

Af: Gitte Bruun Lauridsen, Rikke Pilegaard, Mette Fredberg Greth
og **Jesper Lykkegaard** - glauridsen@health.sdu.dk

En audit
om kræftudredningsforløb i almen praksis

Denne artikel præsenterer de foreløbige resultater fra et projekt, der har undersøgt, hvordan de diagnostiske forløb ved kræft kan blive forbedret – et projekt, der har kørt med stor succes i Region Nordjylland, Syddanmark og Midtjylland.

Projektet blev udviklet af Audit Projekt Odense (APO) for den regionale indsats "Jo før jo bedre i almen praksis – tidlig opsporing af kræft" i Region Syddanmark, hvor projektet første gang blev gennemført i 2018 og siden i sin nuværende form i 2021.

I 2008 blev kræftpakkerne indført. Det medførte en væsentlig forbedring i udredningen og behandlingen af kræft. I 2012 kom det diagnostiske pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer, hvor lægen har mistanke om alvorlig sygdom som eksempelvis kræft.

Selvom kræftpakkerne og det store fokus på kræftudredning gennem de seneste år har medført bedre prognose ved flere kræftformer i Danmark, er der stadig plads til forbedringer, når vi sammenligner os med andre vestlige lande.

Rettidig diagnostik er afgørende

Vi ved, at rettidig diagnostik forbedrer behandlingsmulighederne og overlevelsen ved de fleste kræftformer. Vi ved også, at flere faktorer spiller ind i den diagnostiske proces i et kræftudredningsforløb i almen praksis. I første omgang er det vigtigt, at patienten henvender sig til lægen, når et relevant symptom opleves. Dernæst er det afgørende, at lægen får mistanke om kræft, og at nødvendige prøver tages og undersøgelser udføres. Endelig skal lægen henvise til de rette samarbejdspartnere på sygehus og/eller i speciallægepraksis, og her er det vigtigt, at samarbejdet mellem almen praksis og de andre specialer fungerer.

OM DELTAGERNE

- Gitte Bruun Lauridsen, læge, ph.d.-studerende; Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet.
- Rikke Pilegaard, praktiserende læge, ph.d., konsulent i Midtkraft; Cancer i Praksis, Midtkraft, Region Midtjylland.
- Mette Fredberg Greth, praktiserende læge, praksiskonsulent i kræftgruppen, Nord-KAP; Kræftgruppen, Nord-KAP, Region Nordjylland.
- Jesper Lykkegaard, praktiserende læge, professor, ph.d.; Audit Projekt Odense, Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet.

OPFØLGNINGSKURSUS – REGION NORDJYLLAND:

- Auditresultater blev gennemgået og der var oplæg fra relevante samarbejdspartnere
- Særlig fokus på malignt melanom og blærekræft – to kræftformer, der ser ud til at være mere fremskreden på diagnosetidspunktet i Region Nordjylland, i fht. andre regioner
- De diagnostiske Centre bidrog med oplæg til dialog om tidlig opsporing af kræft i almen praksis

26 læger og 23 praksispersonaler deltog i opfølgningskurset.



OPFØLGNINGSKURSUS – REGION MIDTJYLLAND:

- Der var oplæg om kræftdiagnostik
- Interessante fund fra rapporten blev gennemgået og diskuteret såvel i smågrupper som i plenum
- Emner, der kunne implementeres hjemme i praksis, blev tillige berørt

102 lægepraksis (11 klynger) deltog i klyngemøderne.

OPFØLGNINGSKURSUS – REGION SYDDANMARK:

- Afholdt i hhv. Esbjerg, Aabenraa, Middelfart og Odense, sv.t. de fire diagnostiske enheder i regionen
- Oplæg ved og dialog med repræsentant fra lokalt diagnostisk center, samt praksisrepræsentant
- Interessante fund fra rapporten blev gennemgået og diskuteret i plenum såvel som i mindre grupper
- Oplæg om tidlig opsporing af kræft ved SDU-forsker

102 læger og 55 praksispersonaler deltog i opfølgningskurset.

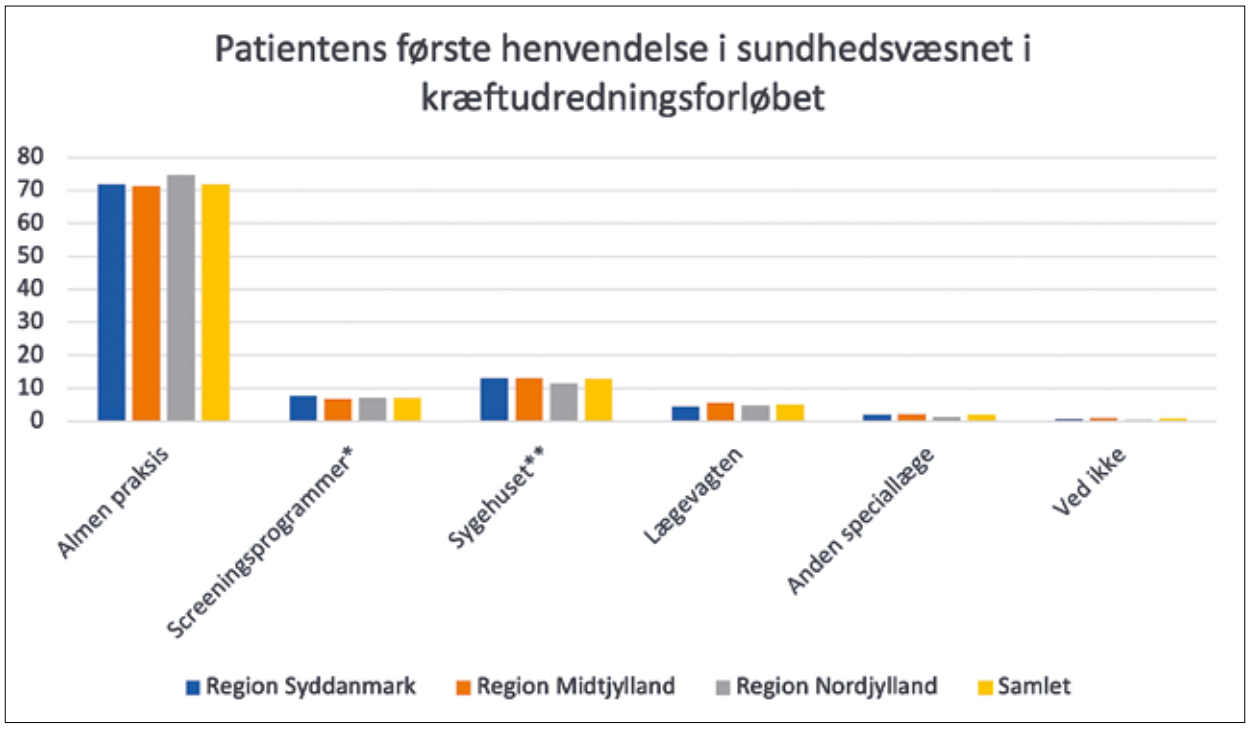
For at ovenstående elementer i den diagnostiske proces forløber bedst muligt, er det vigtigt med refleksion over, hvordan man som læge og i den enkelte praksis – bevidst eller ubevidst – håndterer disse patienter. Gennemgang af egne patientforløb er udbytterigt for den enkelte læge og/eller praksis, men det kan være hjælpsomt med en overordnet skabelon herfor. Ved at reflektere over egne patienter, sammenligne med andre praksissers patientforløb og at ved at deltage i opfølgende kursus eller klyngemøde kan praktiserende læger blive klogere på, hvilke styrker og udfordringer de oplever i deres kliniske dagligdag, og hvad der er med til at skabe mere eller mindre hensigtsmæssige patientforløb i den diagnostiske proces.

I projektet samler de deltagende læger i fællesskab viden om egne, andre lægers og systemets håndtering af de patienter, som viste sig at have kræft. Projektet sætter fokus på at forbedre opsporingen af kræft i almen praksis ved at undersøge, hvilke faktorer der påvirker det diagnostiske forløb, herunder symptompræsentation, hændelser i det diagnostiske forløb og kontinuiteten internt i klinikken.

I projektet samler de deltagende læger i fællesskab viden om egne, andre lægers og systemets håndtering af de patienter, som viste sig at have kræft.

Audit på egne patienter

Vi inviterede alle almene lægepraksisser i henholdsvis Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region



Figur 1: Hvor i sundhedsvæsnet henvendte patienter sig første gang i deres kræftforløb? Angivet som procent for de enkelte regioner og samlet set.
* Ingen symptomer, men opdaget ved screeningsprogrammer for bryst-, tarm- og livmoderhalskræft.
** F.eks. under indlæggelse, i ambulatorie, ved brug af 112 eller på skadestue.

Nordjylland til at deltage. I Region Midtjylland blev projektet udbudt til klyngerne. Hver regions IT-afdeling identificerede blandt de deltagende klinikker de patienter, der var blevet diagnosticeret med kræft over en 2-årig periode (marts 2019 - marts 2021). Herefter blev en patientliste sendt via e-Boks til de deltagende praksis med patientens navn, cpr-nummer, diagnosedato og kræfttype.

Gennem opslag i journalerne afkrydsede hver praksis en linje for hver patient i et APO-spørgeskema. Skemaet indeholdt spørgsmål om, hvor i sundhedsvæsenet patienten henvendte sig første gang i deres kræftforløb. For de patienter, der henvendte sig i almen praksis, var der spørgsmål til, hvilke symptomer patienten præsenterede sig med, symptomvarighed, hvor mange kontakter patienten havde med praksis, og hvor mange læger og/eller praksispersonale der var kontakt med. Derudover var der spørgsmål om, hvortil den første henvisning blev sendt, og om forekomsten af forskellige hændelser i forløbet, der i andre studier er fundet væsentlige for rettidig diagnose. Endelig blev lægen bedt om at vurdere det diagnostiske forløb (overordnet, ud fra patientens adfærd, praksis' håndtering, sektorovergange og sekundærsektorens håndtering).

Gennem opslag i journalerne afkrydsede hver praksis en linje for hver patient i et APO-spørgeskema.

I hver region blev der udarbejdet en samlet rapport med svar fra de deltagende praksis og et individuelt svararkt til hver praksis. Disse dannede ud-

SÅDAN SKABER I EN REFLEKSIONSKULTUR

1. Gennemgå egne patientforløb for at skabe overblik
2. Lav evt. en fast skabelon til gennemgangen
3. Diskuter, hvordan I håndterer disse patienter i jeres praksis
4. Sammenlign jeres tilgang med andre klinikkers
5. Tag på kursus for at opdatere jeres viden
6. Deltag i klyngemøder og del jeres opfattelse af, hvordan vi skaber den gode diagnostiske proces.

Tilbagemeldingerne fra de deltagende læger har været, at det var meget givende at gennemgå egne patientforløb og at sammenligne og sparre med kollegaer i andre praksisser efterfølgende – ikke mindst som klyngeprojekt.

gangspunktet for henholdsvis kursusdage for læger, uddannelseslæger og praksispersonale i Region Nordjylland og Region Syddanmark og for klyngemøder i Region Midtjylland. Se illustration.

Hvad kom der ud af det?

I alt deltog 59 praksis i Region Syddanmark, 21 i Region Nordjylland og 102 i Region Midtjylland (11 klynger). De deltagende praksis registrerede oplysninger om det diagnostiske forløb for i alt 8.236 patienter: 2.892 patienter i Region Syddanmark, 1.042 i Region Nordjylland, og 4.302 i Region Midtjylland.

Mange henvender sig først i almen praksis

Der går lang tid mellem, at praksis ser nye patienter med en bestemt kræfttype. De mange epikriser fra kræftpatienter i forløb kan i praksis opleves som, at kræftdiagnoserne stilles andre steder i sundhedsvæsenet. Det er dog langt fra sandt.

I alt var 5.921 (72 %) patienters første henvendelse til sundhedsvæsenet med symptomer, der retrospektivt kunne skyldes kræften, til almen praksis. Til sammenligning begyndte godt 7 % af forløbene i forbindelse med screeningsprogrammer (bryst-, tarm- og livmoderhalskræft), 13 % på sygehuset (under indlæggelse, i ambulatorie eller på skadestue), godt 5 % ved lægevagten og 2 % ved anden speciallæge end den alment praktiserende læge. Se figur 1.

Symptompræsentation er afgørende

Mange faktorer spiller ind på, hvorvidt den praktiserende læge får mistanken om kræft og agerer derefter. En af de vigtigste faktorer er patientens symptompræsentation. Såfremt patienten henvender sig med kræftspecifikke symptomer, kan det straks udløse henvisning i en kræftpakke. Vi fandt, at 53 % præsenterede sig med specifikke symptomer, mens 39 % havde uspecifikke symptomer. Det er en fordeling, der er blevet fundet i flere studier gennem de sidste 10 år, og som også ses i andre lande.

Den diagnostiske proces er ofte god

Mange forhold har betydning for den diagnostiske proces. I vores pilotstudier fandt vi blandt andet, at kvaliteten af udredningsforløbet, tiden fra første henvendelse til diagnose, og hvorvidt udfaldet menes at kunne have været anderledes, såfremt håndteringen var en anden, var af betydning for lægens subjektive vurdering af forløbet.

Resultaterne i dette projekt peger på, at langt de fleste kræftdiagnostiske processer i almen praksis forløber godt. Ifølge lægernes vurdering af det overordnede forløb var 55 % af forløbene særdeles gode, 32 % var gode, og kun 2 % var særdeles dårlige.

Ser vi særskilt på vurderingen af almen praksis' håndtering af det diagnostiske forløb, så var 67 % af forløbene særdeles gode, 26 % var gode, og kun 0,8 % var særdeles dårlige. I langt de fleste tilfælde forløber den diagnostiske proces således hensigtsmæssigt, men i få tilfælde er der fortsat plads til forbedringer.

Godt indblik i patientforløb

Projektet er lykkedes med at guide deltagerne gennem deres egne patienters kræftdiagnostiske forløb, og hver deltagende praksis har bidraget med sin brik til det samlede billede.

Tilbagemeldingerne fra de deltagende læger har været, at det var meget givende at gennemgå egne patientforløb og at sammenligne og sparre med kollegaer i andre praksisser efterfølgende – ikke mindst som klyngeprojekt. Projektgruppen arbejder på, hvordan og i hvilket format denne kræftaudit kan gøres generelt tilgængelig for klyngerne.

Hvordan bruger vi resultaterne fremover?

Deltagerne har fået et stort individuelt udbytte af at deltage i projektet. Derudover har det givet et stort datamateriale, som vi vil bruge til at undersøge, hvordan patientkarakteristika, symptompræsentation, hændelser i den diagnostiske proces og kræfttype påvirker lægens vurdering af det diagnostiske forløb.

Vi vil også gerne undersøge, hvordan lægens vurdering af det diagnostiske forløb hænger sammen med stadieinddelingen på diagnosetidspunktet og etårsdødeligheden. Disse resultater vil blive publiceret som en del af et ph.d.-studie. //