



Rettidig diagnostik og rationel udredning ved mistanke om alvorlig sygdom herunder kræft

Et fælles udspil fra PLO og Kræftens Bekæmpelse

Der er brug for at styrke den diagnostiske indsats ved mistanke om alvorlig sygdom herunder kræft. Tidlig diagnostik forbedrer muligheden for overlevelse, og den praktiserende læges muligheder for henvisning spiller en afgørende rolle i at sikre tidlig og hurtig diagnostik af både kræft og andre alvorlige sygdomme.

Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Kræftens Bekæmpelse har derfor udarbejdet dette fælles udspil med initiativer, der kan medvirke til at sikre rettidig diagnostik og rationel udredning ved mistanke om kræft og andre alvorlige sygdomme. Udspillet skal også ses som en opfølgning på PLO's og Kræftens Bekæmpelses tidligere udspil Kræftpatienter og almen praksis – en styrket indsats¹.

Den praktiserende læges rolle i den primære udredning

Borgerne henvender sig til den praktiserende læge ved symptomer, og den praktiserende læge er patienternes indgang til behandling ved symptomer på sygdom. Det er en del af det almenmedicinske speciale at vurdere symptomer og tegn på sygdom, og praktiserende læger har generelt stor erfaring med at berolige de raske, men også med at finde de alvorligt syge.

De første symptomer på kræft er ofte ganske beskedne og uspecifikke. Udfordringen for de praktiserende læger er at finde de få patienter, hvor der alligevel kan være tale om alvorlig sygdom. Målet må være at sende patienter med sandsynlighed for alvorlig sygdom videre til udredning, samtidig med at man undgår unødvendig angst og sygeliggørelse eller forkert udnyttelse af samfundets ressourcer. Man skal her være opmærksom på, at diagnostiske undersøgelser bør ordineres med omtanke, da de kan indebære en lille risiko. CT-scanninger kan være kræftfremkaldende, og kikkertundersøgelser har sjældne, men potentielt livsfarlige komplikationer, ligesom overdiagnostik på grund af tilfældige fund i sig selv kan være skadeligt for patienten.

Man kan desværre ikke skelne skarpt mellem "mistanke om kræft" og "ingen mistanke om kræft". Styrken af kræftmistanke hos en patient kan være 0-100 pct., og lægen bruger blandt andet mønstergenkendelse, forudgående kendskab til patienten og sin dømmekraft til at vurdere, hvilken mistanke der er hos den enkelte patient, hvorefter der lægges en udredningsplan.

De symptomer, der kan være tegn på kræft, kan ofte samtidigt være tegn på andre alvorlige sygdomme. Når lægen henviser til udredning, vil de fleste patienter få udelukket sygdom, nogle få vil have kræft, og nogle patienter vil have en anden alvorlig sygdom, som ikke er kræft. Derfor kan man ikke altid skelne mellem udredning af kræft og udredning af anden alvorlig sygdom. Lægen vil oftest tage flere muligheder i betragtning i sin udredningsplan.

¹ <http://pdf.cancer.dk/kræftpatienter-og-almen-praksis-en-styrket-indsats/?page=1>



Udfordringer i udredningen af kræft eller anden alvorlig sygdom

Kræftudredningen i Danmark fungerer rigtigt godt, hvis man har et klart symptom fra et enkelt organsystem. Her kan man bruge de organspecifikke kræftpakker, som er stort set ens landet over. Et eksempel er tarmkræftpakke ved blod i afføringen.

Udredningen er desværre mindre struktureret ved de ovenfor beskrevne uspecifikke symptomer. Der findes et pakkeforløb for uspecifikke symptomer, men både mellem regionerne og internt i hver enkelt region er der forskel på målgruppe og henvisningskriterier. VIVEs analyse om kræftudredning uden for kræftpakkerne² fremhæver eksempler på variation i tilbud til og mangel på overblik over diagnostiske muligheder for den praktiserende læge. Dette kan potentielt føre til forsinket diagnostik og geografisk ulighed i sundhed. Når der er meget stor forskel på, hvilke undersøgelser de praktiserende læger har adgang til at ordinere, er der risiko for, at patienten "falder mellem to stole," hvor lægens valg enten er en lynhurtig og meget omfattende undersøgelse i et pakkeforløb eller en måneds ventetid på en ultralydsscanning på den lokale røntgenafdeling.

Endeligt har de praktiserende læger brug for mere viden og efterfølgende efteruddannelse i de diagnostiske processer i almen praksis. De geografisk forskellige udredningsmodaliteter for uspecifikke symptomer gør også efteruddannelse af praktiserende læger og klinikpersonale mere besværlig og usikker.

Når det gælder lavrisiko-patienter med uspecifikke symptomer, mangler der forskning, der belyser, hvilke diagnostiske metoder der er mest rationelle.

Forslag til konkrete indsatser

PLO og Kræftens Bekæmpelse ønsker at styrke indsatsen for en mere ensartet, rettidig og rationel diagnostik af alvorlig sygdom, herunder særligt for patienter med uspecifikke symptomer. Derfor bør der sættes fokus på et område af sundhedsvæsenet, der ofte fremstår usynligt, nemlig diagnostikken.

Vi anbefaler:

1. At der udarbejdes en ny struktureret plan for det diagnostiske forløb, Den trebenede strategi, med henblik på at forbedre og udvikle diagnostikken til gavn for patientens forløb fra symptom til diagnose.
2. At den praktiserende læge har bedre mulighed for at henvise direkte til hurtige diagnostiske undersøgelser, hvor der er mistanke om kræft eller anden alvorlig sygdom.
3. At ansvar og rollefordeling mellem sektorer samt henvisningsmuligheder fastlægges efter nationale principper, så man undgår geografisk ulighed i sundhed og fremmer sikker vejledning og efteruddannelse.
4. At der etableres et nationalt forsknings- og kompetencecenter for primær diagnostik i regi af forskningsenhederne for almen praksis med henblik på at sikre en integration af viden, efteruddannelse og organisering.

² <https://www.vive.dk/media/pure/11643/2343768>



Nedenfor udbygges de fire forslag til indsatser nærmere.

1. Indførelse af den trebenede diagnostiske strategi

For hurtigt at få af- eller bekræftet mistanke om alvorlig sygdom er det nødvendigt, at den praktiserende læge i sin udredningsproces kan arbejde struktureret, og at adgang til henvisning til pakkeforløb eller diagnostisk undersøgelse er let tilgængelig og foregår hurtigt. Videre er det vigtigt, at patienterne hele tiden ved, hvem der har ansvaret for deres forløb.ⁱ

På baggrund af hidtidige forskning i primær diagnostik er der udviklet en diagnostisk strategi, Den trebenede strategiⁱⁱ, der rummer et betydeligt potentiale for optimering, og som bør indføres blandt praktiserende læger. Det foreslås derfor, at det indgår i en national plan, at denne effektive og rationelle udredningsstrategi indføres systematisk. Som et led i den nationale plan skal den primære diagnostik på tværs af almen praksis, sygehuse og regioner gøres til genstand for kvalitetsmonitorering og afrapporteres både nationalt, til kvalitetsklyngerne og til de enkelte praktiserende læger. Dette vil bidrage til en egentlig dataunderstøttet tilgang til den diagnostiske indsats for at sikre kvalitet i patienternes forløb, klinisk læring og forbedringsarbejde.

Den trebenede strategi:

Første ben

Har patienten specifikke symptomer/tegn, der giver anledning til begrundet mistanke om kræft i et specifikt organsystem, henvises til en organspecifik kræftpakke i sygehusregi.

Andet ben

Har patienten alvorlige, men ikke-specifikke symptomer/tegn, der giver anledning til begrundet mistanke om alvorlig sygdom (kan være to eller flere forskellige), henvises til et diagnostisk pakkeforløb i sygehusregi (diagnostisk center).

Tredje ben

Har patienten vage symptomer/tegn, der formentlig skyldes mindre alvorlig lidelse, men hvor den praktiserende læge alligevel på baggrund af sit faglige skøn ønsker at udelukke noget alvorligt, sendes patienten til en hurtig Ja-Nej-undersøgelse, hvor den praktiserende læge har det forløbsmæssige ansvar.

Den trebenede strategi understøtter, at den praktiserende læge ved mistanke om kræft eller anden alvorlig sygdom altid har et relevant udredningstilbud til patienten, hvorved det sikres, at patienten ikke falder mellem to stole. Hvilket ben, der vælges, er afhængigt af symptomerne og styrken af kræftmistanken.

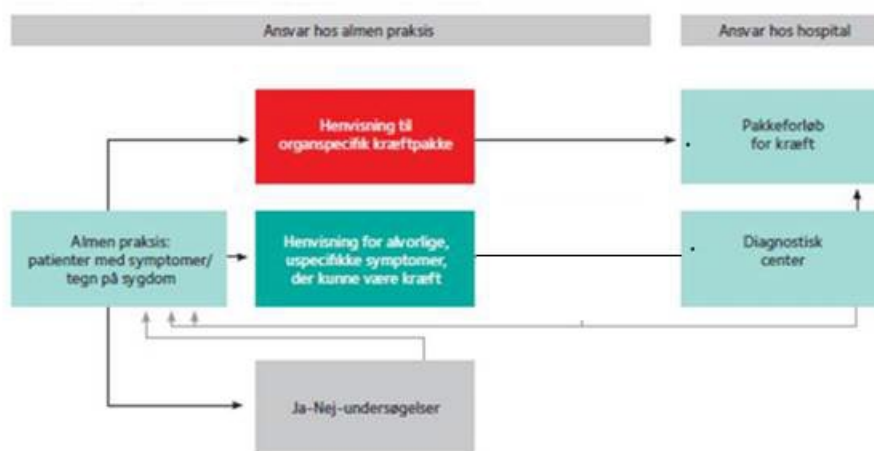
Når patienten er henvist til en pakke, bør det være sygehuset, der har ansvaret for patienten. Når den praktiserende læge henviser til Ja-Nej-undersøgelse, beholder den praktiserende læge det forløbsmæssige ansvar og aftaler med patienten, hvornår og hvordan der følges op.



2. Bedre mulighed for at henvise direkte til diagnostiske undersøgelser, hvor der er mistanke om alvorlig sygdom, herunder kræft

For at den trebenede strategi skal lykkes, skal praktiserende læger have langt bedre mulighed for direkte at henvise til hurtige undersøgelser i det tredje ben. I fremtiden bør alle læger have direkte adgang til en lang række Ja-Nej-undersøgelser med korte svartider. Det drejer sig især om billeddiagnostiske undersøgelser som for eksempel ultralyd og CT-scanninger, men kan også være kikkertundersøgelser i speciallægeregi eller særlige laboratorieundersøgelser. Der kan løbende tilføjes nye undersøgelser, efterhånden som man får mere forskningsmæssigt viden om, hvilke undersøgelser der mest rationelt afvikles via egen læge.

Figur 1. Den trebenede diagnostiske strategi



3. At ansvar og rollefordeling mellem sektorer samt henvisningsmuligheder fastlægges efter nationale principper, så man undgår geografisk ulighed i sundhed

Det foreslås, at de diagnostiske tilbud i de tre ben koordineres nationalt, og at der gives ensartede henvisningsmuligheder og ventetider til kræftpakker, pakkeforløb og diagnostiske undersøgelser over hele landet, så alle læger og ikke mindst patienter har de samme redskaber til rådighed, uanset i hvilke dele af landet de bor. Der bør samtidigt indføres en ventetidsgaranti på disse undersøgelser, for eksempel 14 dage.

Ansvar og rollefordeling mellem almen praksis, praktiserende speciallæger, diagnostiske enheder og kliniske afdelinger på hospitalerne bør være tydelig og fastlægges efter nationale principper. Dette dels i forhold til dialog, dels i relation til ansvar for behandling og kontakt til patienten, således at patienterne ikke oplever tvivl om, hvem der har ansvaret for deres forløb.

Selv om tilbud og ansvarsfordeling ensortes, vil den praktiske afvikling selvfølgelig variere. Konkret foreslås, at der sikres en løbende dialog om henvisninger mellem almen praksis og sygehusene med det principielle udgangspunkt, at eventuelle tvivlsspørgsmål aldrig må forsinke den enkelte patients forløb. Al information om henvisningskriterier til såvel organspecifikke pakkeforløb som til diagnostisk pakke og diagnostiske undersøgelser bør altid være fuldt opdateret af de enkelte regioner og formidles på en forståelig og anvendelig måde på www.sundhed.dk. Den praktiserende læge bør ved brug for vejledning kunne konferere med speciallægen eller en organspecifik hotline, ligesom speciallægen/sygehusafdelingen ikke bør afvise en henvisning uden dialog med den praktiserende læge.



4. At der etableres et nationalt forsknings- og kompetencecenter for primær diagnostik, samtidig med at efteruddannelsen sikres

For at sikre fortsat udvikling i vurdering og indsats i diagnostikken foreslås, at de danske forskningsenheder for almen praksis fortsætter deres forskning i primær diagnostik, hvilket de seneste 10-15 år har øget viden væsentligt og har sat tydelige aftryk på organiseringen af diagnostikken af alvorlig sygdom, herunder kræft.

Der mangler data og dokumentation om vejen fra symptom til diagnose og valide sammenligninger til afdækning af "best practice". Der mangler forskning i og dokumentation af, hvilke undersøgelser der er mest relevante, og nationale beslutninger om, hvilke undersøgelser den praktiserende læge skal have adgang til, og hvilke hit-rater der skal sigtes efter. Derfor bør der etableres et nationalt forsknings- og kompetencecenter for primær diagnostik i regi af forskningsenhederne for almen praksis med henblik på at sikre en integration af viden, efteruddannelse og organisering. Det nationale kompetencecenter vil også kunne bidrage med dataunderstøttelse for den diagnostiske indsats, som kan medvirke til øget kvalitet i diagnostikken både nationalt, i kvalitetsklyngerne og hos de enkelte praktiserende læger. Et kompetencecenter for primær diagnostik vil kunne samarbejde med det vidensnetværk for almen praksis, som er etableret i et samarbejde mellem forskningsenhederne for almen praksis og Kræftens Bekæmpelse.

Endelig foreslås det at sikre efteruddannelse for praktiserende læger med hensyn til symptom- og mønstergenkendelse samt epidemiologi i kræft og andre livstruende sygdomme. Herunder konsultationsteknikker, tidsfaktor, aftaler og sikkerhedsnet ("safety netting") som del af den diagnostiske proces især over for sårbare patienter, som kan have brug for en særlig indsats.

De mest effektive og rationelle udredningsstrategier indføres systematisk og monitoreres, med henblik på at skabe ny viden.

ⁱ Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse. Kræftramtes behov og oplevelser i udrednings- og behandlingsforløbet (forefindes: https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/1/6911/1515741637/2017_kraeftpatienters-behov-og-oplevelser-med-sundhedsvaesenet-under-udredning-og-behandling.pdf)

ⁱⁱ Vedsted P and Olesen F (2015): A differentiated approach to referrals from general practice to support early cancer diagnosis – the Danish three-legged strategy (forefindes: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4385978/>)