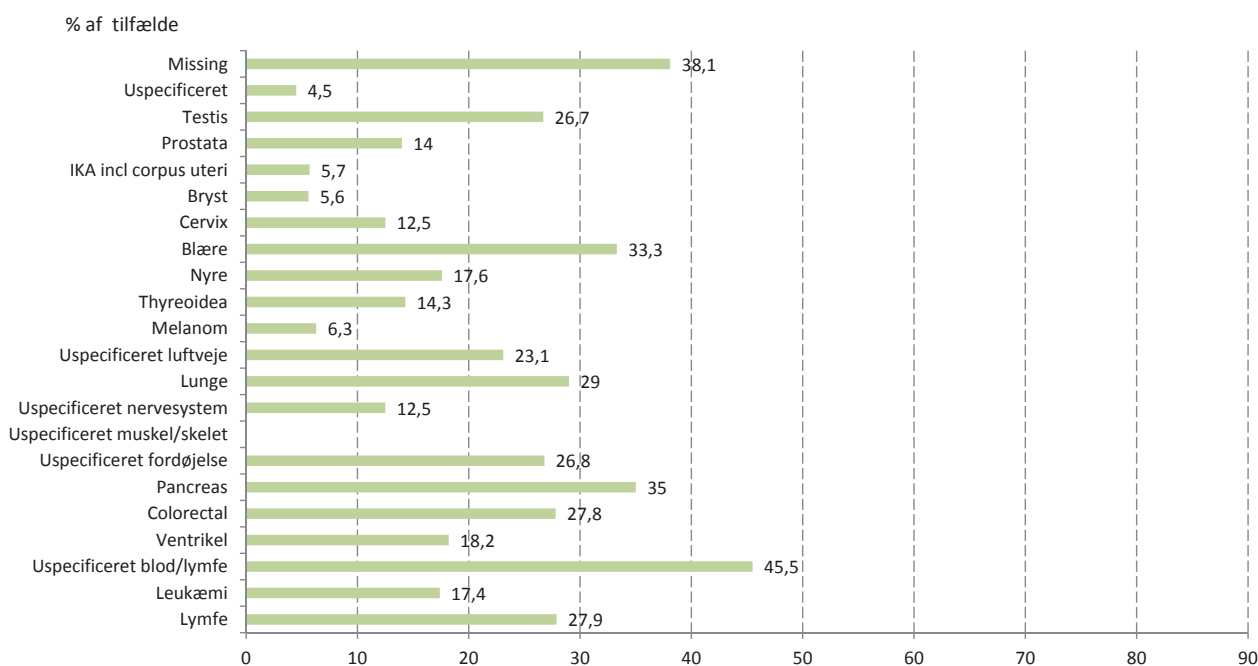
Hvad ledte til kræftmistanken?

Det er almindeligt, at have alarmsymptomer uden at have kræft. Eksempelvis passer figurens hyppighed af urinvejssymptomer blandt patienter med prostatakæft ganske godt med hyppigheden af disse symptomer hos patienter uden prostatakæft. Til gengæld er en knude i brystet, et sort uregelmæssigt modermærke eller synligt blod i urinen mere sikre tegn på kræft. Nogle kræftformer starter sjældent med specifikke symptomer, herunder pancreas, nyre, lunge og blod. Disse former viser sig relativt hyppigt med almene eller uspecifikke symptomer.

% Specifikke alarmsymptomer fordelt på kræfttyper
(N=879)



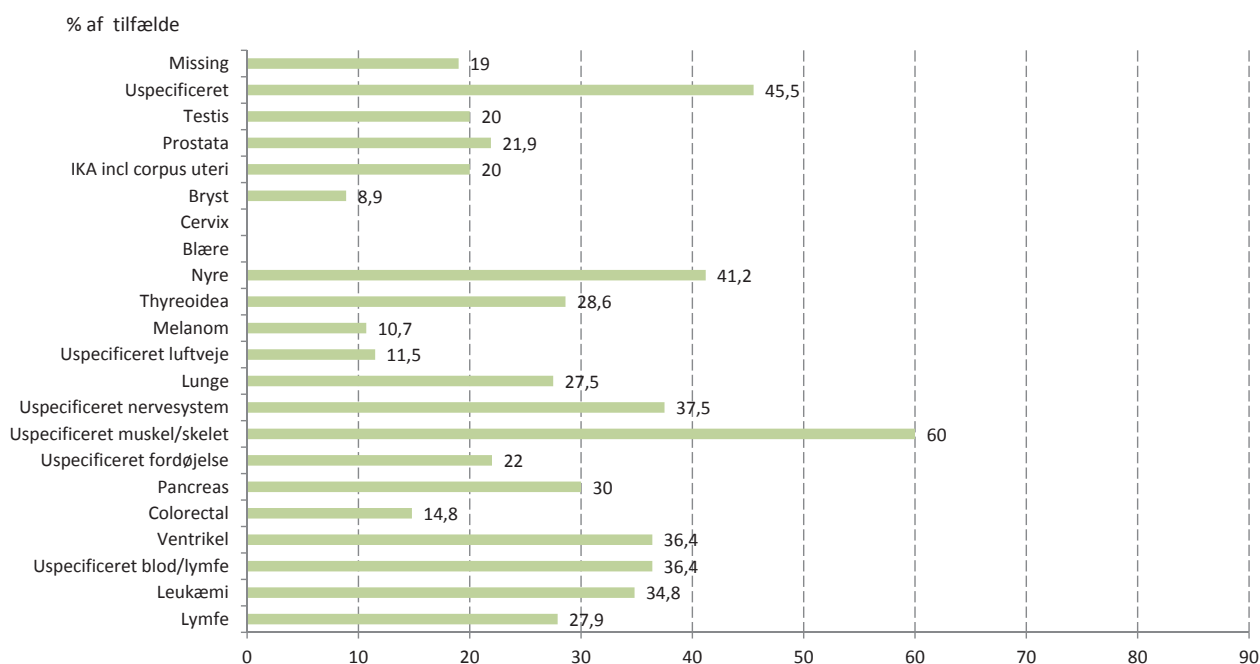
% Almene alarmsymptomer fordelt på kræfttyper
(N=879)



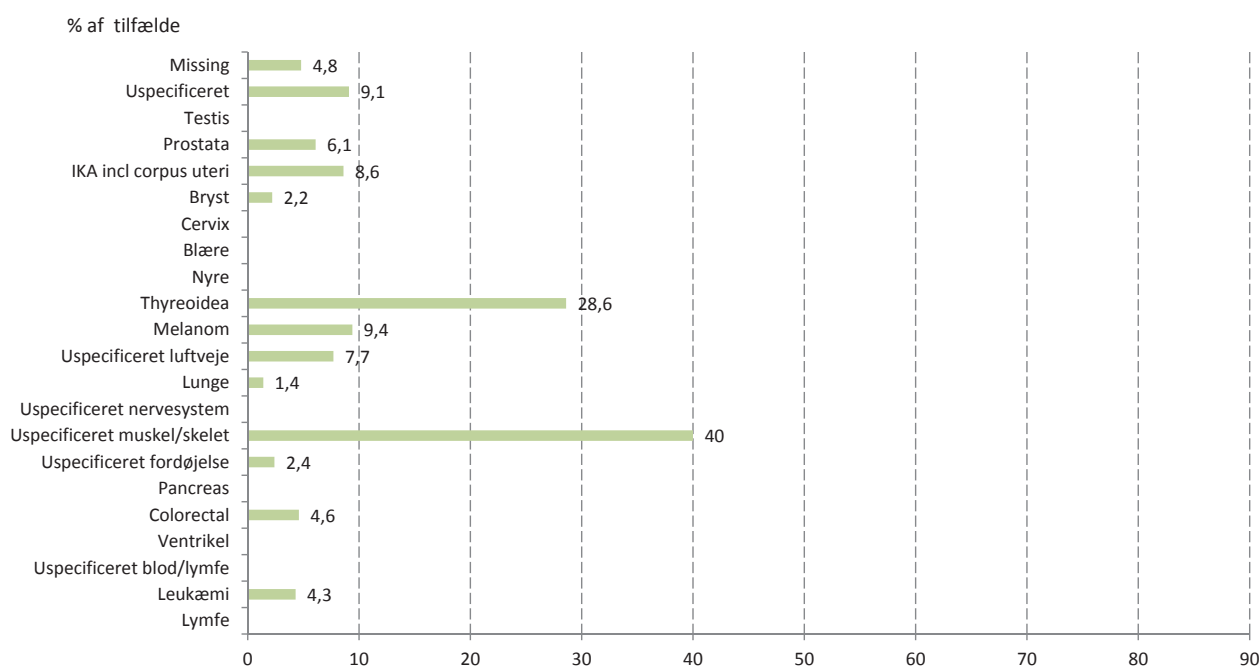
Hvad ledte til kræftmistanken?

Det er ikke helt ualmindeligt, at man som læge overraskes over et objektivt fund, som viser sig at være kræft. Herunder, findes knap hver tiende melanom af lægen og ikke af patienten. Thyreoidea- og muskel-skelet- kræft blev også hyppigt fundet tilfældigt, men her er materialet meget lille og dermed forbundet med stor usikkerhed.

% Ukarakteristiske symptomer fordelt på kræfttyper
(N=879)



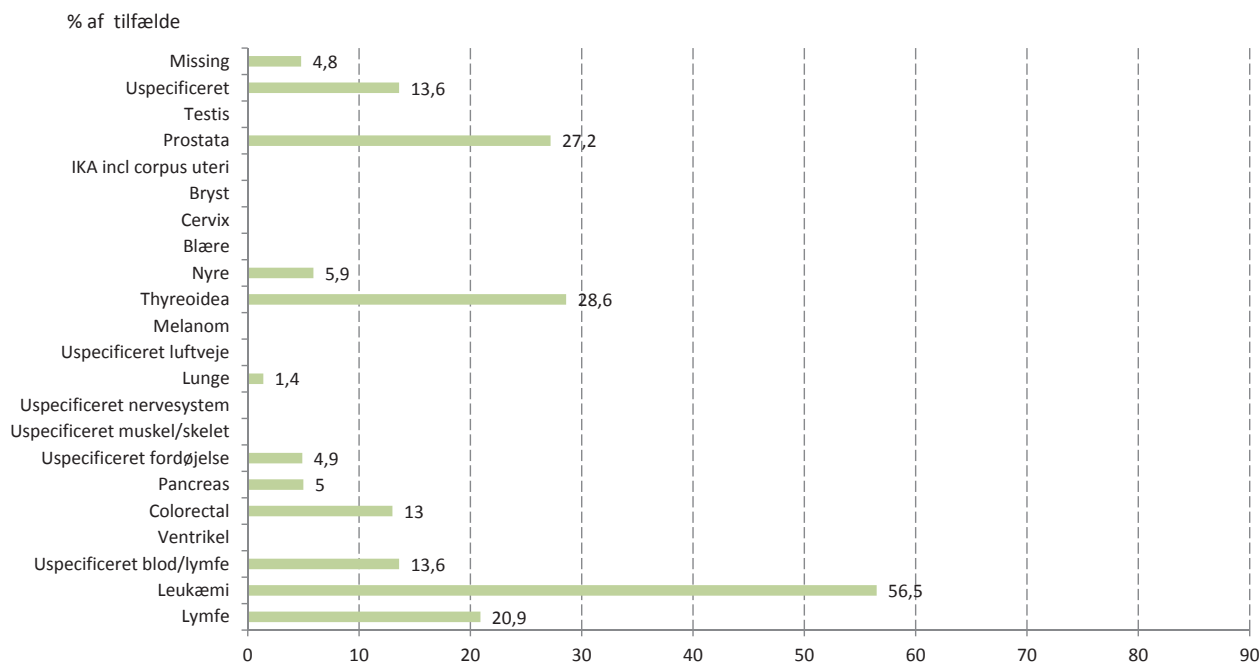
% Tilfældigt fund ved obj. us. fordelt på kræfttyper
(N=879)



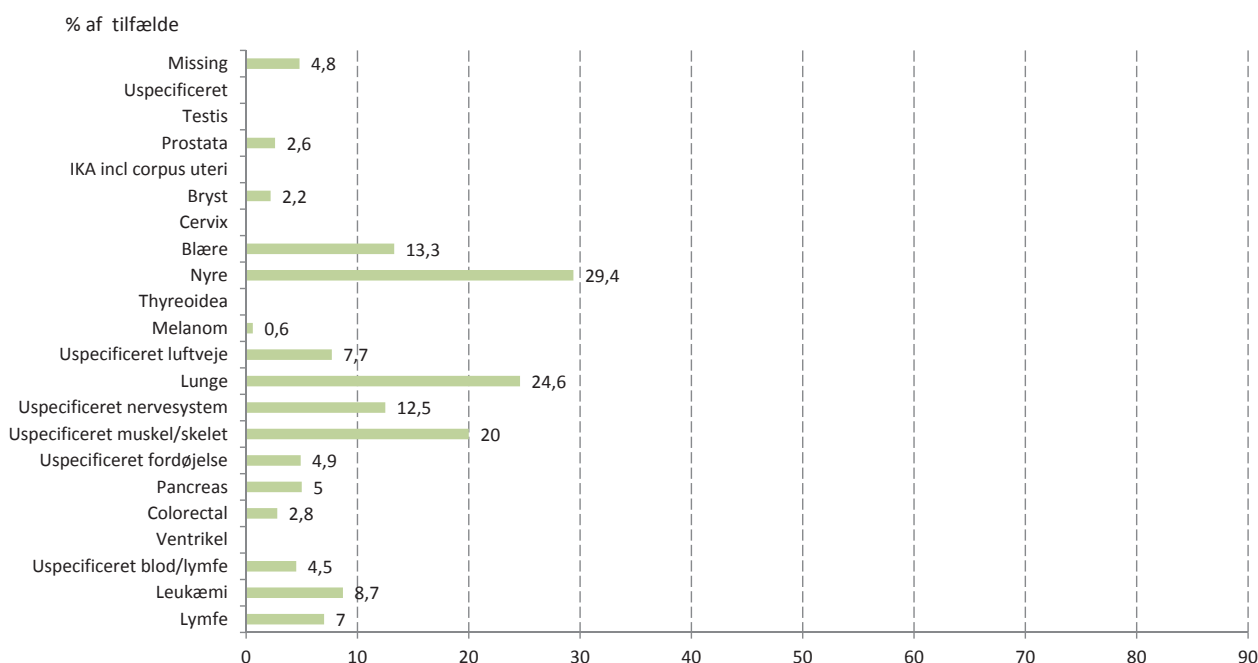
Hvad ledte til kræftmistanken?

En del kræftforløb (9,2%) startede med en skæv blodprøve. Det drejede sig typisk om leukæmi, thyreoidea og prostatakræft. Tilfældig opdaget anæmi tegnede sig formentlig for hovedparten af de colorectalkræfttilfælde, der blev opdaget som følge af en blodprøve. Tilfældige fund ved billedediagnostik udgjorde 5,3% af kræftforløbene og var hyppigst ved nyrekræft og lungekræft.

% Tilfældigt fund ved blodprøve fordelt på kræfttyper
(N=879)



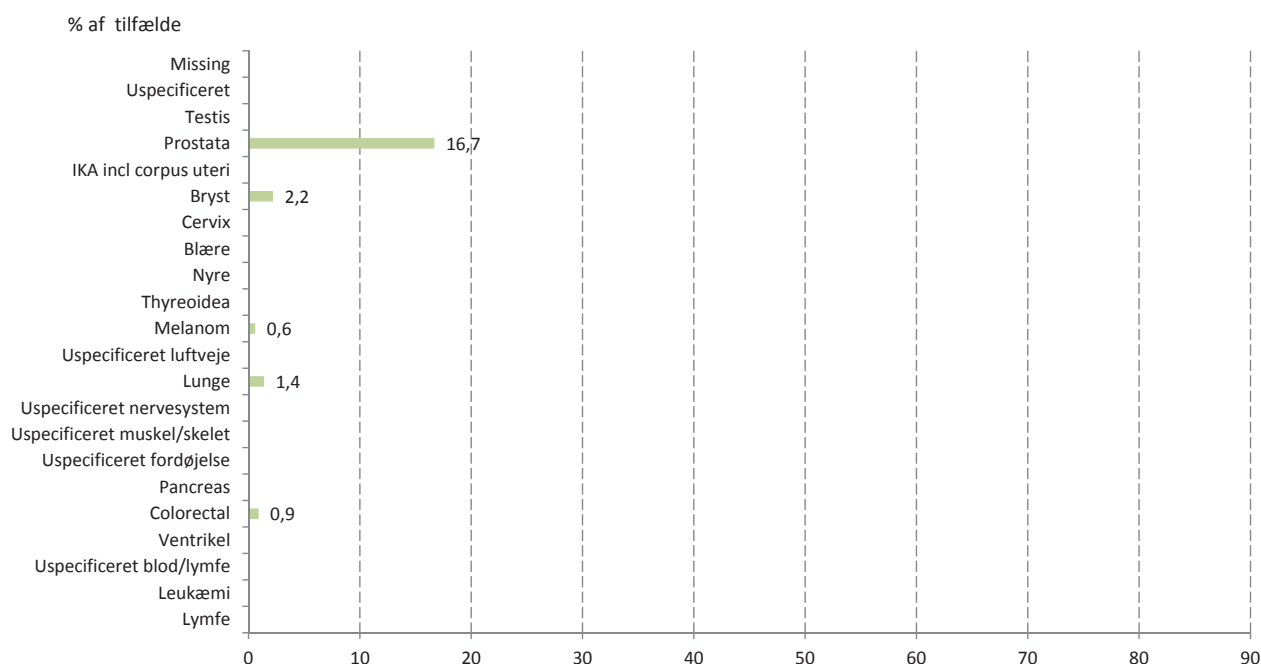
% Tilfældigt fund ved billedediagnostik fordelt på kræfttyper
(N=879)



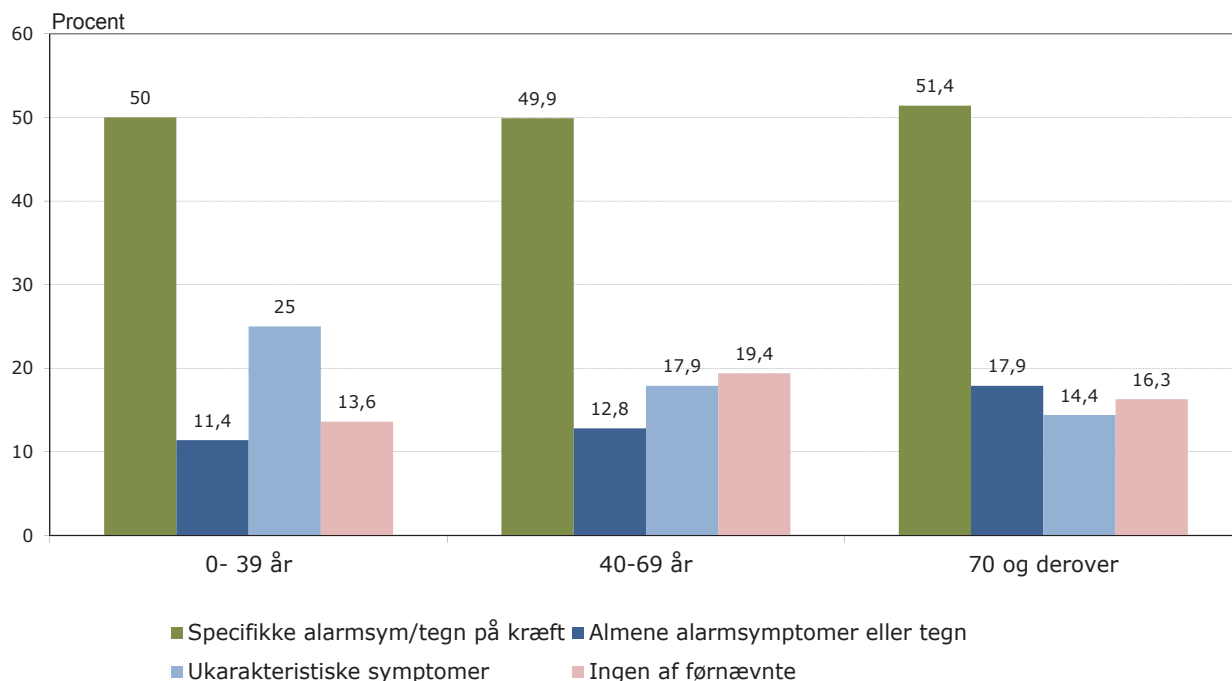
Hvad ledte til kræftmistanken?

Opportunistisk screening omfatter patienter, der på grund af særlig risiko eller oplagt lejlighed, men uden symptomer er blevet undersøgt for kræft. Dette gjaldt primært prostatakræfttilfælde, men også enkelt tilfælde af bryst, lunge, colonrectal og melanom kræft. Enhver screening for prostatakræft frarådes generelt, da nettogevinsten ved diagnosen er usikker. Opsporingen af de øvrige tilfælde har mere sandsynligt været udslag af rettidig omhu.

% Opportunistisk screening fordelt på kræfttyper
(N=879)



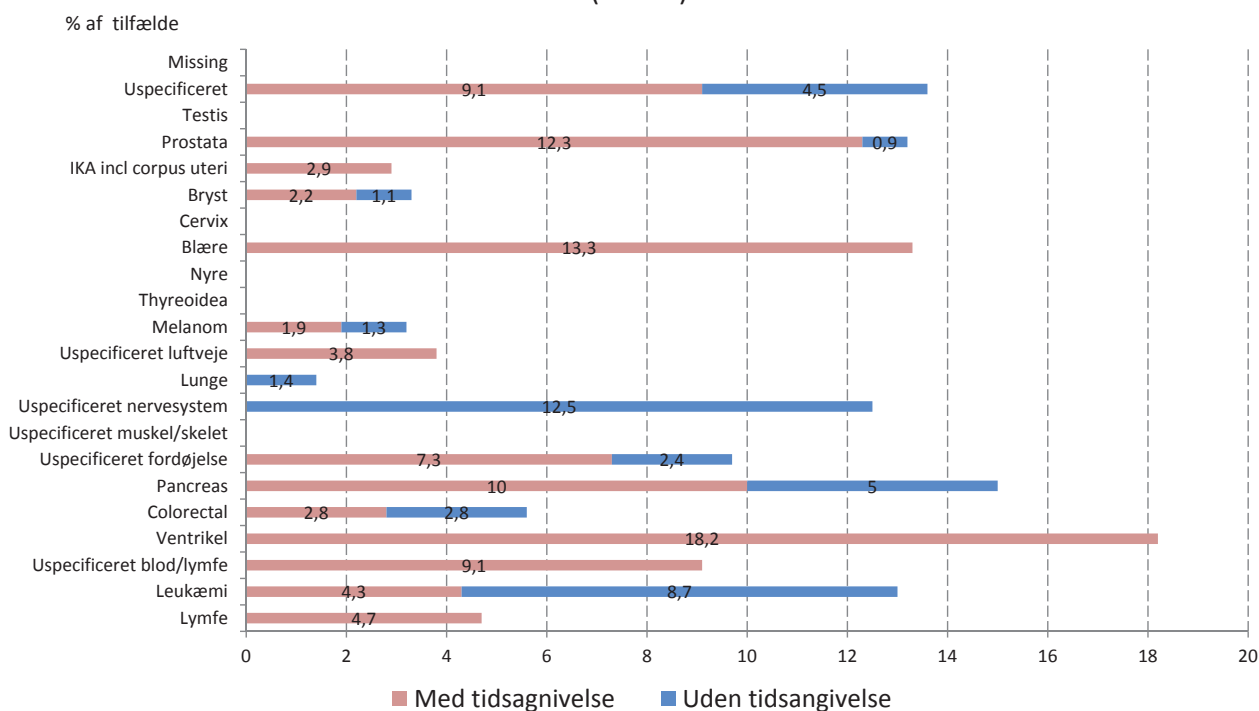
Alder i forhold til symptomer ved første kontakt



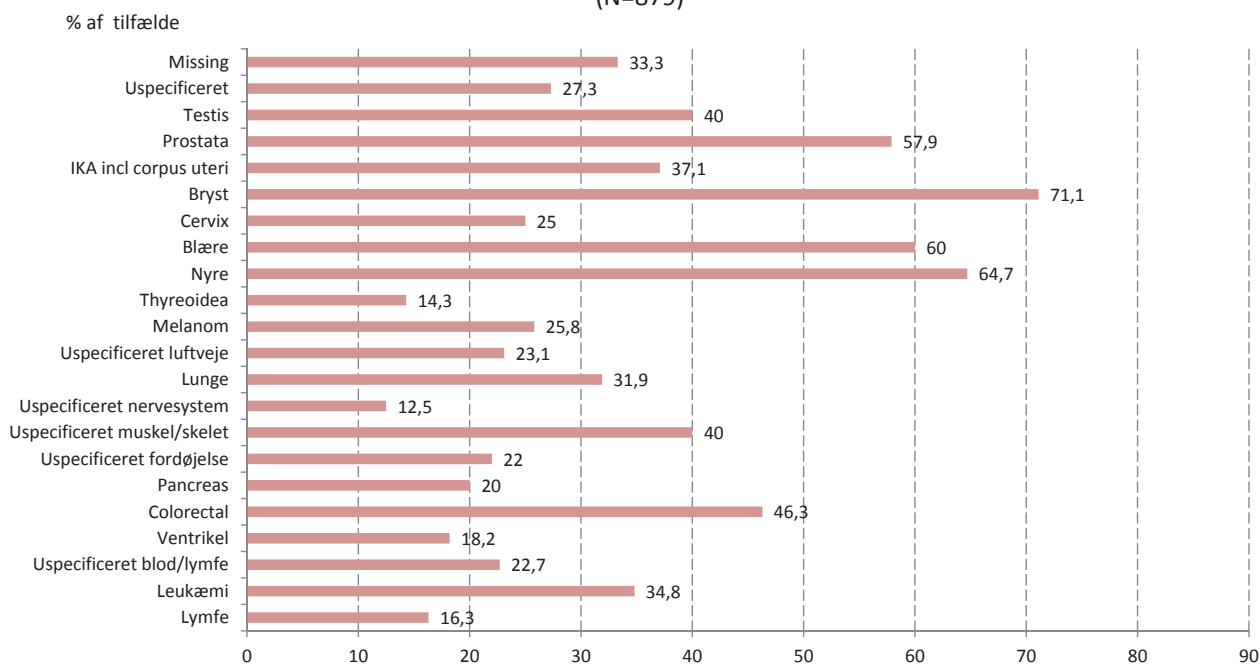
Udredningsforløb og henvisninger fra almen praksis

I godt seks % af de kræftdiagnostiske forløb indgik en periode med råd om at se an. Figuren er mest pålidelig hvad angår de hyppige kræftformer. Ved lungekræft blev patienten sjældent opfordret til at se an, mens det var hyppigere ved kræft i pancreas, ventrikel eller leukæmi. De kræfttilfælde, der hyppigst blev henvist til pakkeforløb var kræft i urinvejene, bryst og colorectal. Dette til trods for, at en del af bryst- og colorectal-kræfttilfældene jo blev diagnosticeret ved screening.

% Råd om at se an fordelt på kræfttyper
(n=879)



% Kræftpakkeforløb fordelt på kræfttyper
(N=879)



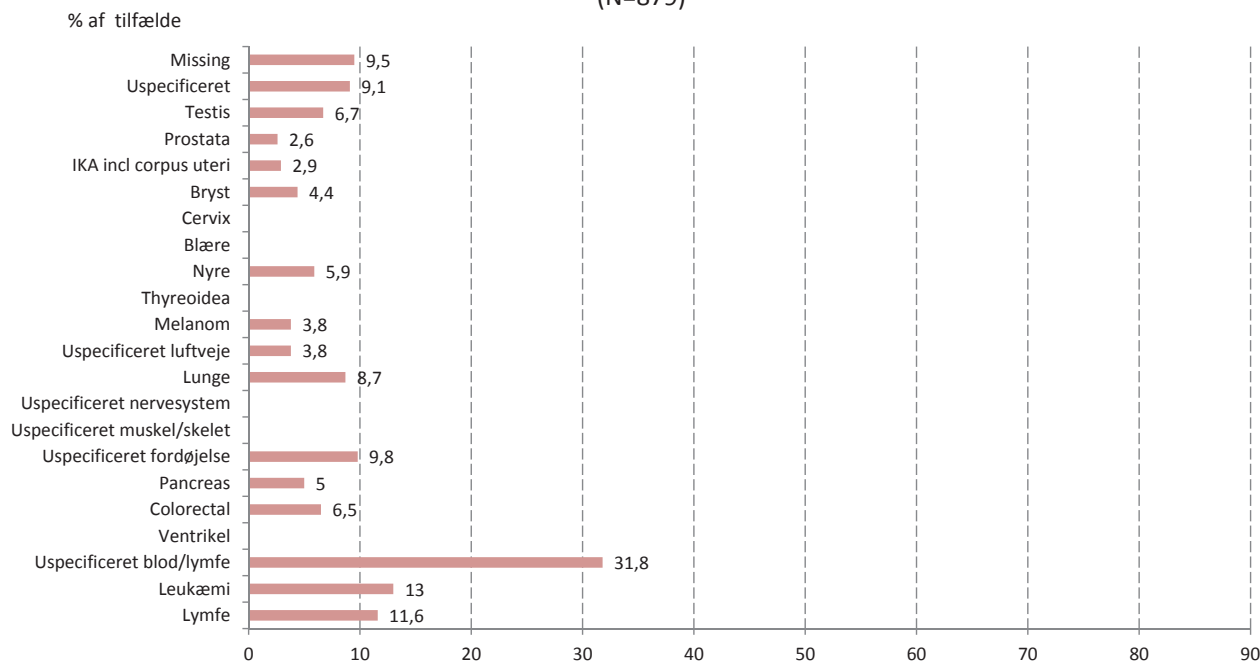
Udredningsforløb og henvisninger fra almen praksis

Diagnostisk center har været involveret ret ligeligt i udredningen af en lang række forskellige kræfttyper, dog en lidt højere andel af blod- og lymfekræft end af de øvrige.

Lunge- og brystkræft-pakkerne ser ud til at være mest kendte, hvorfor patienter med mistanke om disse sygdomme sjældent henvises uden om pakkerne. Patienter henvist på uspecificeret mistanke om kræft vil typisk af sygehuset blive omvisiteret til den rette pakke.

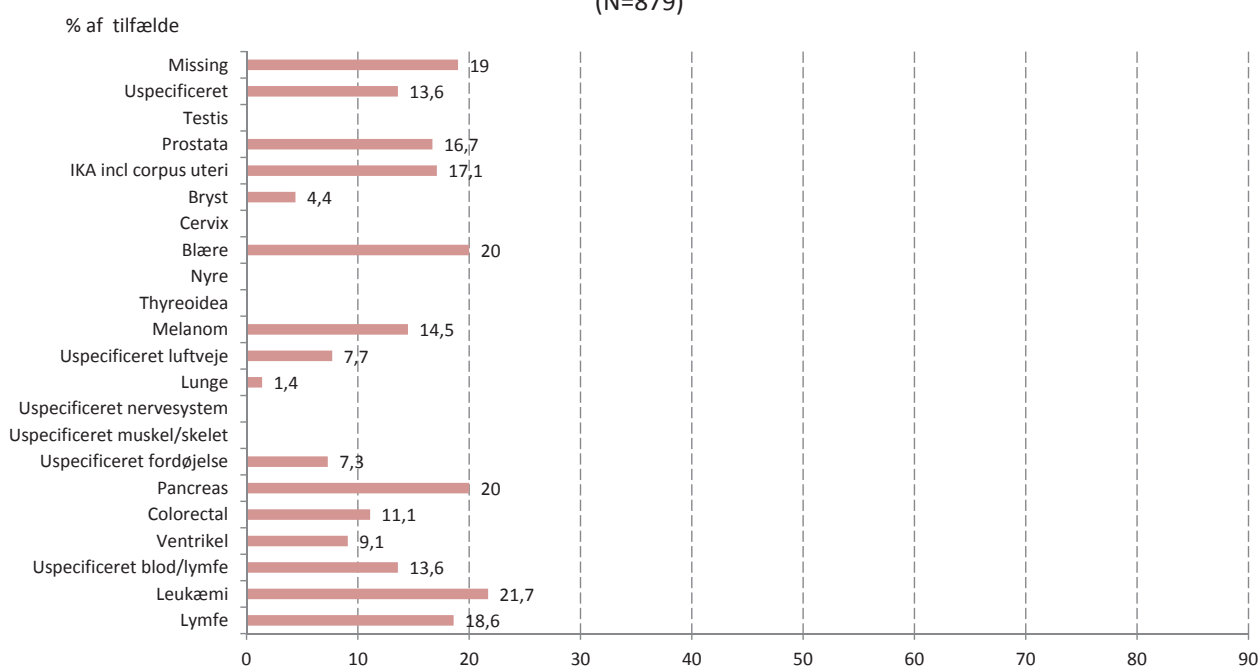
% Henvisning til diagnostisk center fordelt på kræfttyper

(N=879)



% Anden henvisning til sygehus med kræftmistanke fordelt på kræfttyper

(N=879)

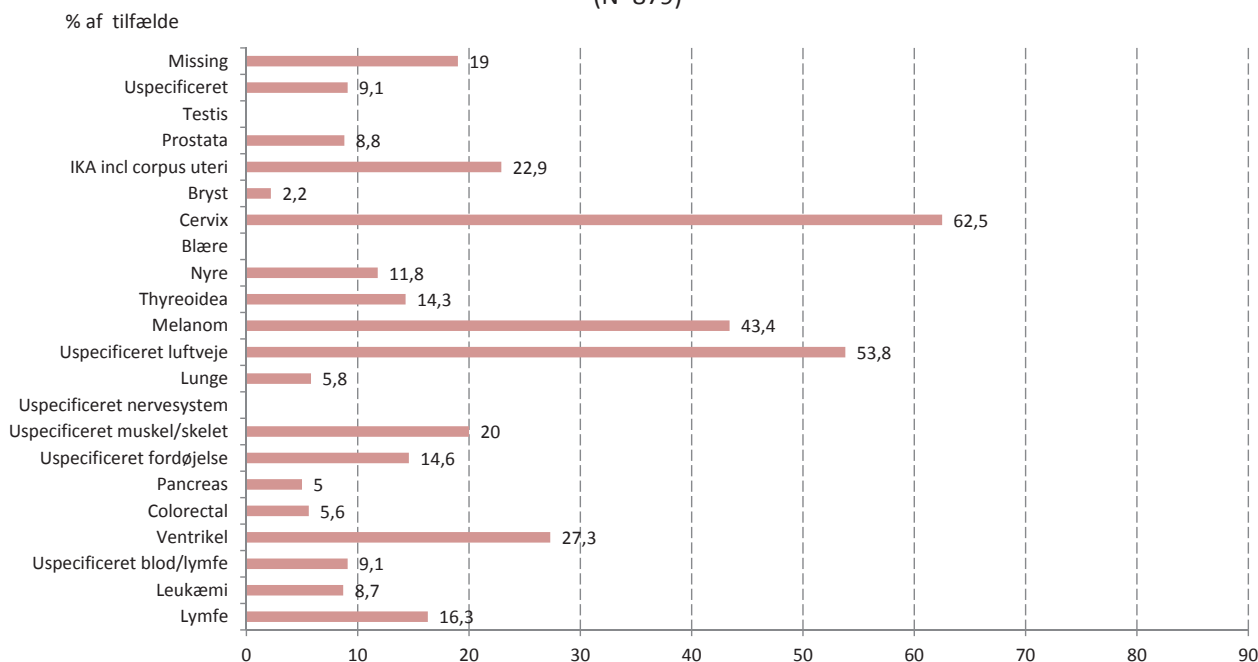


Udredningsforløb og henvisninger fra almen praksis

Patienter med kræft i livmoderen, de øvrige luftveje, melanom og i lidt mindre grad ventriklen blev hyppigt udredt via henvisning til speciallæge med udspecificeret mistanke om kræft. En del (12,4%) af patienterne blev henvist til sygehuset uden angivelse af mistanke om kræft det angik særligt kræft i nervesystemet og testis.

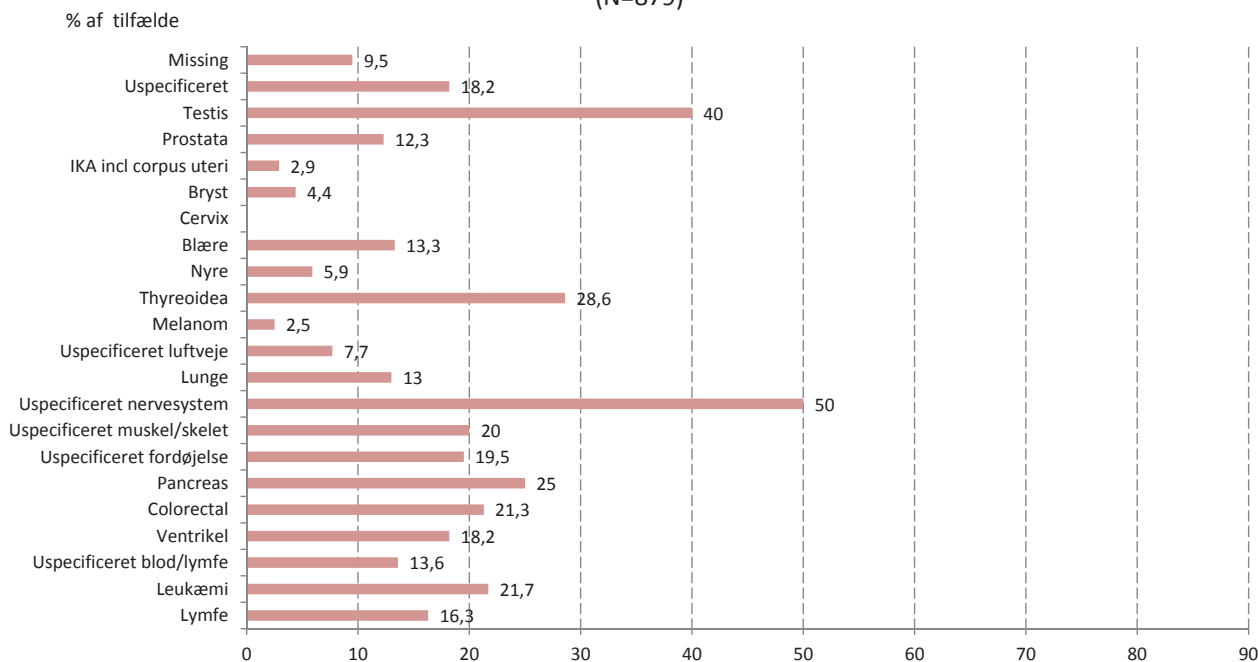
% Henvisning til speciallæge med kræftmistanke fordelt på kræfttyper

(N=879)



% Henvisning til sygehus uden kræftmistanke fordelt på kræfttyper

(N=879)

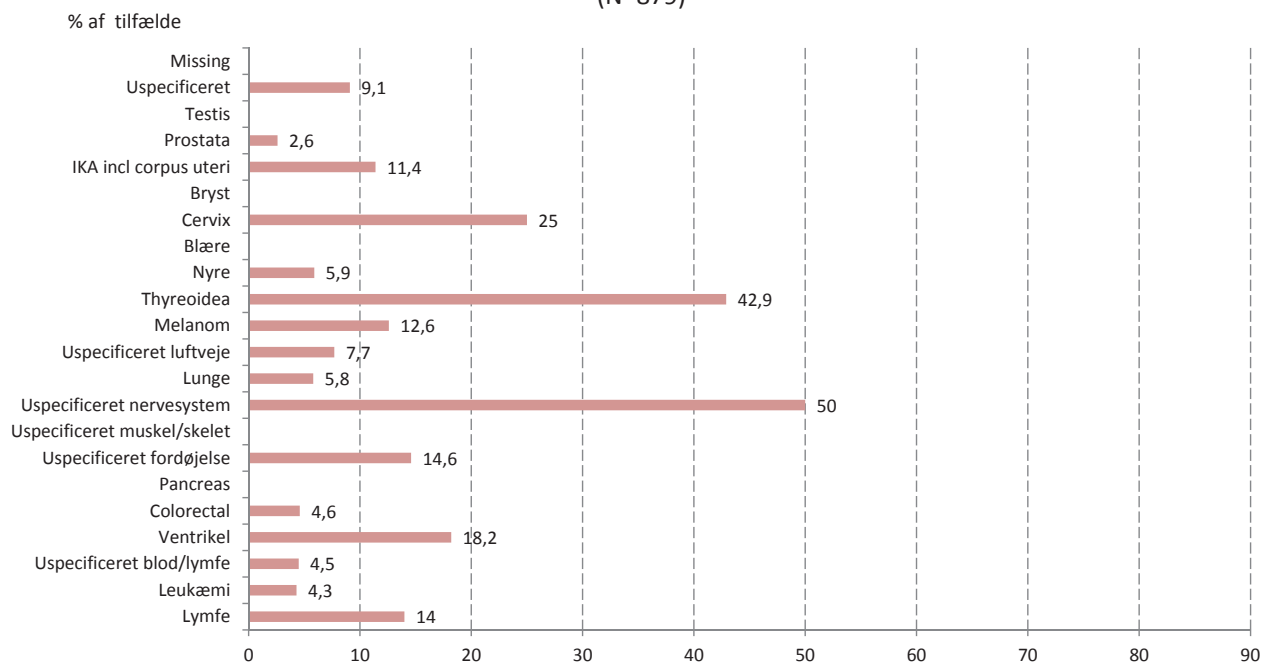


Udredningsforløb og henvisninger fra almen praksis

Få patienter (7,5%) blev henvist til speciallæge uden kræftmistanke. Disse fordeler sig på mange kræftformer. Fordelingen blandt disse af usikker på grund af få patienter. Endnu færre kræfttilfælde blev diagnosticeret udenom praksis trods at være startet der. Igen er der tale om en meget bred fordeling på typer.

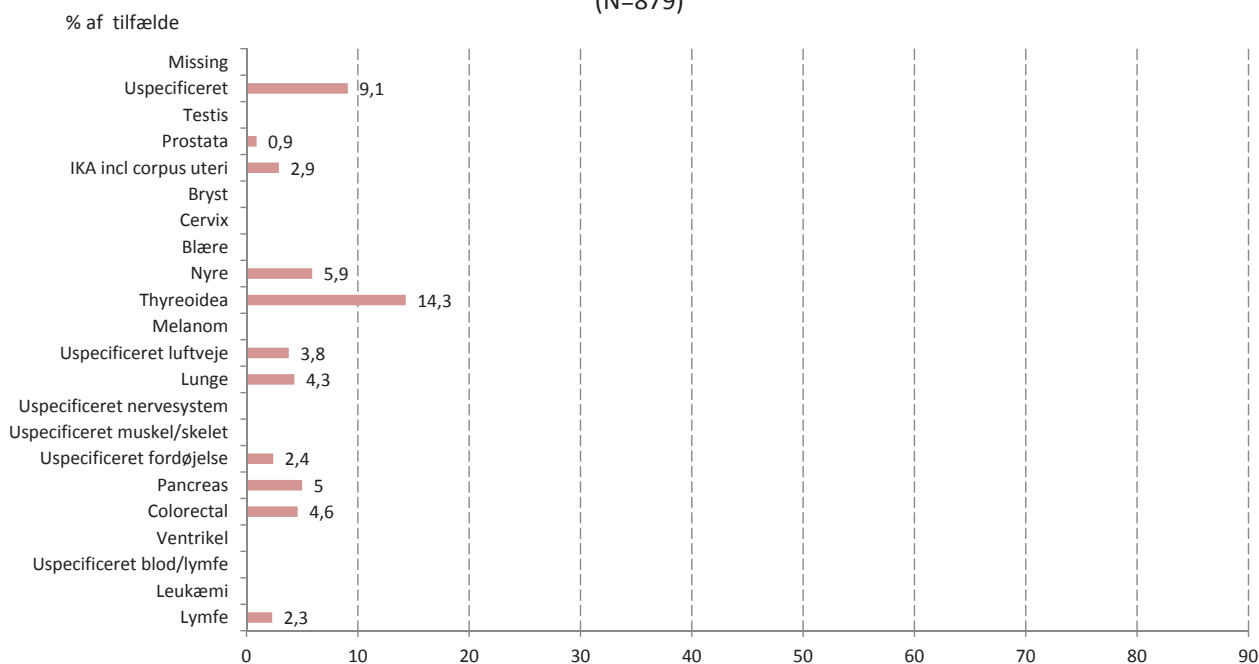
% Henvisning til speciallæge uden kræftmistanke fordelt på kræfttyper

(N=879)



% Kræft påvist uden om forløb i praksis fordelt på kræfttyper

(N=879)

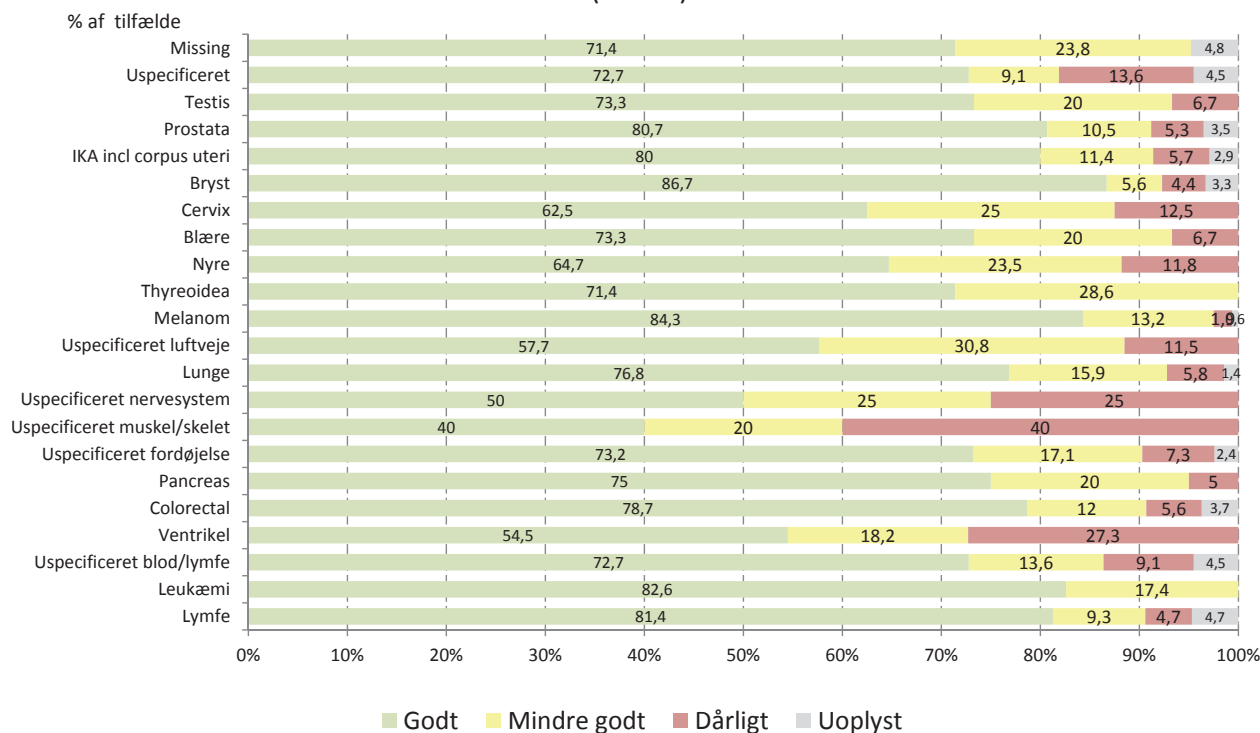


Vurdering

De fleste forløb karakteriseres som gode. Særligt brystkræft, melanom og leukæmi og mindre grad kræft i nervesystem, muskuloskeletalt og ventrikel. Jo mere specifikke symptomer og fund, des hyppigere blev forløbet vurderet som godt.

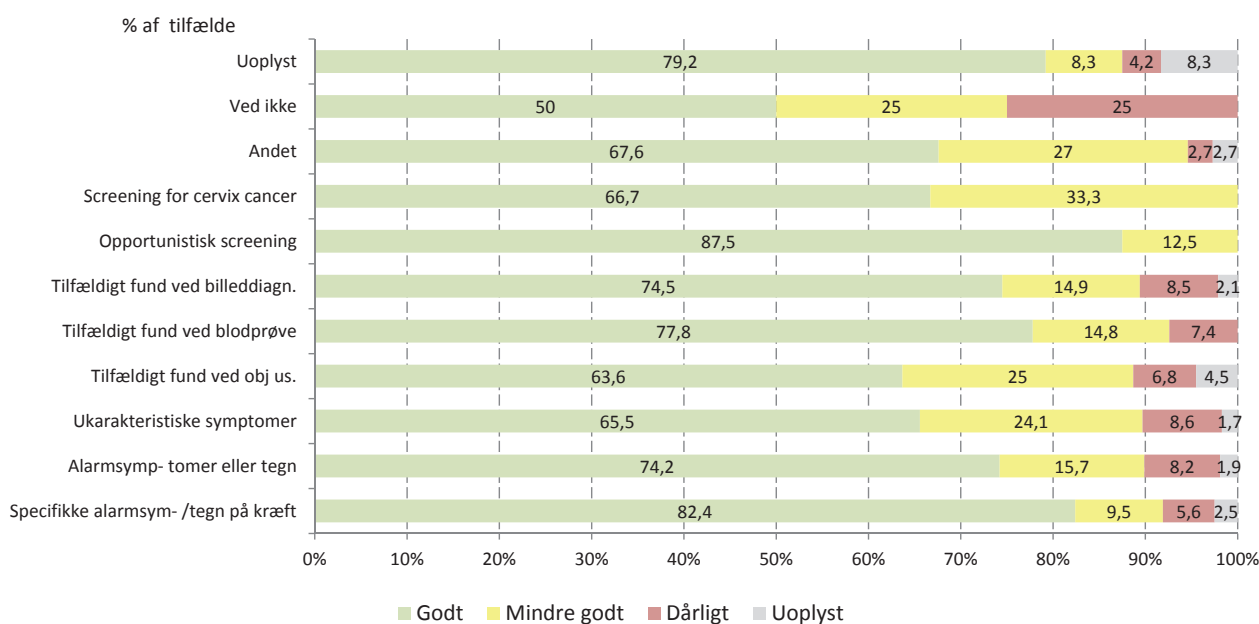
Hvordan var det samlede forløb i forhold til kræfttype

(n=879)



Hvordan var det samlede forløb i forhold til hvordan forløbet startede?

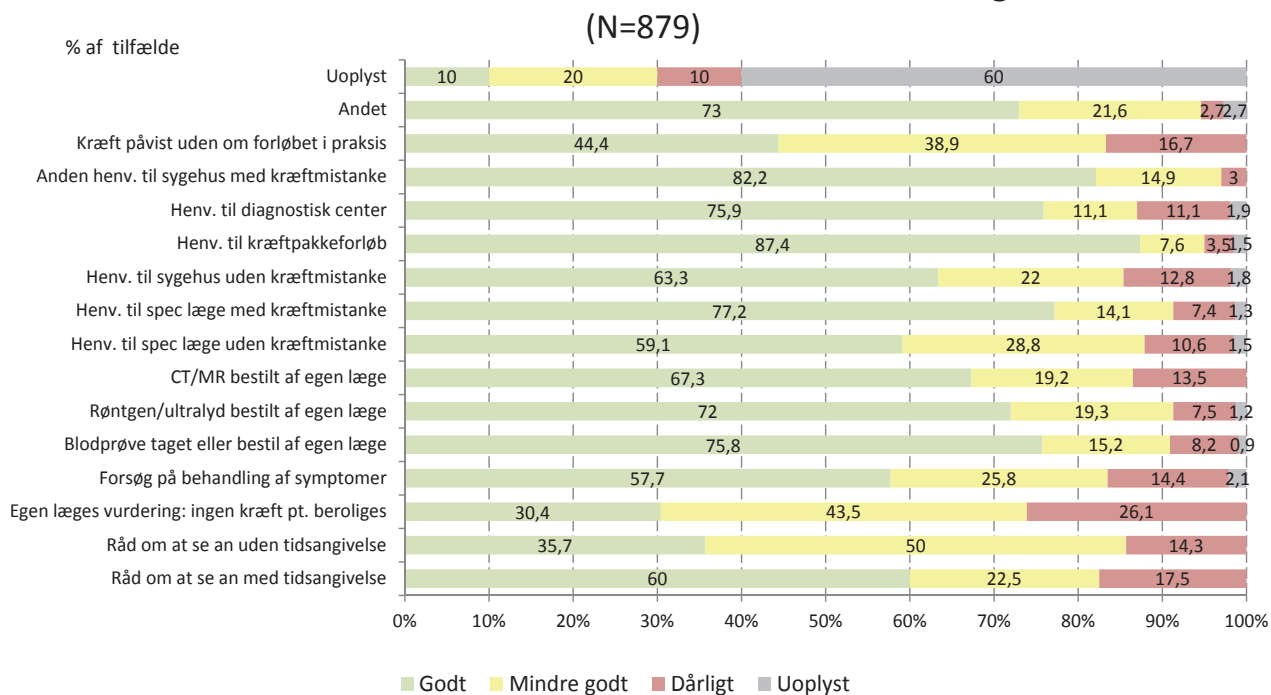
(N=879)



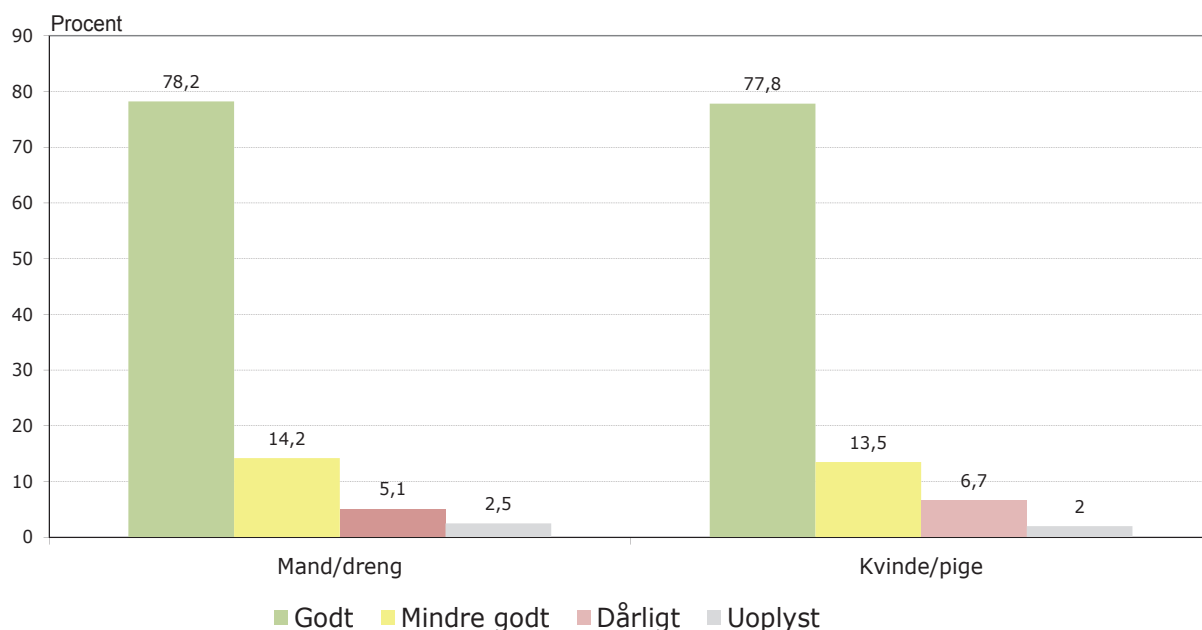
Vurdering

Generelt bedømmes forløb i kræftpakker eller via speciallæger oftere som gode end de andre forløb. Forløb, som inkluderer at se an eller endda en beroligelse om ingen kræft kan retrospektivt ret ofte trods det senere fundet af kræft vurderes som have været gode forløb.

Hvordan var det samlede forløb i forhold til udredningsforløb?



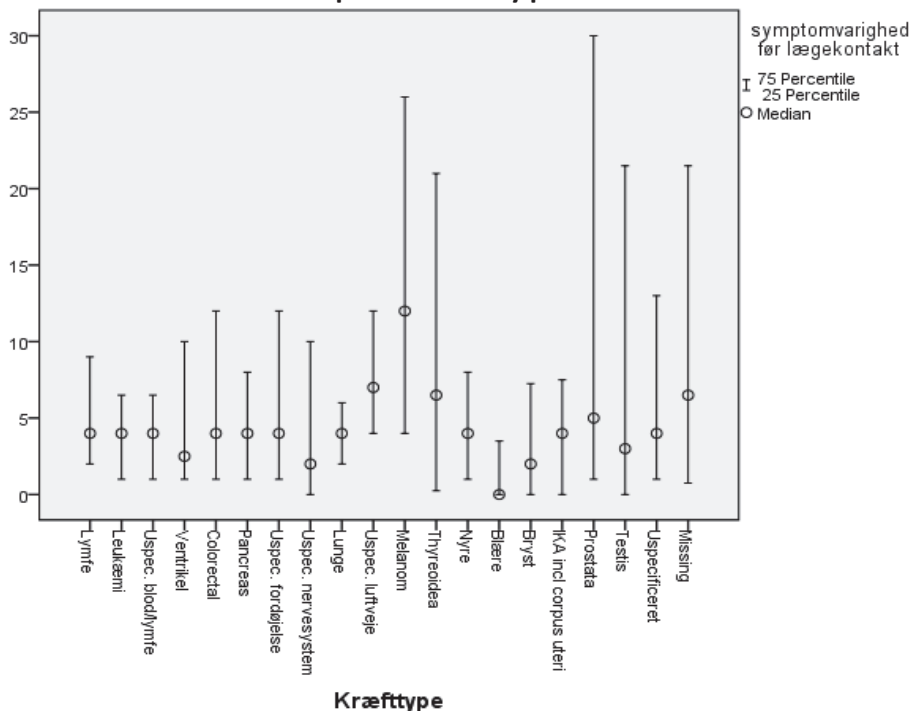
Hvordan var det samlede forløb i forhold til køn



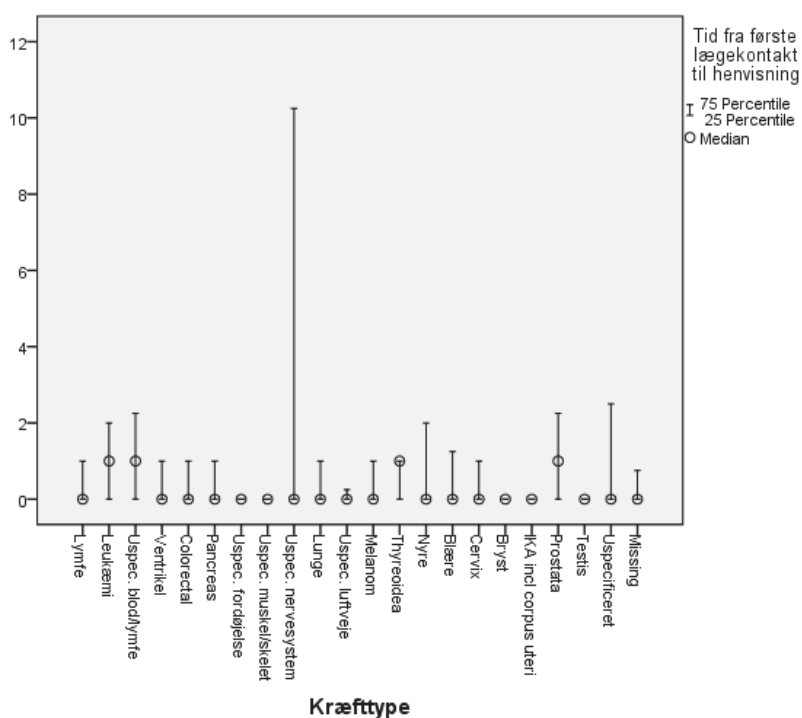
Forløb i uger i forhold til kræfttyper

Patienter med symptomer på kræft venter typisk omkring en måned inden de opsøger lægen. Patienter med bryst-, blære-, og nervesystemskræft kommer dog før. Lægeforsinkelsen er meget lille. Typisk 0 til få dage og sjældent mere end 2 uger. Kræft i nervesystemet omfatter få patienter, hvoraf nogle har oplevet en forsinkelse i lægens diagnostik af deres kræft.

Median for patientforsinkelse i uger fordelt på kræfttyper



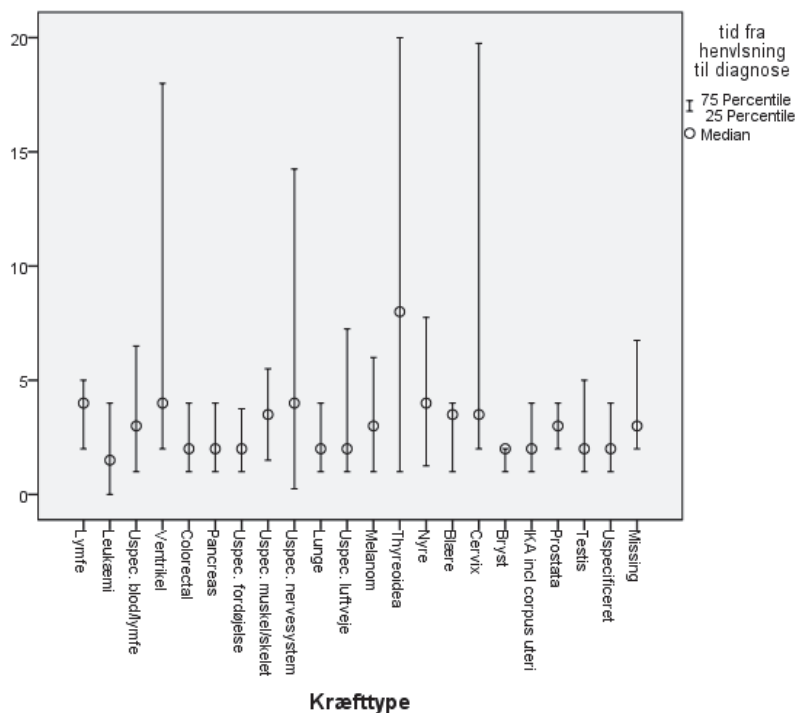
Median for lægeforsinkelse i uger fordelt på kræfttyper



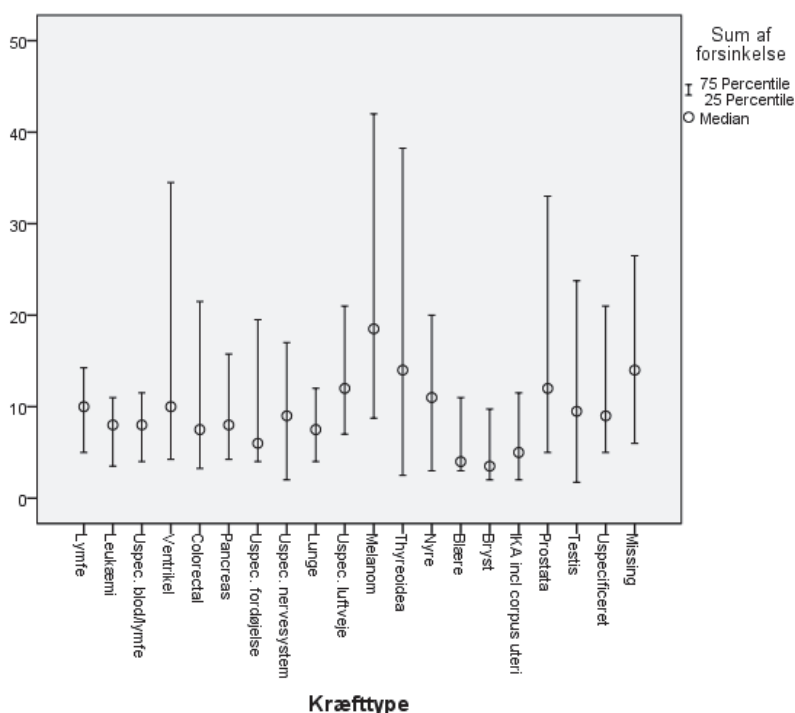
Forløb i uger i forhold til kræfttyper

Sygehuset/speciallægen har typisk stillet diagnosen 2-4 uger efter henvisning. Thyreoidea kræft udvikler sig langsomt og prognosen er god. Der har været nogle diagnostiske forløb med henholdsvis, ventrikel, nervesystem og cervix cancer, som ser ud til at have været for længe, hvilket kan have forringet patienternes prognose. Den samlede forsinkelse er omkring 2 mdr ved alarmsymptomer og 3 mdr ved ukarakteristiske symptomer.

Median for systemforsinkelse i uger
fordelt på kræfttyper



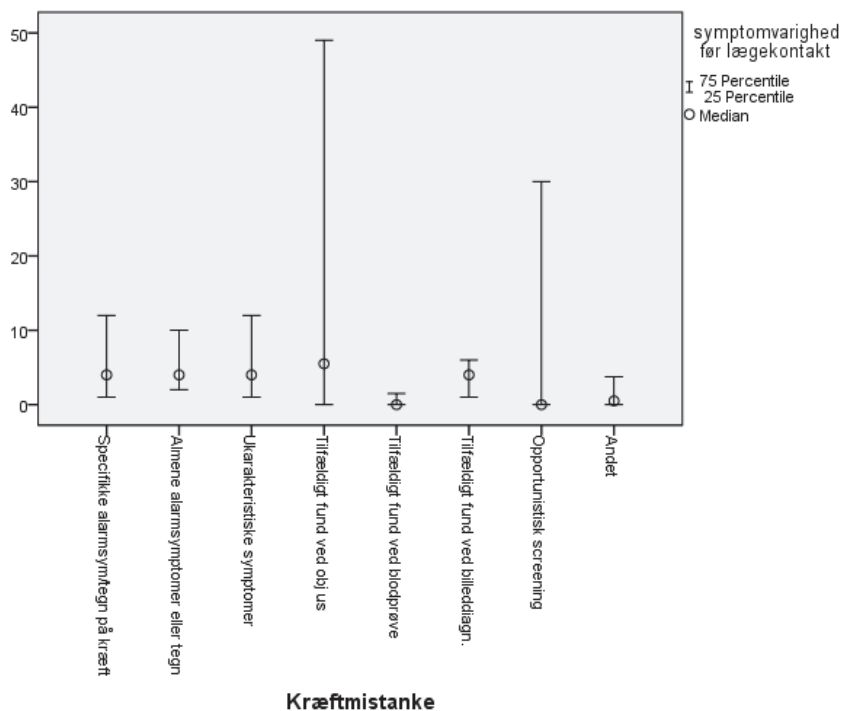
Median for sum af forsinkelse i uger
fordelt på kræfttyper



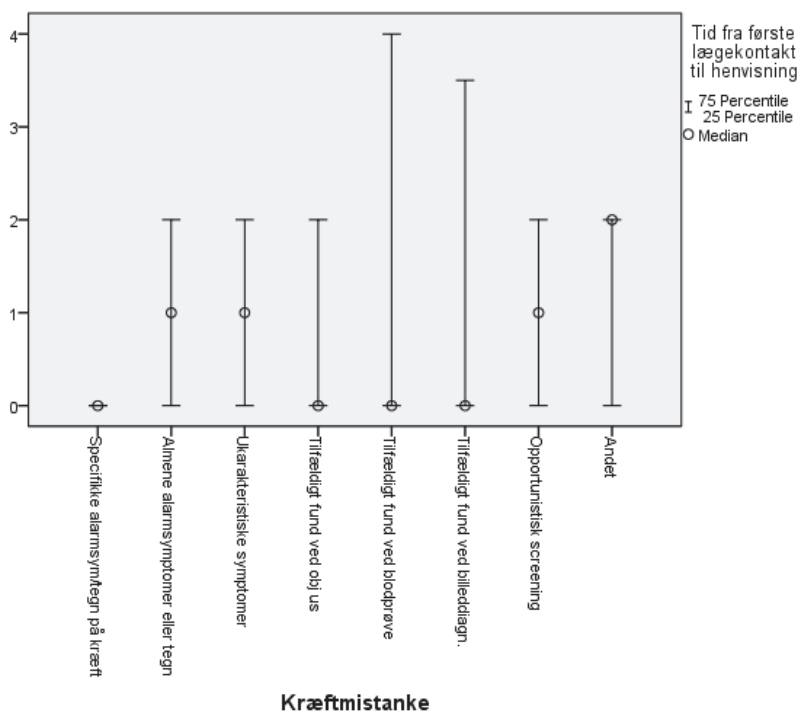
Forløb i uger i forhold til symptomer og fund

Patientforsinkelsen er omtrent den samme uanset om der er tale om specifikke, almen eller ukarakteristiske symptomer. Lægeforsinkelsen er meget lille ved specifikke symptomer og længere ved almene eller ukarakteristiske symptomer.

Median for patientforsinkelse i uger
i forhold til symptomer og fund



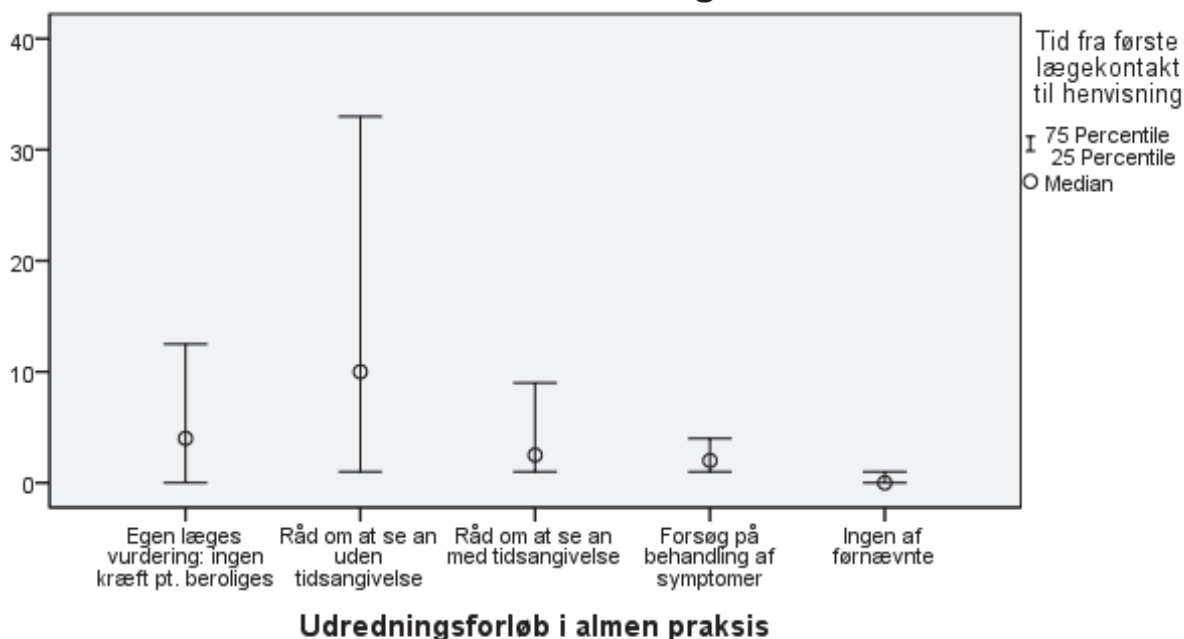
Median for lægeforsinkelse i uger
i forhold til symptomer og fund



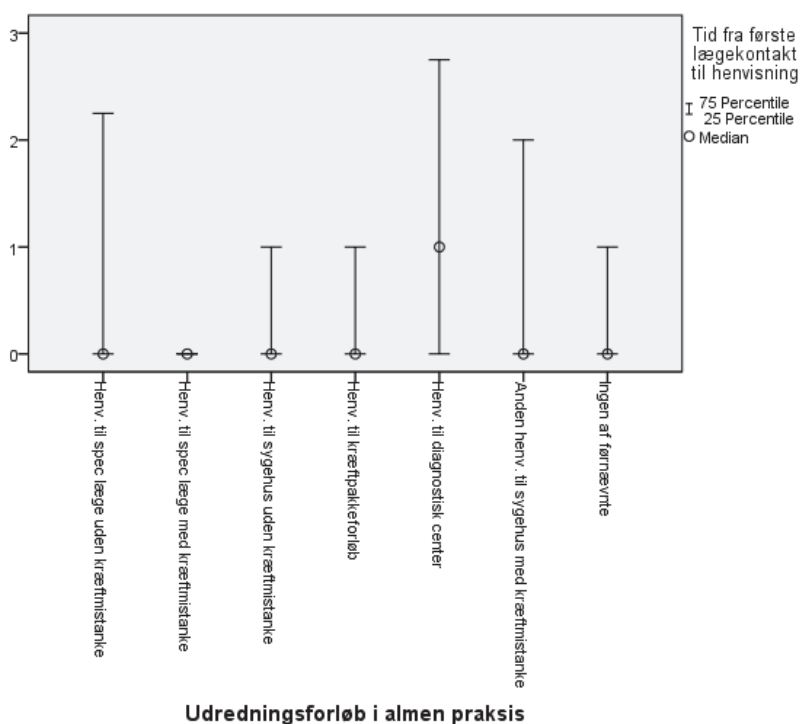
Forløb i uger i forhold til udredning/henvisning

Lægeforsinkelse er betydeligt længere hvis lægen har bedt patienten se an uden en specifik tidsangivelse for hvor længe det var OK at se an. Faktisk er forsinkelsen herved større end, når patienten beroliges med, at der ikke er tegn til kræft. Patienter der henvises til diagnostisk center har oftest haft et længere forløb i almen praksis. I modsætning hertil sker henvisninger til speciallæger med kræftmistanke oftest ved patientens første henvendelse i praksis.

Median for lægeforsinkelse i uger i forhold til henvisning



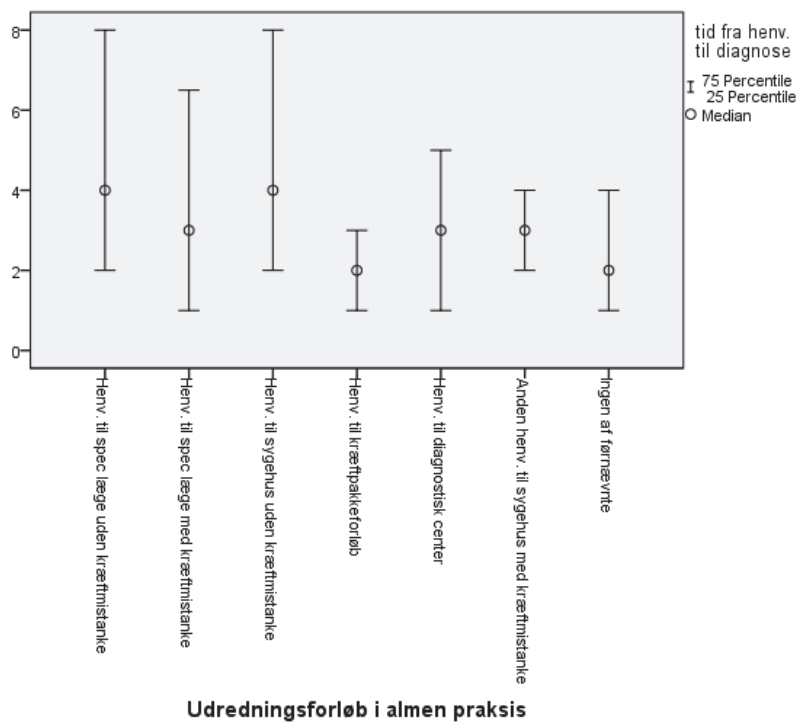
Median for lægeforsinkelse i uger i forhold til henvisning



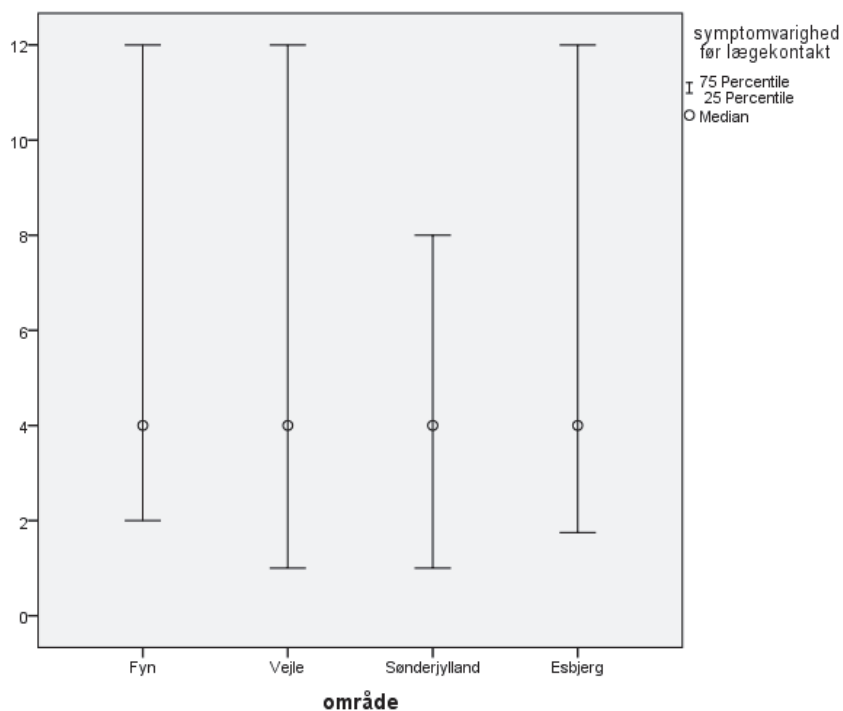
Forløb i uger

Forsinkelsen er generelt kort, når der henvises til sygehus med udspecificeret kræftmistanke. Forsinkelse sker typisk hos speciallæge eller hvis der henvises uden tydelig angivelse af kræftmistanke. Patienter i de fire områder venter lige længe med at kontakte lægen med kræftsymptomer.

Median for systemforsinkelse i uger i forhold til henvisning



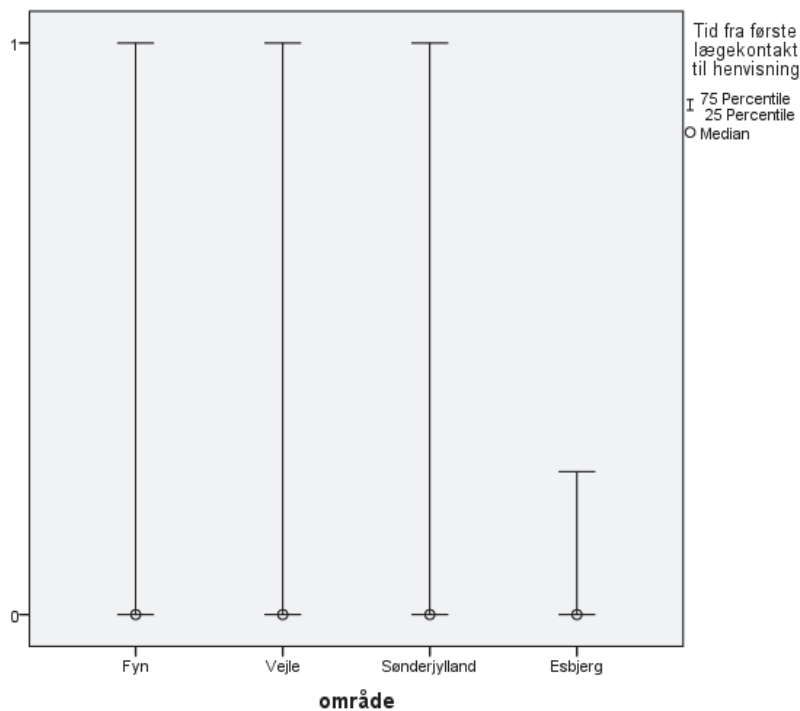
Median for patientforsinkelse i uger i forhold til område



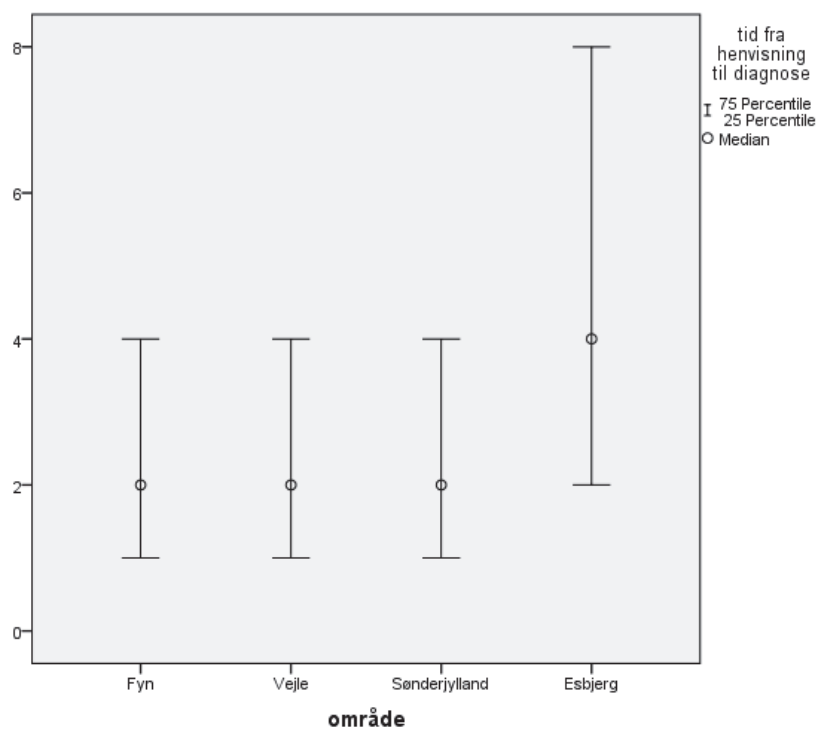
Forløb i uger

Henholdsvis læge- og systemforsinkelse i Odense, Vejle og Sønderjylland er omtrentt ens, mens Esbjerg ser ud til være anderledes.

Median for lægeforsinkelse i uger
i forhold til område



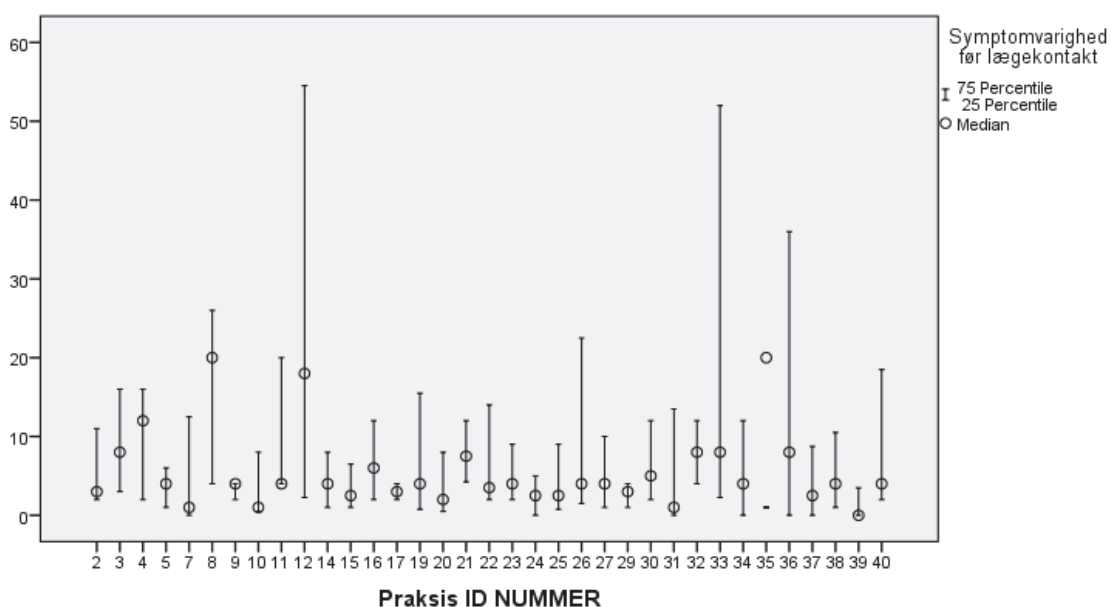
Median for systemforsinkelse i uger
i forhold til område



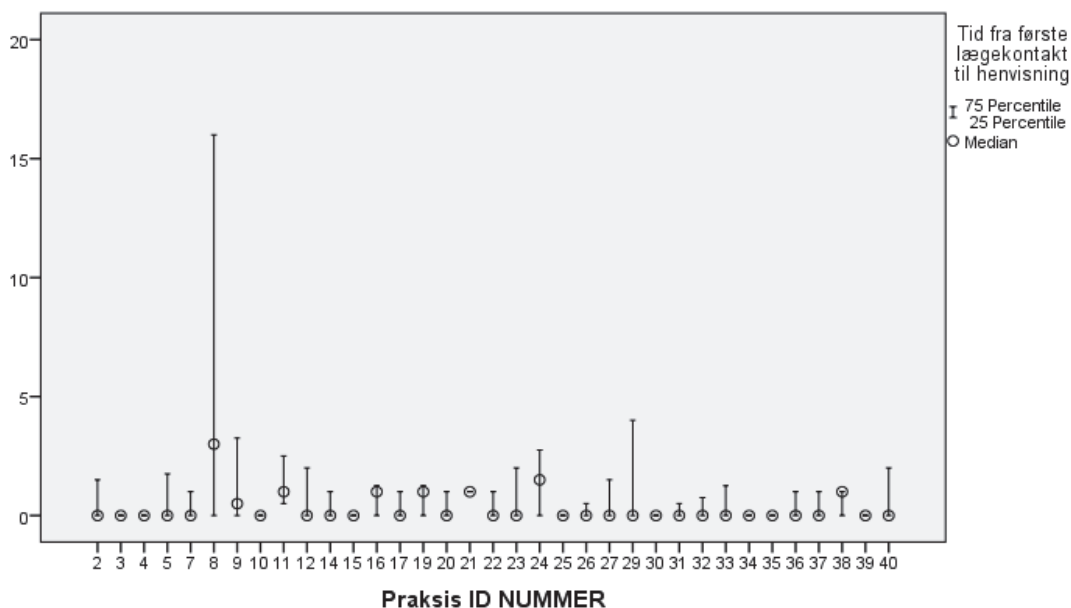
Patientforsinkelse fordelt på praksis

Patientforsinkelsen varierer omtrentt fra 2 uger til 2 mdr mellem de deltagende praksiser. Tilfældigheder eller måske en sammenhæng til patienternes ventetid på at få en aftale i praksis? Lægeforsinkelsen er omtrentt den samme.

Median for patientforsinkelse i uger fordelt på de deltagende praksis

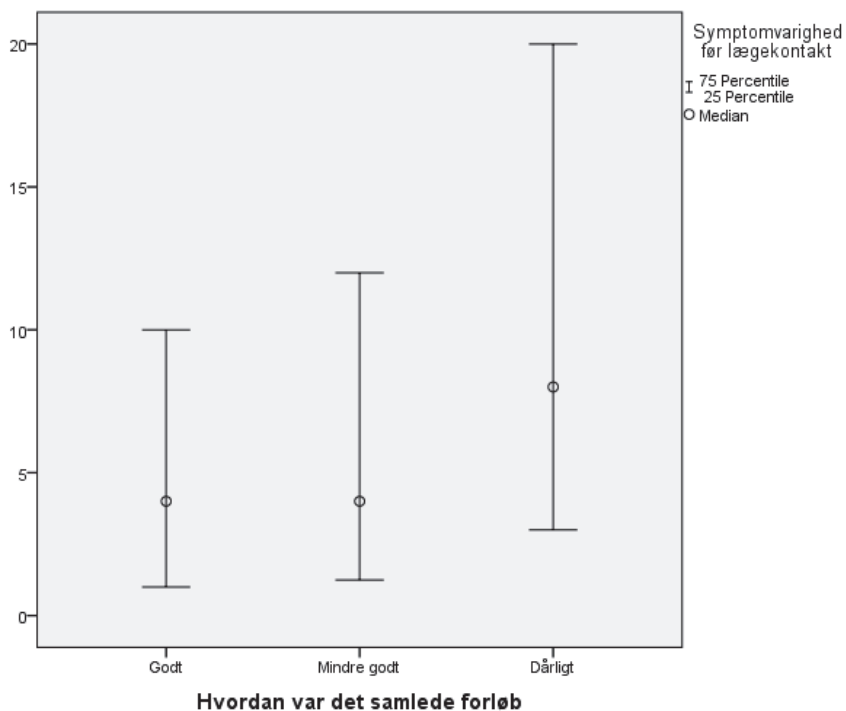


Median for lægeforsinkelse i uger fordelt på de deltagende praksis

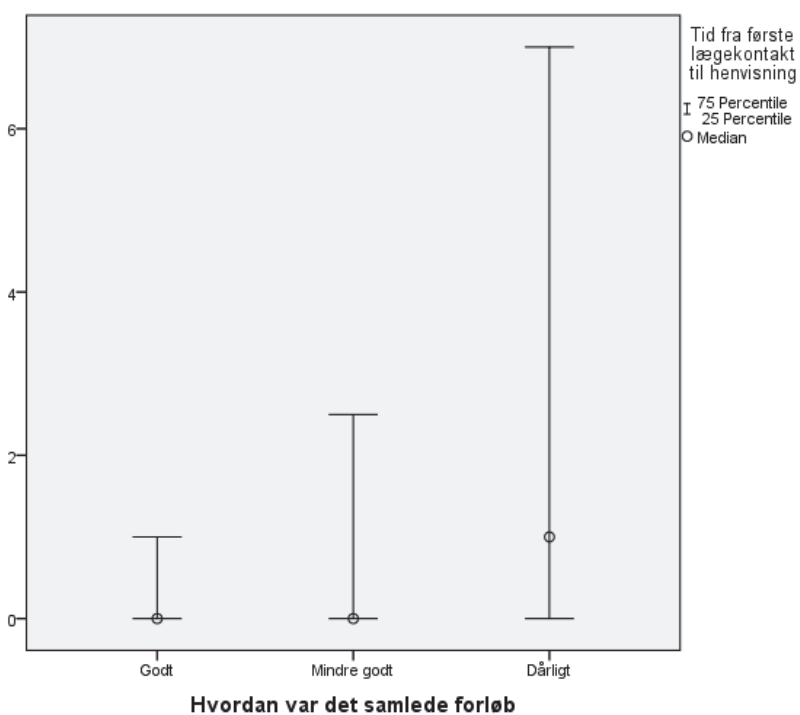


Forløb i uger i forhold til vurdering af det samlede forløb

Median for patientforsinkelse i uger
i forhold til vurdering af det samlede forløb

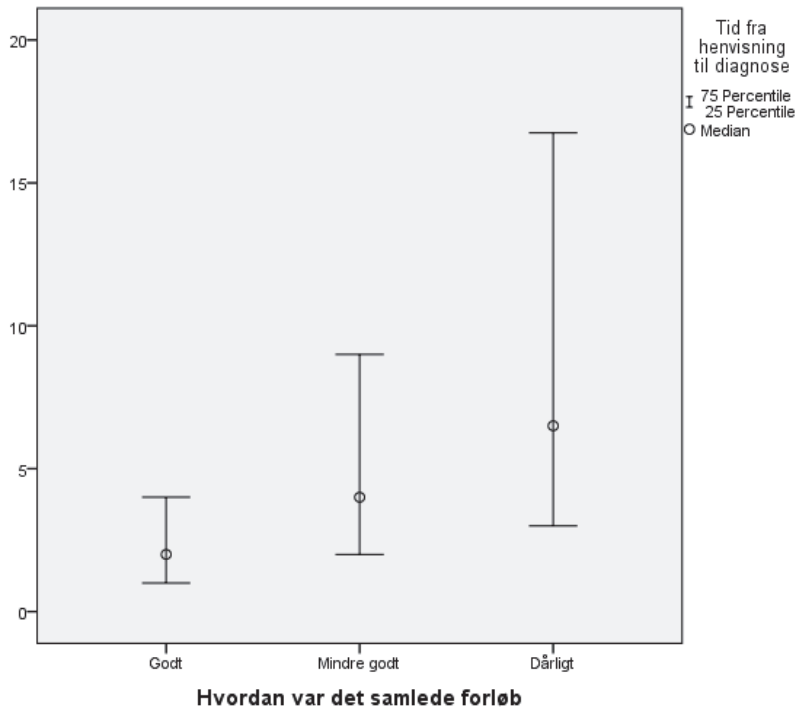


Median for lægeforsinkelse i uger
i forhold til vurdering af det samlede forløb

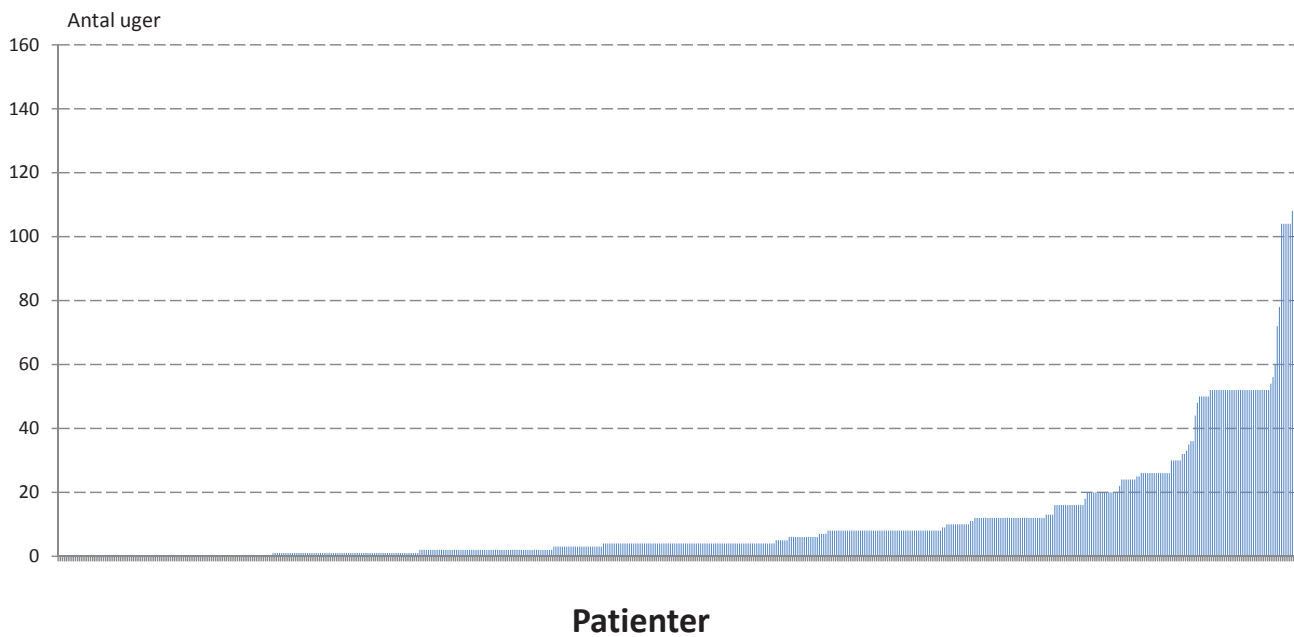


Forløb i uger

Median for systemforsinkelse i uger
i forhold til vurdering af det samlede forløb

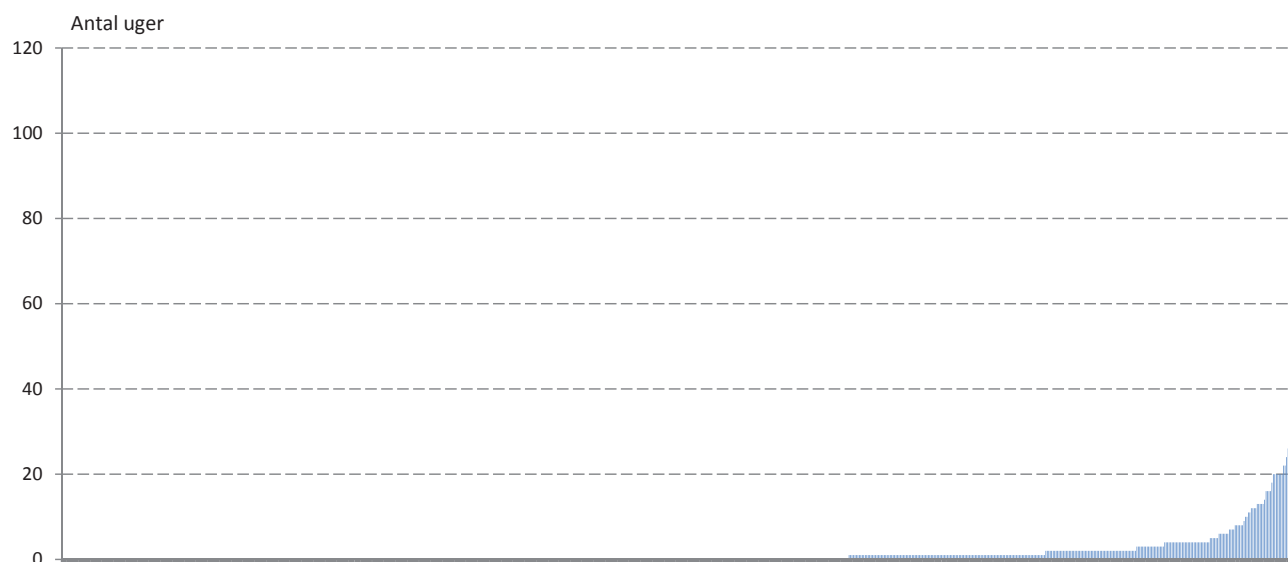


Forløb i uger
Symptomvarighed før lægekontakt
N=574



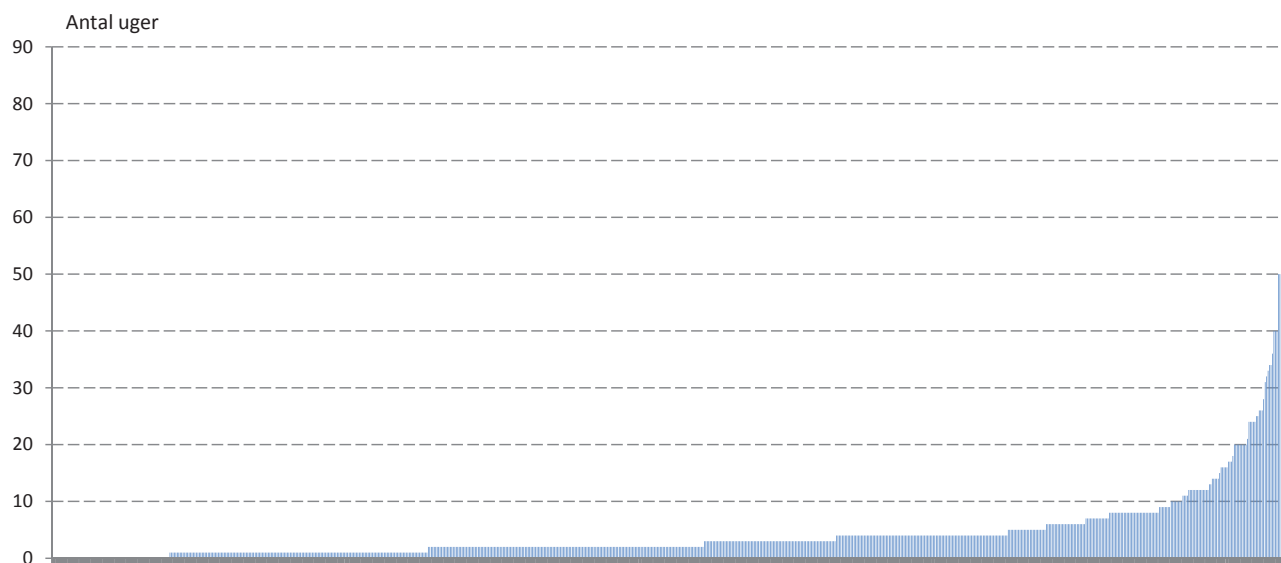
Forløb i uger

Forløb i uger
Fra første lægekontakt til henvisning
N=844



Patienter

Forløb i uger
Fra henvisning til diagnose
N=845

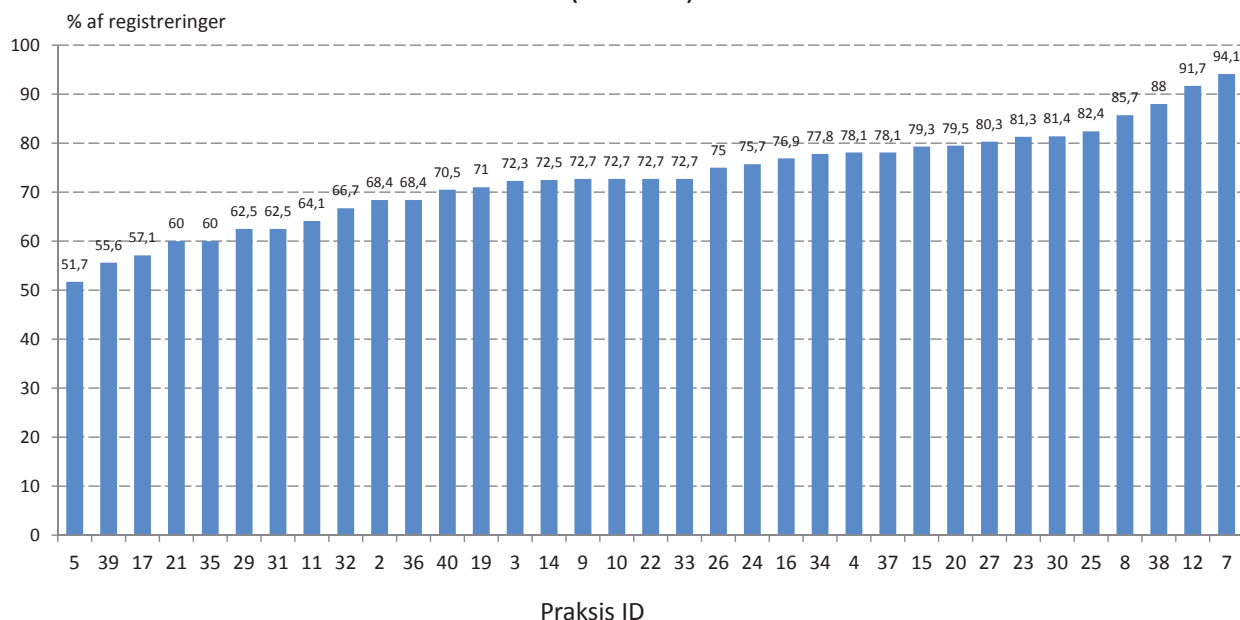


Patienter

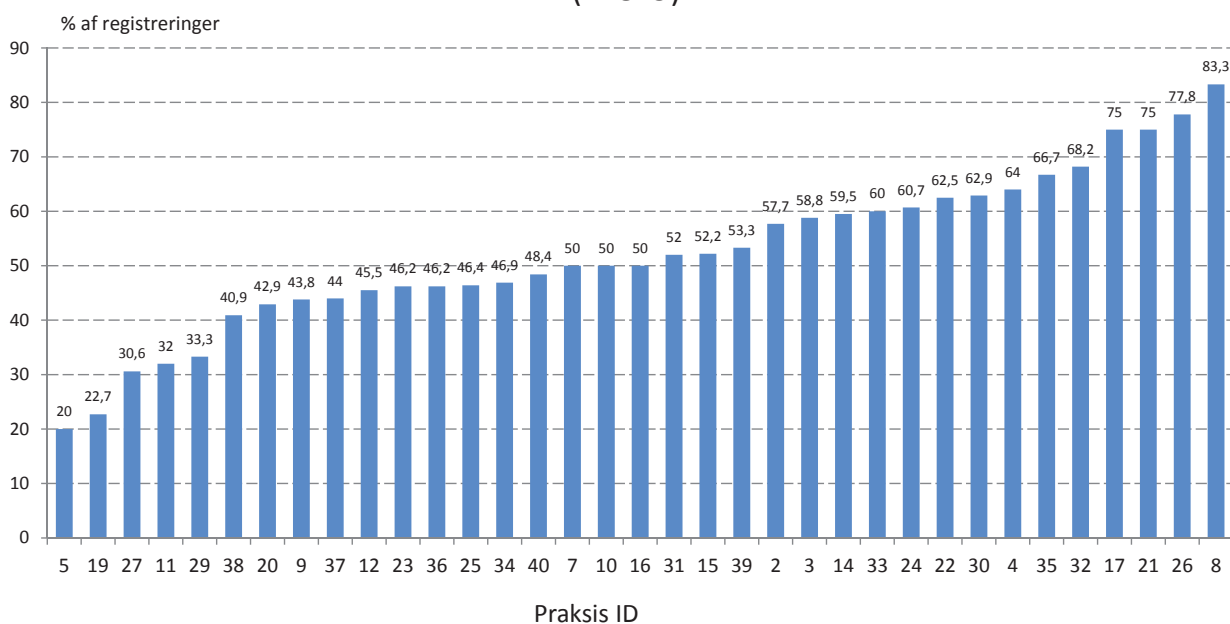
Variationer

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.

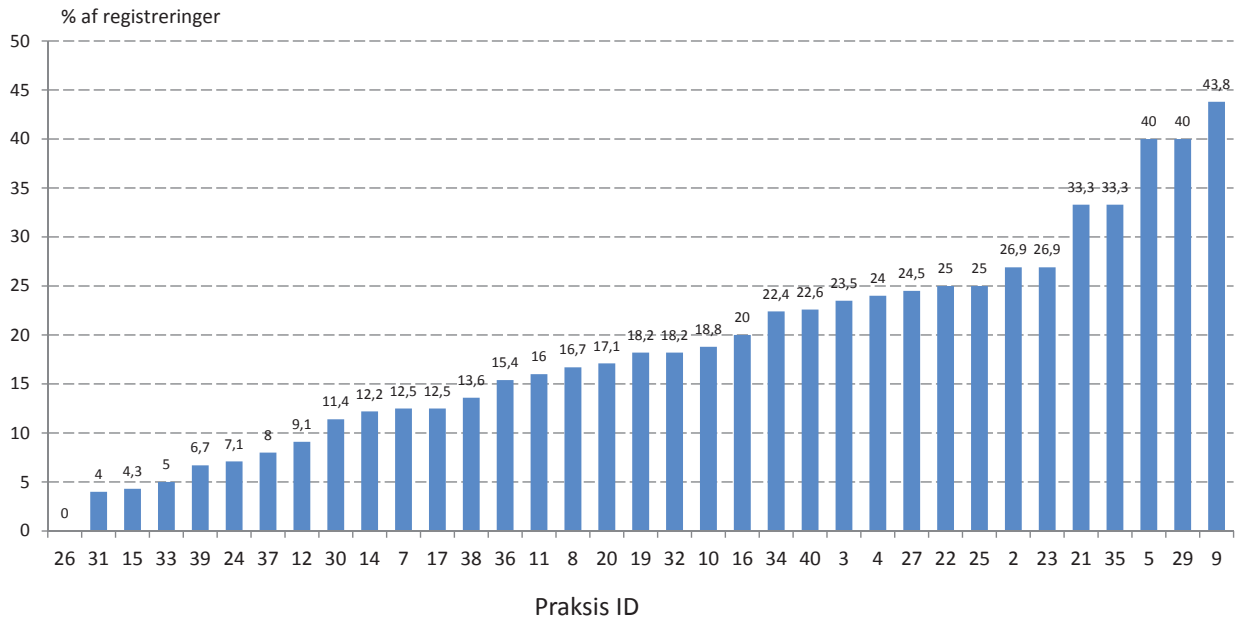
Andel hvor forløbet startede i egen praksis
(n=1190)



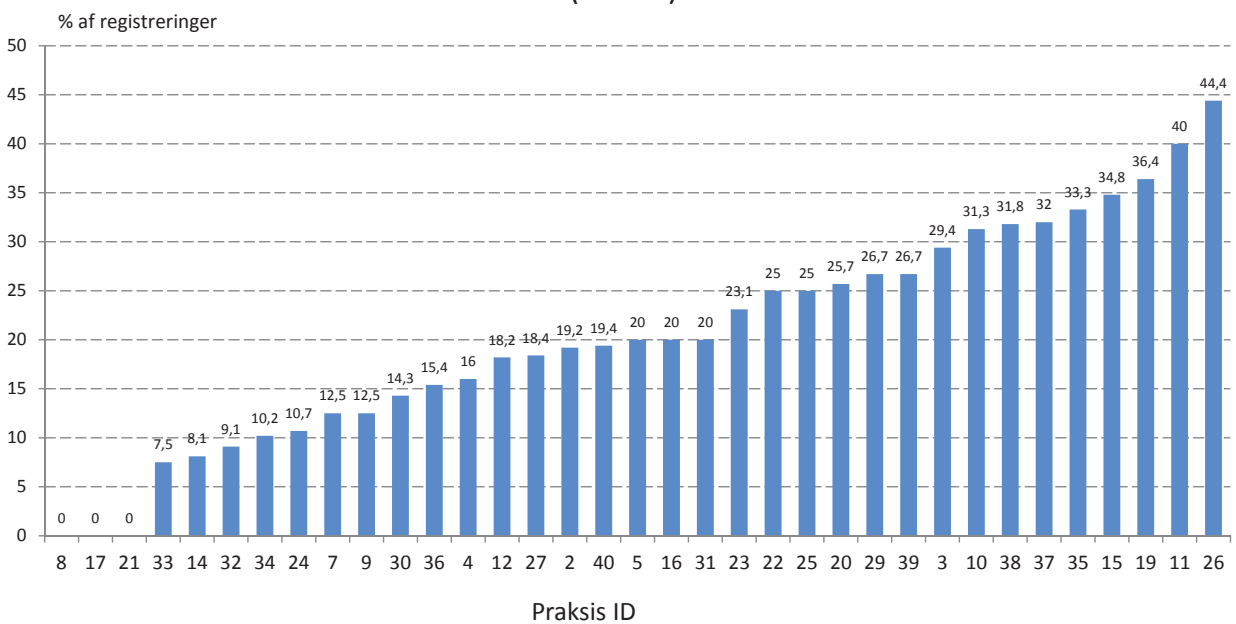
Andel med "Specifikke alarmsymptomer/tegn på kræft"
(n=879)



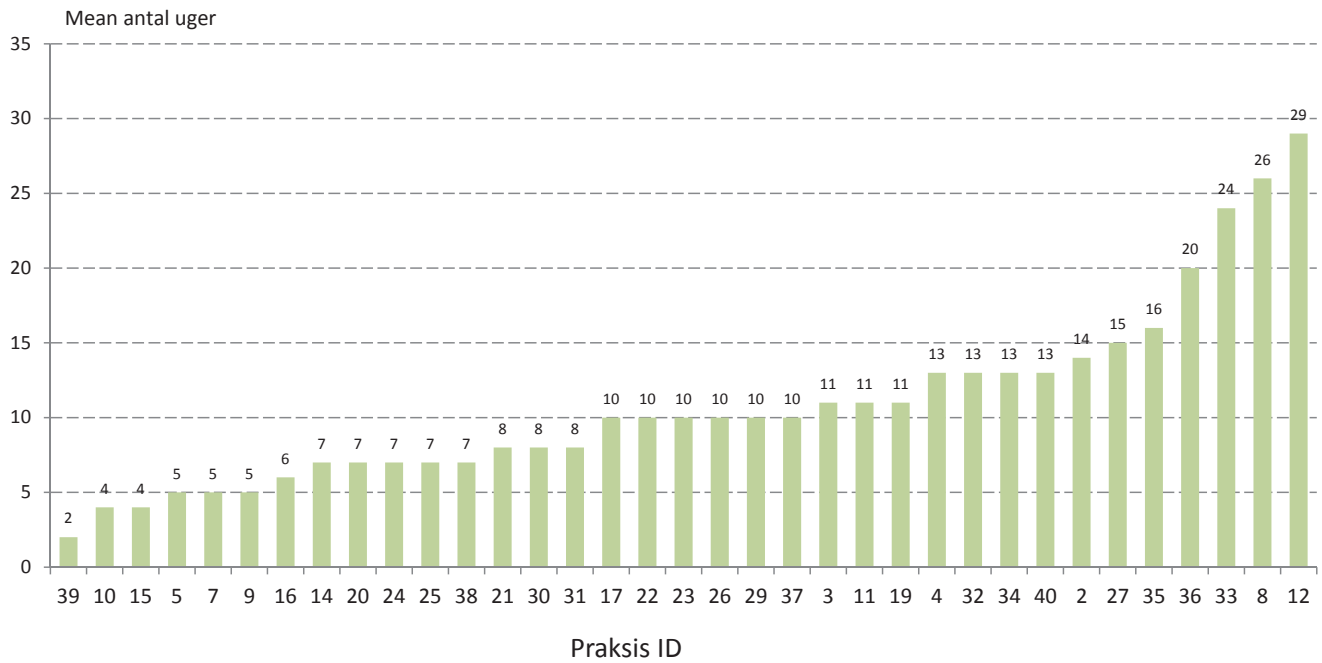
Andel med "Almene alarmsymptomer eller tegn"
(n=879)



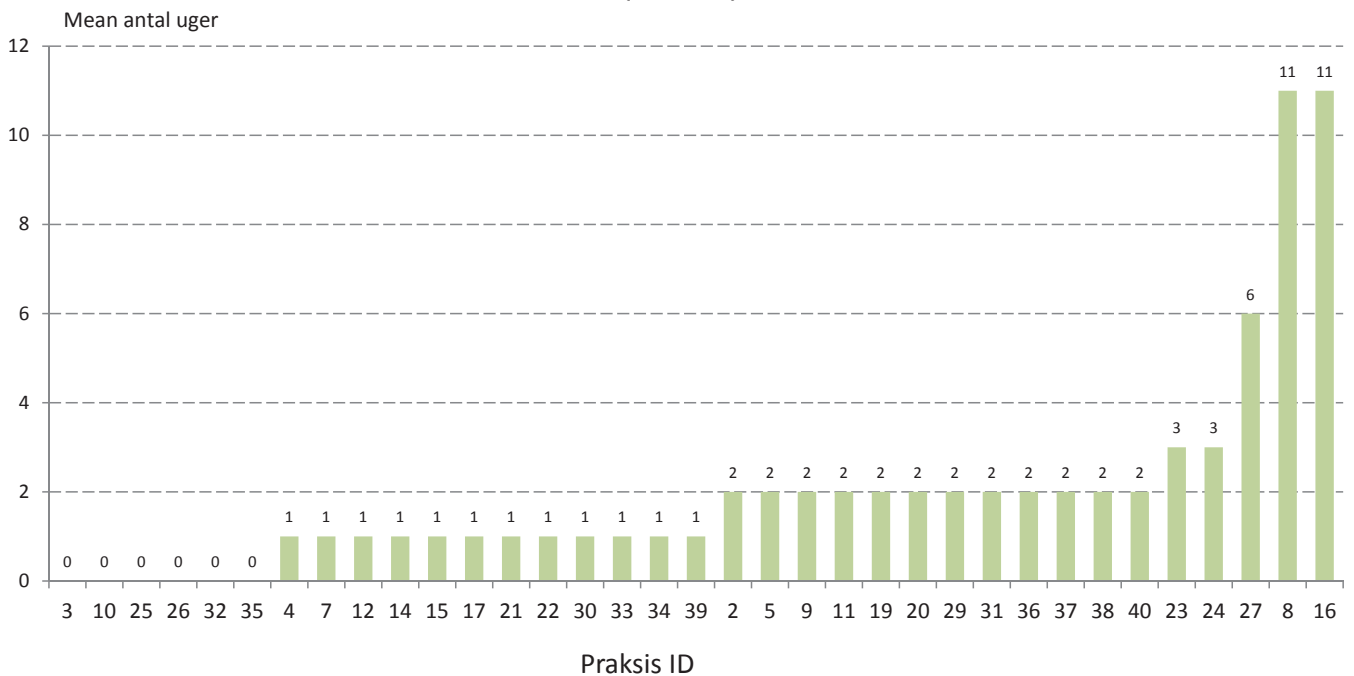
Andel med "Ukarakteristiske symptomer"
(n=879)



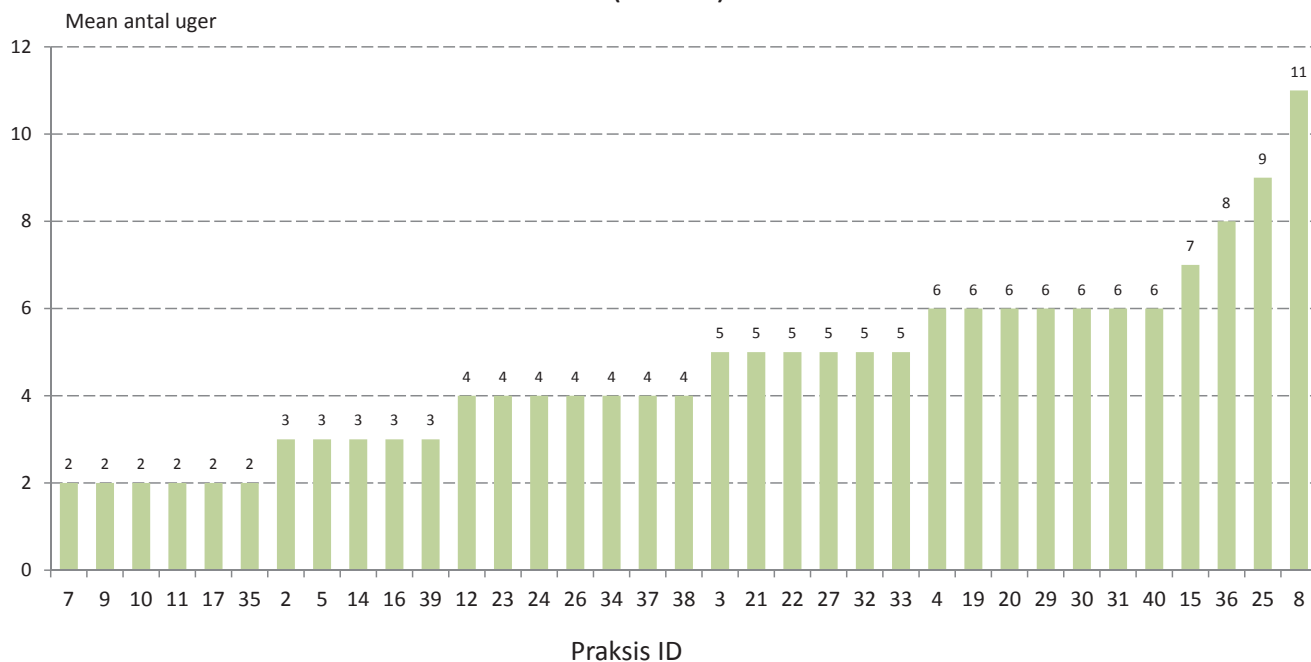
Gennemsnitlig symptomvarighed (antal uger) før lægekontakt
(n=879)



Gennemsnitlig tid (antal uger) fra første lægekontakt til henvisning
(n=879)

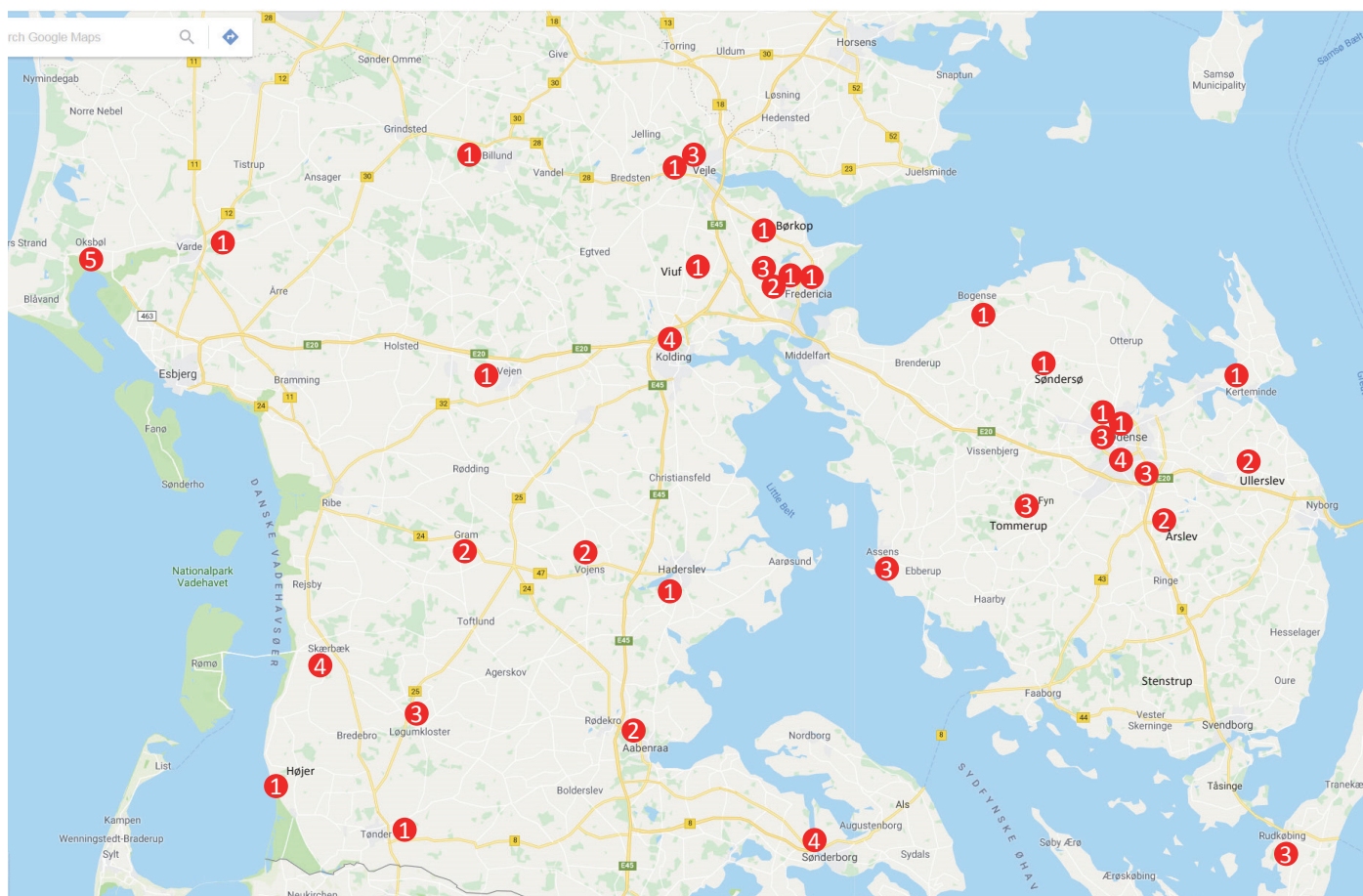


Gennemsnitlig tid (antal uger) fra henvisning til diagnose (n=879)



Kort over de 35 deltagende praksis i audit

Tallene i de røde cirkler viser hvor mange læger der var tilmeldt fra praksis.



Kræftaudit – Jo før Jo bedre Vejledning til udfyldelse af APO-skema

Brug vejledningen til at udtrække en liste fra dit journalsystem over alle patienter, der fik en kræftdiagnose i perioden fra 1. april 2016 til 31. marts 2018. Vi forventer, der vil kunne trækkes 10-30 patienter per læge. Udfyld 1 linje i APO skemaet for hver patient.

BEMÆRK:

- **Patienter, som ikke var tilmeldt din praksis på diagnosetidspunktet, skal IKKE registreres!**
- **Hvis forløbet startede andet sted end ved egen læge, skal punkt 10 til 41 IKKE udfyldes!**
- **Patienter med godartet hudkræft (basalcelle- eller spinocellulært carcinom) skal IKKE registreres!**

ICPC kode	Se ICPC koden i patientens journal eller i vedlagte oversigt over kræfttyper og symptomer.
Hvor startede forløbet?	Kun 1 kryds. Angiv det sted i sundhedsvæsenet, hvor patienten første gang rettede henvendelse med symptomer eller tegn, der skønnes at relatere sig til kræftsygdommen. Hvis kræftdiagnosen er stillet ved screening, sættes kryds i screening for colorektal- eller brystkræft.
Hvad ledte til kræftmistanken	Mindst 1 kryds. Angiv patientens symptompræsentation ved første henvendelse, der skønnes at relatere sig til kræftsygdommen (se symptomliste). Symptomer eller fund, der tilkom senere, end da kræftmistanken blev rejst, skal IKKE registreres. Opportunistisk screening kunne være måling af PSA hos en mand uden symptomer, mens fund af lav hæmoglobin ved en kontrolundersøgelse af KOL, hypertension eller diabetes skal angives som Tilfældigt fund ved blodprøve .
Forløb i uger	Afrund til nærmeste antal hele uger (3 dage ≈ 0 uger - 4 dage ≈ 1 uge). Brug vedlagte kalender. Symptomvarighed før lægekontakt (patientintervallet) aflæses typisk i første journalnotat, hvor der ofte er anført, hvor længe patienten havde haft de symptomer eller tegn, der viste sig at skyldes kræftsygdommen. Hvis kræftsygdommen diagnosticeredes hos en patient uden symptomer angives 0 uger. Hvis svaret ikke vides, anføres et minus. Fra lægekontakt til henvisning med kræftmistanke (primærsektorintervallet) angiver det antal uger fra patientens første henvendelse med symptomer eller tegn, der skønnes at relatere sig til kræftsygdommen frem til patienten henvises til udredning for kræftsygdom. Fra henvisning med kræftmistanke til diagnose (sekundærsektorintervallet) angiver antal uger fra afsendelse af henvisning til endelig diagnose foreligger. Tidspunktet, hvor eksempelvis en skanning eller koloskopi gav mistænkelige fund, er nødvendigvis ikke det endelige diagnosetidspunkt, men kan være det, hvis behandling enten påbegyndes eller indstilles uden yderligere udredning.
Udredningsforløb i praksis	Mindst 1 kryds. Kun undersøgelser og handlinger udført i eller bestilt af praksis skal påføres. Undersøgelser og handlinger efter kræftdiagnosetidspunktet skal IKKE angives. Råd om at se an med tidsangivelse anføres hvis patienten fik angivet en bestemt periode, som det blev vurderet OK at vente. Råd om at se an uden tidsangivelse anføres, hvis det blev vurderet OK at vente, men patienten IKKE fik angivet en bestemt periode. Egen læges vurdering: "Ingen kræftmistanke, patienten beroliges" angives hvis forløbet syntes afsluttet, men patienten alligevel havde kræft. Kræft påvist uden om forløbet i praksis angives hvis patienten efter kontakt ved egen læge henvender sig ved speciallæge, vagtlæge, skadestue, 112 el.lign. og bliver diagnosticeret herigennem.

Kræftdiagnostik – Jo før Jo bedre

Definition af symptomkategorier

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

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

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

Ukarakteristiske 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

ICPC koder	Organ / kræfttype	Specifikke alarmsymptomer og <i>fund</i> (som bør medføre kræftpakkeforløb)
B72 B73 B74	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 - <i>Nyresvigt</i> - <i>Anæmi</i> - <i>Hypercalcæmi</i>
D74 D77	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 - Abdominal udfyldning / <i>Fokal solid proces påvist ved UL, CT eller MR</i>
D75	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"> - Synlig rektalblødning (frisk/ikke frisk) - Ændrede afføringsvaner > 1 måned - <i>Jernmangelanæmi</i>
D76	Kræft i bugspytkirtlen	<ul style="list-style-type: none"> - Gulsot - Mavesmerter evt. med udstråling til ryg - Abdominal udfyldning / <i>Fokal solid proces påvist ved UL, CT eller MR</i>
L71	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
N74	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>

Kræftdiagnostik symptomliste

R84 R85	Kræft i bronkie/luftveje Kræft i luftveje IKA	<ul style="list-style-type: none"> - Hoste - Hæmoptyse - Brystsmerter - Hæshed i mere end 2 uger uden forklaring eller tegn på bedring hos patient ældre end 40 år - Uforklarlig 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	Hudkræft	<ul style="list-style-type: none"> - Fast skællende knude, evt. med central ulcus og hård infiltreret voldformet rand - 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. sårdannelse - Atypisk nævus
T71	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	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>
X75	Kræft i livmoderhals	<ul style="list-style-type: none"> - Intermenstruelle blødninger - Kontaktblødning - Ændret udflåd, mere eller mindre blodtilblandet
X76	Brystkræft hos kvinde	<ul style="list-style-type: none"> - Palpatorisk suspekt tumor - Nytilkommen papilretraktion - Nytilkommen hudindtrækning - Papil /areolaeksem / ulceration (obs. morbus Paget) - Klinisk suspekterte aksillære lymfeknuder

Kræftdiagnostik symptomliste

X77	Kræft i kvindeligt kønsorgan IKA	<ul style="list-style-type: none"> - Endometriecancer: <ul style="list-style-type: none"> - postmenopausal blødning / blodtingeret flour vaginalis - Ovariecancer: <ul style="list-style-type: none"> - Øget abdominalomfang - Pollakisuri - Ubehagsfornemmelse i nedre abdomen - Tyngdefornemmelse - Ukarakteristiske gastrointestinale symptomer - Vulvacancer: <ul style="list-style-type: none"> Symptomer fra vulvaområdet - kløe - svie - blødning
Y77	Kræft i prostata	<ul style="list-style-type: none"> - LUTS, hvor infektion er udelukket - Gentagne episoder med hæmospermi, hæmaturi - <i>Palpatorisk cancersuspekt Prostata</i>
Y78	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
<p><i>Kursiv indikerer objektive fund som modsætning til symptomer, der kunne bringe en patient til læge.</i></p>		

