

Nye perspektiver på diagnostikken uden for de organspecifikke kræftpakkeforløb

Fordele, ulemper og forbedringspotentialer i nuværende
organiserings- og samarbejdsformer



Morten Bonde Klausen, Mette Brehm Johansen og Marie Henriette Madsen

*Nye perspektiver på diagnostikken uden for de organspecifikke
kræftpakkeforløb – Fordele, ulemper og forbedringspotentialer i
nuværende organiserings- og samarbejdsformer*

© VIVE og forfatterne, 2021

e-ISBN: 978-87-7119-940-6

Forsidefoto: Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 301580

Finansiering: Bristol-Myers Squibb

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Denne rapport kommer i kølvandet på undersøgelser, som har vist, at den del af kræftudredningen, som foregår uden for kræftpakkerne, præges af betydelige variationer. Dette ses i de lokale implementeringer af de diagnostiske pakkeforløb, der er udviklet til patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, som kan være kræft. Det ses også i de praktiserende lægers muligheder for at rekvirere diagnostiske undersøgelser fra hospitaler for at udelukke, at vage symptomer er udtryk for kræft. Variationerne er blevet problematiseret, da de kan medvirke til ulige adgang til udredning, og for at besværliggøre monitorering af området.

Når det kommer til de diagnostiske pakkeforløb, foregår der i skrivende stund et revisionsarbejde i Sundhedsstyrelsen, hvor de ovennævnte variationer udgør et tema. Regionalt har der ligeledes været initiativer, der sigter på at opnå højere grad af ensartethed i pakkeforløbene for udredning af patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom. Når det kommer til de praktiserende lægers varierende muligheder for at rekvirere specialiserede diagnostiske undersøgelser med henblik på at udelukke kræft, har der dog ikke været et tilsvarende udviklingsfokus. En af de centrale udfordringer i bestræbelserne på at udvikle, forbedre og ensrette dette område er, at der på flere punkter ikke er klar evidens og viden at læne sig op af. Denne udfordring løser vi ikke i denne undersøgelse, men derimod er det undersøgelsens styrke, at den peger på de betingelser, som udredning uden for de organspecifikke pakkeforløb foregår under. Herved kan der udpeges fordele og ulemper ved de organisatoriske variationer, der aktuelt præger området, samt hvor der fremadrettet kan fokuseres for at forbedre området.

Rapporten er udarbejdet af et projektteam i VIVE bestående af senioranalytiker, ph.d. Morten Bonde Klausen, senioranalytiker, ph.d. Mette Brehm Johansen og chefanalytiker, ph.d. Marie Henriette Madsen. Der har desuden været tilknyttet en følgegruppe af eksperter på området.

Projektet er finansieret af medicinalvirksomheden Bristol-Myers Squibb.

Vi ønsker at takke alle de medvirkende interviewpersoner fra almen praksissektoren og fra udredningsenheder og billeddiagnostiske afdelinger. Derudover vil vi rette en særlig tak til de to eksterne reviewere på denne rapport, som har bidraget med en grundig og konstruktiv kritik.

Mickael Bech

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed

2021

Indhold

Sammenfatning og anbefalinger	5
1 Baggrund og formål	13
1.1 Undersøgelsens formål.....	15
1.2 Læsevejledning.....	16
2 Metode.....	18
2.1 Rekruttering til interview	18
2.2 Interviewenes fokus og indhold	21
2.3 Interviewundersøgelsens proces og databehandling	22
3 Almen praksis' tilgange til patienter med vage eller uspecifikke symptomer ...	24
3.1 Diagnostiske veje med udspring i almen praksis.....	24
3.2 Rationaler og praksisser i praktiserende lægers udredning	27
3.3 Opsummering	35
4 Fordele og ulemper ved forskellige organiseringer af pakkeforløbene.....	37
4.1 Placering af filterfunktion	39
4.2 Variationer på, hvor langt udredningsenhederne går i diagnostikken	41
4.3 Udredningsenhedernes bemanding.....	46
4.4 Opsummering	48
5 Muligheder for forbedring, ensretning og monitorering	50
5.1 Praktiserende lægers udvidede adgang til diagnostiske undersøgelser	50
5.2 Forbedring og standardisering af MAS-pakkeforløbets sektorovergange	52
5.3 Sammenlægning af MAS og MUP	56
5.4 Inputs til aktuel og fremadrettet monitorering af området.....	57
5.5 Opsummering	63
6 Diskussion og anbefalinger	65
6.1 Almen praksis – varierende strategier og handlemuligheder	65
6.2 Afgrænsning af opgave- og ansvarsfordeling.....	68
6.3 Overgange og samarbejde mellem almen praksis og udredningsenhederne....	70
6.4 Fortsatte vidensbehov	71
Litteratur.....	73

Sammenfatning og anbefalinger

Cirka halvdelen af alle kræfttilfælde i Danmark er diagnosticeret via direkte henvisning til organspecifikke kræftpakkeforløb på baggrund af klare alarmsymptomer. For den resterende halvdel er udredningen startet på baggrund af enten *uspecifikke* eller *vage* symptomer. Uspecifikke symptomer er karakteriseret ved en situation, hvor den alment praktiserende læge har en mistanke om alvorlig sygdom, men ikke selv kan komme videre i udredningen. Vage symptomer er karakteriseret ved en situation, hvor den alment praktiserende læge ikke nødvendigvis mistænker alvorlig sygdom, men har behov for at udelukke det for en sikkerheds skyld. Hovedparten (ca. 85 %) af alle kræftpatienter indleder deres udredningsforløb i almen praksis (1). Forskningsstudier peger på, at omtrent 30 % af de kræfttilfælde, der opspores i almen praksis, findes på baggrund af vage symptomer, mens omtrent 20 % findes på baggrund af uspecifikke symptomer (2-4).

Grundet den store del af kræfttilfælde, der findes på baggrund af uspecifikke eller vage symptomer, har man i Danmark arbejdet på at supplere de organspecifikke kræftpakker (som understøtter hurtig udredning ved alarmsymptomer) med yderligere to 'ben'. Til udredning af de *uspecifikke symptomer* blev der i 2012 oprettet et nyt diagnostisk pakkeforløb for patienter med Mistanke om Alvorlig Sygdom (MAS), som kan være kræft. Desuden blev der oprettet et forløb for Metastaser Uden kendt Primær tumor (MUP) (5,6). Til at varetage MAS og MUP blev der oprettet 21 udredningsenheder på landets hospitaler, som dermed havde til opgave at hjælpe med udredningen, når den alment praktiserende læge har mistanke om alvorlig sygdom, men ikke kan komme længere grundet symptomernes uspecifikke karakter. For at understøtte udredningen af *vage symptomer* blev der i 2015 indgået en aftale mellem den daværende regering og Danske Regioner om, at praktiserende læger skulle have en 'udvidet adgang' til diagnostiske undersøgelser (7). Formålet var at understøtte de praktiserende læger i at udelukke (eller finde) alvorlig sygdom hos patienter med vage symptomer uden at skulle henvise patienten og overdrage ansvar til hospitalerne. Samlet set er den danske kræftudredningsstrategi baseret på følgende tre 'ben', som korresponderer med alarmsymptomer, uspecifikke og vage symptomer:

1. De organspecifikke kræftpakker, som understøtter udredning af *alarmsymptomer*
2. MAS-forløbene, som varetages af udredningsenhederne og skal understøtte udredningen af *uspecifikke symptomer* på alvorlig sygdom
3. De alment praktiserende lægers udvidede adgang til specialiseret diagnostik, som skal understøtte udredningen af *vage symptomer*.

Ben 2 og 3 har i de senere år været genstand for analyse og debat. En rapport fra Rigsrevisionen viste bl.a. markante regionale forskelle i, hvor mange patienter der henvises til MAS-forløbet. Der er imidlertid ingen evidens for, hvad det rigtige niveau er, men rapporten rejste et spørgsmål om, hvorvidt MAS-forløbene bruges i tilstrækkeligt omfang i alle regioner. En analyse af VIVE fra 2018 peger på, at der er en betydelig grad af variation i, hvordan MAS-forløbene er organiseret rundt om i landet. Blandt andet varierer det: a) hvilke henvisningskrav der gælder i overgangen fra almen praksis til udredningsenhed, b) hvorvidt udredningsenhederne har fokus på at be- eller afkræfte kræft eller at udrede patienten til anden diagnose, og c) hvordan enhederne er bemandet og organisatorisk indlejret på hospitalerne. Endelig viser analysen betydelig variation på, hvordan og hvorvidt de alment praktiserende læger reelt har en udvidet adgang til diagnostiske undersøgelser (jf. det tredje ben) (8). På baggrund af den og

andre undersøgelser (9) problematiseres det, at organiserings- og samarbejds-mæssige variationer skaber ulig adgang til udredning af patienter med vage eller uspecifikke symptomer, samt at den nationale monitorering af området bliver usammenlignelig (10,11).

Formål

Denne undersøgelse lægger sig i forlængelse af ovennævnte analyse fra VIVE. Det overordnede formål er at bidrage med inputs til, hvordan organisationen og samarbejdet omkring udredning af patienter med vage eller uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom kan forbedres samt evt. ensartes. Dette formål belyses via interviews med repræsentanter fra almen praksis, udredningsenheder og billeddiagnostiske afdelinger og et fokus på:

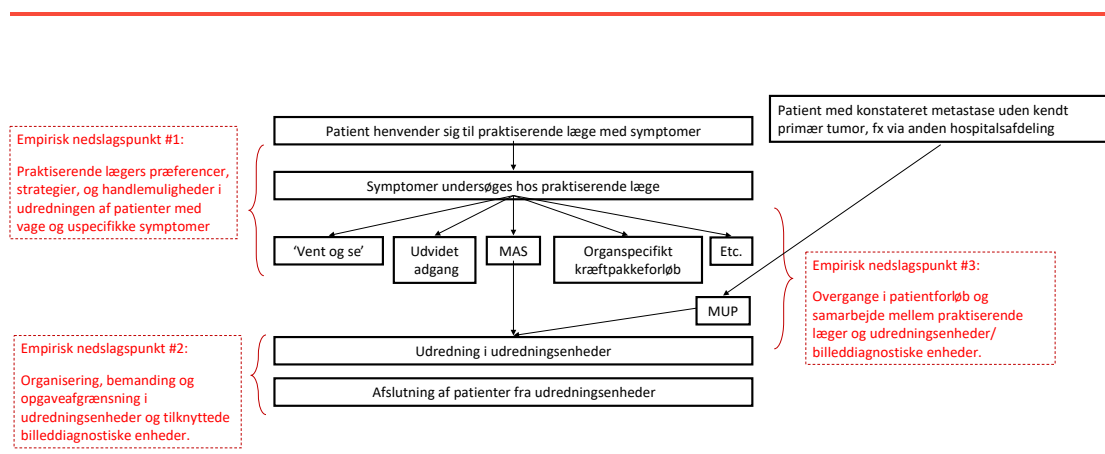
- de praktiserende lægers præferencer, strategier samt diagnostiske handlemuligheder og behov i udredningen af vage og uspecifikke symptomer
- hvilke fordele og ulemper aktørerne ser ved forskellige lokale varianter af MAS-forløbene og udredningsenhedernes organisering (inkl. beskrivelser af lokale varianter)
- hvilke muligheder, barrierer og behov de ser for at udvikle området med henblik på at understøtte lige adgang til rettidig og kvalificeret udredning samt en bedre monitorering af området.

Store dele af rapportens analyser og beskrivelser vedrører samarbejdet omkring og organisering af MAS-forløbene (det andet ben i den danske kræftudredningsstrategi), mens en mindre del vedrører praktiserende lægers udvidede adgang til diagnostiske undersøgelser (det tredje ben). Dette skal ikke ses som en rangering af det andet og tredje bens vigtighed for kræftudredningen i Danmark, men snarere som et udtryk for, at det andet ben (MAS-forløbene) i højere grad er implementeret, hvorfor der her har været flere delelementer at adressere i analysen af fordele, ulemper og forbedringspotentialer.

Metode, datagrundlag og empiriske nedslag

Rapporten er baseret på interviews med repræsentanter fra almen praksis samt udredningsenheder og billeddiagnostiske afdelinger, som varetager og understøtter MAS-/MUP-forløbene. Der indgår i alt 62 informanter, som er blevet interviewet enten individuelt eller i grupper. De øvrige detaljer om rekruttering, interviewtemaer og analyseproces er beskrevet i kapitel 2. Figur 1 skitserer undersøgelsens genstandsfelt (de sorte bokse), samt hvilke empiriske nedslagspunkter undersøgelsen overordnet set har lavet (de røde bokse).

Figur 1 Genstandsfelt og empiriske nedslag



Undersøgelsens primære fund

Tilgange til og muligheder for udredning af vage og uspecifikke symptomer i almen praksis

Første møde med sundhedsvæsenet for patienter med vage eller uspecifikke symptomer er som oftest den praktiserende læge. Derfor har undersøgelsen haft fokus på betingelser og strategier for udredning af denne patientgruppe i almen praksis:

- De praktiserende læger ser en række fordele ved at være tovholder for udredningsforløbet så langt, som det er muligt, evt. understøttet af diagnostiske undersøgelser fra hospitalet. Der er dog tale om en løbende afvejning af, hvornår en patient evt. skal henvises til en udredningsenhed eller anden udredning på hospitalet, så udredningsforløbet ikke forsinkes og alvorlige sygdomme overses.
- De praktiserende lægers beslutninger om egne undersøgelser eller henvisninger kan helt overordnet inddrages i to typer rationaler. Den ene type rationale vedrører den praktiserende læges kendskab til patienten og vurderinger af dennes symptombillede. Den anden type rationale vedrører, hvilke specialiserede diagnostiske muligheder som lægen oplever reelt at have adgang til. Her har analysen set på adgangen til MAS og udvidet adgang til diagnostiske undersøgelser.
- Adgangen til MAS vurderes overvejende positivt af de praktiserende læger, som er interviewet til denne undersøgelse. De er alle bekendt med og bruger MAS som en af flere diagnostiske handlemuligheder. Der er dog indikationer på stor variation i, hvor hyppigt praktiserende læger gør brug af MAS, og at en del praktiserende læger aldrig eller sjældent henviser til MAS.
- De praktiserende lægers direkte adgang til diagnostiske undersøgelser (udvidet adgang) varierer i forhold til, hvilke undersøgelser der er adgang til, og hvor lange ventetiderne er. Nogle beskriver god og hurtig adgang til bestemte undersøgelser, mens en betragtelig del beskriver lange ventetider, som leder til brug af MAS-pakkeforløbet som alternativ adgang til hurtig diagnostik. Tilsvarende fund blev gjort i VIVEs tidligere undersøgelse på området (8), hvilket indikerer, at der ikke er sket tydelige fremskridt på området. Det tredje ben i dansk kræftudredning, rettet mod hurtig udredning af vage symptomer i almen praksis, er dermed mangelfuldt implementeret.

Vurdering af forskellige varianter af MAS-forløbenes organisering

Undersøgelsen har haft fokus på at adressere de organisatoriske variationer, som er fundet på tværs af landets udredningsenheder og MAS-forløb. Disse variationer knytter sig til de praktiserende lægers rolle som gatekeeper for MAS-forløbene, hvordan udredningsenhederne definerer deres rolle i relation hertil, hvornår de afslutter patientens forløb, og hvordan udredningsenhederne er bemandede:

- Fra både de praktiserende lægers og udredningsenhedernes perspektiv ses det som en fordel, at den indledende diagnostik forud for et MAS-forløb varetages af almen praksis. Fordelen er, at man sparer patienten for omveje, fx hvis det er mere relevant at sende dem direkte i en organspecifik kræftpakke, og derved også sparer tid i det samlede udredningsforløb.
- Udredningsenhedernes arbejde med at be- eller afkræfte en mistanke om kræft hos patienter henvist til MAS betragtes som værdifuldt for både patienter og almen praksis. Det er imidlertid en fordel, at udredningsenhederne også kan gå videre i udredningen af andre sygdomme, når mistanken om kræft er afvist. Fordelen herved er, at det udfylder et udredningsbehov, som ikke kan løftes i almen praksis, at patienter ikke bliver

kastebolde mellem specialer, og at det skaber en større grad af lighed i udredningsmuligheder for patienter med uspecifikke symptomer.

- Intern medicin eller almen medicin, samt specialer kendetegnet ved ikke at være organspecifikke (fx reumatologi og infektionsmedicin), fremhæves som oplagte specialer, når udredningsenhederne skal bemandes. Det er dog først og fremmest kontinuitet, dedikation og medarbejdere med organisatorisk overblik over specialiserede udredningsmuligheder, der fremhæves som vigtige parametre i bemanningen af udredningsenhederne.

Inputs til forbedring, ensretning og monitorering

I undersøgelsen har der været fokus på at udlede de involverede aktørers overvejelser om, hvordan betingelserne, de organisatoriske rammer og samarbejdet omkring udredning af vage symptomer eller uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom kan forbedres. Herunder, hvilke muligheder der er for højere grad af ensartethed og monitorering. Nedenstående inputs er således de overvejelser og konkrete forbedringsforslag, som blev præsenteret i interviewene af henholdsvis praktiserende læger og repræsentanter fra udredningsenheder og billeddiagnostiske afdelinger.

Inputs er sorteret under de fem nedenstående temaer og gennemgås efterfølgende:

1. Inputs i relation til almen praksis' udvidet adgang til diagnostiske undersøgelser
2. Inputs vedrørende overgangen fra almen praksis til udredningsenheder i MAS-forløbet
3. Inputs til en national standardisering af den indledende diagnostik til MAS-forløb
4. Inputs til afgrænsningen af udredningsenhedernes opgave
5. Inputs til monitorering af forløbstider samt en fremadrettet kvalitetsmonitorering.

Tema 1: Inputs i relation til almen praksis' udvidet adgang til diagnostiske undersøgelser:

- De praktiserende læger efterlyser hurtigere adgang til specialiserede diagnostiske undersøgelser, urelateret til MAS. Dette for at understøtte almen praksis' egen udredning af vage symptomer, som ikke rejser mistanke, men et behov for at udelukke alvorlig sygdom. Det væsentlige er, at der findes omtrent 30 % af alle kræfttilfælde i denne type diagnostiske praksis (2-4).
- Den indledende diagnostik til MAS benyttes af flere læger som en alternativ vej til udvidet adgang, men dette betragtes ikke som en generelt egnet model for udvidet adgang til udredning af vage symptomer.

Tema 2: Inputs vedrørende overgangen fra almen praksis til udredningsenheder i MAS-forløbet:

- De praktiserende læger skal ikke kun bestille, men også forholde sig til prøvesvar på de indledende diagnostiske undersøgelser før en evt. henvisning til MAS. Dette er allerede standardprocedure, men enkelte praktiserende læger henviser allerede efter prøvebestilling.
- Henvisninger, der præcist beskriver patientens symptomer og udviklingen heri over tid, er væsentlige, men en digital skabelon i almen praksis' lægesystemer til at sikre kvaliteten af henvisninger vurderes ikke nødvendig, bl.a. fordi den alligevel ikke ville kunne rumme den variation, som kendetegner gruppen af patienter med uspecifikke symptomer.

- Muligheden for dialog mellem praktiserende læger og de læger, der bemande udredningsenhederne om konkrete patienter forud for en evt. henvisning til MAS, er vigtig, men det vurderes ikke relevant med en formalisering og standardisering af denne dialog for alle patienter.
- Radiologernes prøvesvar til de praktiserende læger varierer, idet nogle alene er beskrivende, og andre har en handlingsanvisende karakter. Blandt de praktiserende læger kom en klar præference for sidstnævnte til udtryk.

Tema 3: Inputs til en national standardisering af den indledende diagnostik til MAS-forløb:

- Den mest udbredte model for den indledende diagnostik indebærer en filterfunktion i almen praksis (frem for af udredningsenheden), som bestiller og vurderer prøvesvar på blodprøvepakke og CT-scanning før evt. henvisning til MAS. En yderligere national ensretning af filterfunktionens placering (almen praksis eller udredningsenhed) vil forbedre både nuværende og fremadrettede muligheder for monitorering af området.
- Standardisering af kravene til almen praksis forud for en henvisning til et MAS-forløb vil dog ikke imødekomme alle forskellige tilgange og præferencer i almen praksis for udredningen af patienter med vage og uspecifikke symptomer og kan potentielt blive en henvisningsbarriere.
- Enkelte læger fra almen praksis og udredningsenheder vægter den faglige frihed til selv at vurdere relevansen af CT-scanninger for dermed at undgå tids- og ressourcespild og strålefare i de enkelttilfælde, hvor CT ikke skønnes relevant.

Tema 4: Inputs til afgrænsningen af udredningsenhedernes opgave

- Hvis udredningsenhederne, udover at af- eller bekræfte mistanke om kræft, skal udrede til en færdig (tentativ) diagnose, er det en forudsætning, at enhederne er organisatorisk indlejret i den øvrige hospitalsorganisation på en måde, så de kan trække kapacitet til dette arbejde.
- Det er uproblematisk at sammenlægge MAS og MUP til ét pakkeforløb. Selvom baggrunden for at henvise til MAS og MUP er forskellig (patienter med uspecifikke symptomer, der kan være alvorligt syge vs. patienter, man ved har kræft, men ikke kender primærtumor), så er det set fra udredningsenhedernes perspektiv primært en administrativ sontring.

Tema 5: Inputs til monitorering af forløbstider samt en fremadrettet kvalitetsmonitorering:

- Den aktuelle monitorering af forløbstider blev generelt ikke tillagt stor faglig nytteværdi.
- Konkrete forslag til fremadrettet kvalitetsmonitorering var informanternes forslag bl.a. begrundet i ønsker om at undersøge oversete sygdomstilfælde, herunder monitorering af diagnoser 6-12 mdr. efter afsluttet MAS-forløb.
- Derudover var forslag begrundet i at opnå viden og sammenlignelige overblik over patientens vej til udredningsenhed og diagnose med henblik på at muliggøre databaseret mønstergenkendelse i patienternes diagnostiske ruter.
- Endelig lagde nogle informanter vægt på en monitorering af de diagnostiske undersøgelser, der foretages i MAS-forløbene.

Konklusion og anbefalinger

Udredningen af uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom er de senere år sat i system med pakkeforløb og udredningsenheder. Det har bidraget til at udfylde et behov i almen praksis for, at hospitaler overtager udredningen, når den alment praktiserende læge ikke kan komme længere i at afklare sin mistanke om alvorlig sygdom. Det er samtidig et område, som er præget af variationer i forhold til, hvordan pakkeforløb og snitflader mellem almen praksis og udredningsenheder er organiseret, og hvordan rollefordeling og opgaveforståelse er landet. Når det kommer til udredningen af vage symptomer, hvor den alment praktiserende læge har behov for at udelukke alvorlig sygdom for en sikkerheds skyld, oplever enkelte læger en reel udvidet adgang til diagnostiske undersøgelser fra hospitalet, mens en større del peger på lange ventetider og dårlig adgang. Udvidet adgang er baseret på lokalspecifikke aftaler om, hvilke undersøgelser der er adgang til, og er samlet set uensartet og flere steder slet ikke implementeret.

Denne rapport giver en række anbefalinger til en videre udvikling af området med udredning af patienter med vage og uspecifikke symptomer, hvor der er en mistanke om alvorlig sygdom, som kan være kræft. **Når det kommer til det andet ben** i den danske trebenede strategi, afspejler anbefalingerne, at der på den ene side ses nogle potentialer i at ensrette organisationen af MAS-forløbet samt afklare og ensrette udredningsenhedernes opgaveforståelse, og at det på den anden side også er væsentligt med en fleksibilitet omkring pakkeforløbene. Denne fleksibilitet relaterer sig særskilt til de enkelte patientforløb, hvor der kan være behov for at imødekomme forskellige patientrelaterede behov og forskellige tilgange og faglige præferencer i almen praksis. **Når det kommer til det tredje ben** i den trebenede strategi, afspejler anbefalingerne, at understøttelsen af almen praksis kræver et entydigt løft i form af hurtigere og direkte adgang til diagnostiske undersøgelser, som den praktiserende læge kan bruge i det diagnostiske arbejde, hvor der er et behov for at udelukke alvorlig sygdom.

De nedenstående anbefalinger er udledt af de erfaringer og vurderinger, som informanterne i denne undersøgelse har beskrevet i interviews, samt deres overvejelser og konkrete forslag til en forbedring af området. I et enkelt tilfælde (anbefaling 2) har vi overvejende selv givet input til anbefalingen.

Rapportens fremadrettede anbefalinger er følgende:

Anbefalinger relateret til almen praksis:

- 1. Almen praksis skal have reel udvidet adgang til diagnostiske undersøgelser:**
Det skal sikres, at almen praksis har en reel, hurtig adgang til relevante diagnostiske undersøgelser. Dette er væsentligt for at understøtte behovet i almen praksis for en diagnostisk udelukkelsespraksis rettet mod vage symptomer, hvor alvorlig sygdom i langt de fleste tilfælde udelukkes, men hvor der alligevel findes omtrent 30 % af de kræfttilfælde, der opspores i almen praksis (2-4). Med denne anbefaling vil man kunne eliminere betydelige forsinkelser i en stor del af de udredningsforløb, som ender med en kræftdiagnose. Desuden vil det modvirke u hensigtsmæssig brug af MAS (og øvrige kræftpakker), som er tiltænkt de scenarier, hvor der er mistanke om alvorlig sygdom, og et behov for at udredningen flyttes til et specialiseret niveau. Implementering af anbefaling 1 rækker i sin praktiske konsekvens ud over kræftområdet, da det vil understøtte almen praksis i at komme hurtigere videre i udredning og behandling af andre diagnoser. Et sådant bredere løft af diagnostikken i almen praksis harmonerer med de visioner, som Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation i fællesskab har formuleret, hvor det bl.a. fremgår at "...sygehusene i højere grad skal

understøtte almen praksis via nem og ensartet tilgængelighed til rådgivning, diagnostiske undersøgelser samt andre servicefunktioner...” (12)

2. **Gør området til genstand for datadrevet kvalitetsudvikling i almen praksis:** Vi vurderer, at kvalitetsklyngerne i almen praksis er relevante at bringe i spil, særligt i det lys, at brugen af MAS synes at variere betragteligt blandt praktiserende læger, og at en stor del aldrig henviser. Målet er ikke, at flere skal henviser til MAS, eller at der skal gennemtvinges en 'korrekt' brug af MAS. Målet er, at brugen af, kendskabet til og samarbejdet om MAS udvikles nedefra med afsæt i data. Man kunne på interregionalt eller regionalt niveau udvikle materialer (klyngepakker) til klyngemøder, som giver et databaseret afsæt for lægernes indbyrdes erfaringsudveksling og deres samarbejde med eksterne parter om, hvordan man bedst varetager interessen for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom. Klyngerne kan ligeledes være et frugtbar forum for lægerne at udveksle erfaringer omkring brugen af og adgangen til parakliniske undersøgelser i forbindelse med udredning af vage symptomer.

Anbefalinger relateret til diagnostiske enheder

3. **Enighed om opgaveforståelsen blandt udredningsenhederne:** Der bør arbejdes på en fælles opgaveforståelse blandt udredningsenhederne og de omgivende hospitalsorganisationer, så patienterne afsluttes fra hospitalerne og overdrages til almen praksis på samme betingelser. Mere specifikt anbefales det, at udredningsenhederne indlejres i den øvrige hospitalsorganisation på en måde, hvor den brede diagnostik prioriteres. Dette for at: a) understøtte almen praksis og sikre, at oplagt syge patienter med uspecifikke symptomer bliver udredt, b) modvirke usammenhængende forløb på tværs af specialer og c) understøtte lighed i udredningsmuligheder. Det er ikke nødvendigvis afgørende, om den enkelte udredningsenhed afgrænser sig til kun at udrede kræft, men derimod om der er mulighed for videre udredning af en patient med uspecifikke symptomer på et specialiseret niveau på hospitalet, hvis det vurderes nødvendigt.
4. **Sammenlægning af MAS- og MUP-forløb:** Både blandt de alment praktiserende læger og lægerne i udredningsenhederne fremgår det, at en sammenlægning af MAS og MUP (som er et muligt element i revisionen af pakkeforløbene) er uproblematisk i deres kliniske praksis. Dermed er der ikke noget i denne undersøgelse, der taler imod en sammenlægning.

Anbefalinger relateret til overgange og samarbejde mellem aktører

5. **Afklar, om radiologer skal lave beskrivende eller handlingsanvisende prøvesvar:** Nogle radiologer ser det som sikrest at lave beskrivende prøvesvar, der ikke rummer forslag og anbefalinger til almen praksis, mens andre ser det som deres kerneopgave at lave klinisk kommunikation, som mere aktivt bidrager til de næste skridt i den alment praktiserende læges udredning af patienten. Almen praksis foretrækker sidstnævnte, som desuden vurderes at kunne reducere potentiel risiko for overforbrug af diagnostik i almen praksis' udvidede adgang. Karakteren af kommunikationen mellem almen praksis og radiologer kan med fordel være genstand for en udvikling, hvor det bliver tydeliggjort, hvad der forventes af henholdsvis almen praksis og radiologerne i deres samarbejde. Specifikt anbefales det, at der i Dansk Radiologisk Selskab tages en principiel drøftelse om, hvorvidt handlingsanvisende svar kan ses som en del af opgaven.

6. **National standardisering af den indledende diagnostiks organisering:** Blodprøvetagning og billeddiagnostik forud for henvisning til MAS (filterfunktionen) kan med fordel varetages af de praktiserende læger for at sikre en effektiv filterfunktion og undgå unødige henvisninger og ansvarsoverdragelser til sekundær sektor. Det skal i alle tilfælde være sådan, at alment praktiserende læger ikke kun bestiller, men også vurderer prøvesvar i den indledende diagnostiske fase. Lokale variationer på, om filterfunktion placeres i almen praksis eller i udredningsenhed, er problematisk i forhold til at skabe en sammenlignelig monitorering af forløbene – i de tilfælde, hvor filterfunktionen forskydes til udredningsenhederne, medfører det, at udredningsopgaven her vil indebære væsentligt flere patienter, som kan afsluttes hurtigere. En national standardisering af filterfunktionens placering er dermed anbefalelsesværdig af hensyn både til sammenligneligheden i monitorering af forløbstider, men muligvis også evt. andre fremadrettede monitoreringsformer. Undersøgelsen peger dog også på risici og ulemper, hvis en sådan standardisering udmøntes som ufravigelige henvisningskrav til almen praksis: Der er risici for at skabe henvisningsbarrierer, og i enkelte tilfælde kan den praktiserende læge have faglige begrundelser for at afvige fra standarden. Det anbefales derfor også, at en national standardisering ikke udmøntes som ufravigelige henvisningskrav uden mulighed for tilpasning til den enkelte patientforløb.

Anbefalinger relateret til data og monitorering

7. **Behov for forskningsbaseret udvikling af nye nationale kvalitetsindikatorer:** Den aktuelle monitorering af forløbstider tillægges ikke faglig værdi af informanterne i denne undersøgelse. Derimod er der tydelig efterspørgsel på et andet fokus i monitoreringen, som kan understøtte kvalitetssikring og -udvikling. Her er der blandt informanterne flere forskellige inputs til relevante kvalitetsindikatorer. Derfor anbefales det, at det faglige netværk omkring udredningsenhederne går sammen om at definere, hvilke kvalitetsindikatorer der kan indgå i en fremrettet monitorering af området. Denne proces bør ledsages af sundhedstjenesteforskning i, hvilke indikatorer der egner sig bedst til kvalitetssikring og -udvikling på området.

1 Baggrund og formål

Der er sket en markant udvikling i udredningen af kræft i Danmark over de seneste 20 år. I 2000 blev første nationale kræftplan fremlagt og satte fokus på forøgelse af kapaciteten på kræftområdet (13). Som led i kræftplan II fra blev der i 2005 indført kræftpakker, som er standardiserede forløb for undersøgelser, behandling og opfølgning målrettet en lang række kræftsygdomme (14). Det er imidlertid kun cirka halvdelen af alle kræfttilfælde i Danmark, hvor udredningen er igangsat af alarmsymptomer, som giver anledning til at henvise til disse organspecifikke pakkeforløb. Hos resten af de patienter, der senere viser sig at have kræft, har udredningen været igangsat p.b.a. af *uspecifikke* eller *vage* symptomer (2-4). Forskellen mellem uspecifikke og vage symptomer er central for denne rapport. Når en kræftpatient er opsporet og udredt på baggrund af uspecifikke symptomer, betyder det, at de første symptomer har rejst mistanke om alvorlig sygdom, men at symptomerne har været for uspecifikke til at kvalificere til at henvise patienten til en af de organspecifikke kræftpakker. Når en kræftpatient er opsporet og udredt på baggrund af vage symptomer, er der ikke nødvendigvis tale om symptomer, som rejser mistanke om alvorlig sygdom. Det er snarere en situation, hvor den praktiserende læge har et behov for at udelukke alvorlig sygdom for en sikkerheds skyld, og typisk for at kunne komme videre i udredningen eller behandlingen af en mindre alvorlig helbredsmæssig problemstilling hos patienten. Samlet set kan man altså skelne mellem alarmsymptomer, uspecifikke symptomer og vage symptomer, som værende tre forskellige måder hvorpå kræftudredningsforløb igangsættes (2-4).

Langt størstedelen (ca. 85 %) af alle kræftpatienter starter deres udredning i almen praksis (1). Selvom udredningen af de vage symptomer i langt de fleste tilfælde udelukker alvorlig sygdom, er det statistisk betragtet en vigtig diagnostisk praksis for kræftudredningen. Forskning viser, at omtrent 30 % af de kræfttilfælde, der opspores i almen praksis, findes på baggrund af vage symptomer. Omtrent 20 % findes på baggrund af uspecifikke symptomer (2-4). På denne baggrund har man i Danmark arbejdet på at supplere de organspecifikke kræftpakkeforløb med yderligere strategier og tiltag for hurtig udredning af de henholdsvis uspecifikke og vage symptomer. I 2010 kom den tredje kræftplan således med anbefalinger om hurtigere diagnostik ved mistanke om alvorlig sygdom, hvilket bl.a. førte til udviklingen af en diagnostisk pakke (15). Denne pakke, som blev implementeret i 2012, er et tilbud til udredning af patienter, hvor der er en mistanke om alvorlig sygdom, men hvor symptomerne er uspecifikke. I praksis blev der udarbejdet to pakkeforløb: et for patienter med mistanke om alvorlig sygdom (MAS), som kan være kræft, og et for patienter med metastaser uden kendt primær tumor (MUP) (5,6). Derudover blev der etableret 21 udredningsenheder med ansvar for udredningen af patienter med uspecifikke symptomer. Hvad angår udredningen af patienter med vage symptomer, præsenterede den daværende regering i 2014 strategien 'Jo før – jo bedre', som indbefattede et forslag om, at praktiserende læger skulle have nem og direkte adgang til diagnostiske undersøgelser på hospitalerne uden at skulle henvise patienten og overdrage ansvaret til hospitaler. Tanken var at give de alment praktiserende læger gode muligheder for hurtigt at udelukke – og i sjældne tilfælde påvise – at vage symptomer er udtryk for alvorlig sygdom (7). Denne mulighed blev effektueret med en aftale mellem regeringen og Danske Regioner i 2015.

Samlet set indbefatter den danske kræftudredningsstrategi tre ben, målrettet hurtig og tidlig udredning af alarmsymptomer, uspecifikke symptomer og vage symptomer (4,16):

1. De organspecifikke kræftpakkeforløb, der sikrer hurtig udredning af borgere med specifikke **alarmsymptomer**, som giver begrundet mistanke om kræft.
2. Et diagnostisk pakkeforløb for patienter, hvor der er **uspecifikke symptomer**, som rejser en mistanke om alvorlig sygdom (MAS-forløb), der kan være kræft.
3. Udvidet, direkte adgang for praktiserende læger til at rekvirere diagnostiske undersøgelser fra hospitalet med henblik på at udelukke (eller påvise), at **vage symptomer** er udtryk for alvorlig sygdom.

Denne undersøgelse vedrører det andet og tredje ben i kræftudredning, omend første ben også berøres, da de indgår i en samlet gruppe af muligheder i forbindelse med udredningen af patienter, der henvender sig til sundhedsvæsenet med symptomer, der kan være tegn på kræft. Hvad angår det førnævnte MUP-forløb berøres dette også i rapporten, men MAS-forløbet er det langt overvejende fokus. Et fjerde ben i kræftudredningen er de nationale screeningsprogrammer, som er uden for denne undersøgelses fokus.

Variationer i udmøntningen af det andet og tredje ben i strategien

Flere undersøgelser peger på, at der eksisterer betydelig variation i relation til, hvordan MAS-forløbene er organiseret, hvordan overgangene mellem almen praksis og hospitalerne håndteres, og i hvilket omfang de bliver anvendt. En undersøgelse foretaget af Rigsrevisionen i 2018 viste, at der på daværende tidspunkt var regionale forskelle i, hvor mange patienter der blev henvist til MAS-forløb på hospitalerne (17). En nyere opgørelse foretaget i Region Hovedstaden underbygger denne konklusion, idet de her finder, at omkring 50 % af de praktiserende læger i regionen ikke har henvist patienter til en udredningsenhed i løbet af et år (18).

Andre undersøgelser har søgt at kortlægge variationen i den måde MAS-pakkeforløbene er organiseret. En VIVE-undersøgelse fra 2018 finder, at udredningsenhederne bemannes af forskellige fagligheder, og de varierer i relation til, om de alene sigter på at af- eller bekræfte kræft hos de patienter, der henvises til MAS, eller på at stille en (tentativ) diagnose, også efter kræft evt. er afkræftet. Desuden peges der på variation i samspillet mellem udredningsenhederne og almen praksis, idet der er forskellige kriterier for, hvornår praktiserende læger kan henvise til MAS-pakkeforløbet (8). VIVEs undersøgelse (2018) var baseret på et udvalg af de i alt 21 udredningsenheder i landet, men en nyere undersøgelse baseret på en survey med besvarelser fra samtlige udredningsenheder bekræfter, at der er stor variation i forhold til, hvordan udredningsenhederne er organiseret – her med særligt fokus på, om der er fast personale tilknyttet udredningsenhederne eller delt vagtarbejde mellem personale fra andre enheder – og hvordan samarbejdet/overgangen mellem almen praksis og udredningsenhederne er tilrettelagt, herunder hvilke krav der stilles til almen praksis i forhold til rekvirering og fortolkning af diagnostiske undersøgelser forud for en henvisning til en udredningsenhed (9).

Hvad angår det tredje ben i strategien, finder VIVEs tidligere undersøgelse ligeledes variationer på, hvilke handlemuligheder de praktiserende læger reelt gives fra hospitalerne i forhold til at gøre brug af direkte adgang til diagnostiske undersøgelser (8). Undersøgelsen identificerer tre modeller for, hvordan den direkte adgang til diagnostiske undersøgelser konkret opnås, herunder bl.a. at de praktiserende læger udnytter den indledende diagnostik, som de har direkte adgang til i forbindelse med MAS-forløbet. Herved sker på det praktiske plan en sammenblanding af det andet og tredje ben i kræftdiagnostikken. Uagtet hvad adgangsvejen til diagnostiske undersøgelser er, peger undersøgelsen også på, at der forekommer variation i, hvor lange ventetider de praktiserende læger oplever, når de rekvirerer undersøgelserne.

Variation – udfordringen og mulige forbedringspunkter

Variationen i organisering og implementering af det andet og tredje ben i den danske kræftudredningsstrategi beskrives af flere som problematisk, da borgerne risikerer at få et uens forløb afhængig af, hvor i landet de bor. I et debatindlæg, der følger op på den tidligere VIVE-undersøgelse, beskrives de organspecifikke kræftpakkeforløb som en motorvej, der leder patienter hurtigt og ensartet igennem udredningsforløb, hvor de patienter, som falder udenfor (ca. 50 % af alle kræftpatienter) bliver ledt ad lokale sideveje med meget forskellige forløb og potentielt forlænget udredningstid for patienterne (10). Andre problematiserer, at området bliver vanskeligt at navigere i for de praktiserende læger, når udredningsenhederne stiller forskellige krav til, hvor stor del af den indledende udredning de praktiserende læger skal varetage, og når det derudover varierer, hvordan og hvorvidt de praktiserende læger har direkte udvidet adgang til diagnostiske undersøgelser, målrettet udredningen af vage symptomer (11).

Ensartet organisering af MAS-forløbene indgår også som et opmærksomhedspunkt i regionerne. Eksempelvis beskriver et notat fra Region Syddanmark, hvordan man her ønsker at arbejde med tidlig opsporing hos patienter med ukarakteristiske symptomer ved en opkvalificering af almen praksis og et styrket samarbejde mellem udredningsenhederne og almen praksis (19). Notatet peger på (med henvisning til (20)), at forsinkelser i diagnostik hos patienter med uspecifikke symptomer bl.a. skyldes forsinket mistanke og viderehenvielse i almen praksis samt systemiske forsinkelser i overgangen mellem almen praksis og udredningsenhederne. Der fremføres desuden en tese om, at der er stor variation i patienters forløb på tværs af regionens praktiserende læger. Derfor foreslås brug af mønstergenkendelse, fx i blodprøvesvar og patienthenvendelser, kompetenceudvikling og forbedring af de praktiserende lægers kendskab til og konsekvent brug af udredningsenhederne som indsatsområder.

Variationen i udredningen af patienter med vage og uspecifikke symptomer tilskrives desuden, at den nuværende organisering af området er præget af tilfældighed og lokale løsninger, og at der eksisterer ganske lidt viden om, hvad der rent faktisk betyder noget for kvalitet og flow i disse patientforløb (10,11,17). Rigsrevisionens og VIVEs undersøgelser peger fx på, at området er præget af manglende data, og at der er behov for at opsamle viden om, hvilke forbedringer der er sket på området, og hvilke fordele og ulemper der knytter sig til forskellige organisatoriske og faglige valg i tilrettelæggelsen af kræftdiagnostikken uden for de organspecifikke kræftpakker (8,17). Desuden skitseres et behov for et nationalt fagligt fælleskab, som kan medvirke til at skabe større konsensus på tværs af landet om organiseringen af området, men at en vigtig forudsætning herfor er, at der også arbejdes på en meningsfuld national monitorering af området (8). Denne undersøgelse lægger sig i forlængelse af ovennævnte analyse fra VIVE med henblik på en yderligere konkretisering af forbedringsmuligheder på området.

1.1 Undersøgelsens formål

Undersøgelsens overordnede formål er at bidrage med inputs til, hvordan organiseringen og samarbejdet omkring udredning af patienter med vage eller uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom kan forbedres samt evt. ensartes. Dette formål belyses via interviews med repræsentanter fra almen praksis, udredningsenheder og billeddiagnostiske afdelinger og med fokus på:

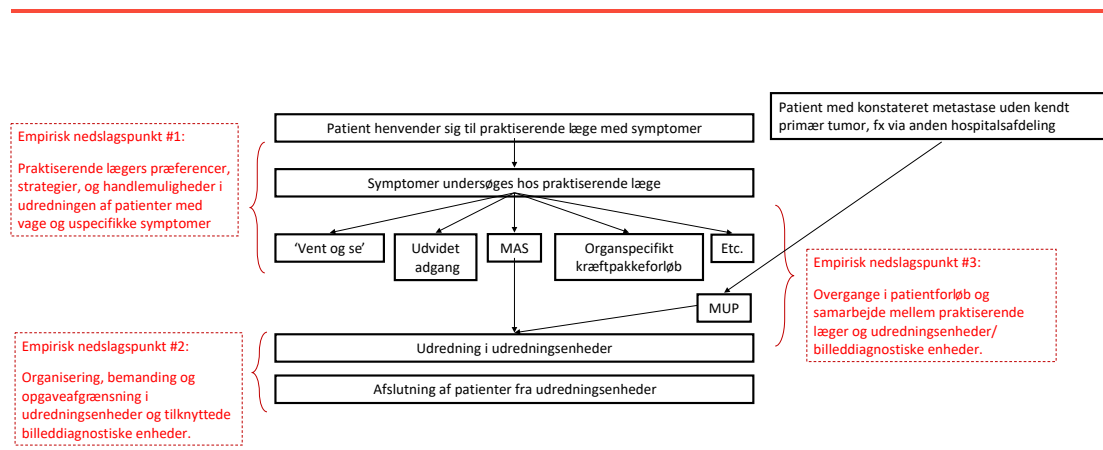
- de praktiserende lægers præferencer, strategier samt diagnostiske handlemuligheder og behov i udredningen af vage og uspecifikke symptomer
- hvilke fordele og ulemper aktørerne ser ved forskellige lokale varianter af MAS-forløbnes og udredningsenhedernes organisering (inkl. beskrivelser af lokale varianter)
- hvilke muligheder, barrierer og behov de ser for at udvikle området med henblik på at understøtte lige adgang til rettidig og kvalificeret udredning samt en bedre monitorering af området.

Store dele af rapportens analyser og beskrivelser vedrører samarbejdet omkring og organisering af MAS-forløbene (det andet ben i den danske kræftudredningsstrategi), mens en mindre del vedrører praktiserende lægers udvidede adgang til diagnostiske undersøgelser (det tredje ben). Dette skal ikke ses som en rangering af det andet og tredje bens vigtighed for kræftudredningen i Danmark, men snarere som et udtryk for, at det andet ben (MAS-forløbene) i højere grad er implementeret, hvorfor der her har været flere delelementer at adressere i analysen af fordele, ulemper og forbedringspotentialer.

Genstandsfeltet og empiriske nedslag

Figur 1.1 skitserer undersøgelsens genstandsfelt (de sorte bokse), samt hvilke empiriske nedslagspunkter undersøgelsen overordnet set har lavet (de røde bokse).

Figur 1.1 Undersøgelsen empiriske nedslagspunkter



1.2 Læsevejledning

Kapitel 2 beskriver datagrundlaget og metoden, der ligger til grund for rapporten.

Kapitel 3 fokuserer på almen praksis og giver en forståelse for de præferencer, rationaler og handlemuligheder, de alment praktiserende læger lægger til grund for deres diagnostiske beslutninger i udredningen af patienter med vage eller uspecifikke symptomer. Analysen vedrører både lægernes brug af MAS og deres udvidede adgang til diagnostiske undersøgelser.

Kapitel 4 ser på, hvilke fordele og ulemper interviewpersonerne i denne undersøgelse knytter til forskellige variationer af MAS-pakkens organisering. Analysen vedrører således kun det andet ben i den trebenede kræftudredningsstrategi. Først ses på variationer i indledende diagno-

stik og henvisningsprocedurer. Dernæst ses på variationer i udredningsenhedernes opgaveforståelse – om de har fokus på at be- eller afkræfte kræft hos patienter henvist til MAS, eller på i alle tilfælde at stille en diagnose. Endelig ses på variation i enhedernes bemanning.

Kapitel 5 samler op på, hvilke muligheder og behov informanter ser i forhold til forbedre betingelserne, de organisatoriske rammer og samarbejdet omkring udredning af vage symptomer eller uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom. Kapitlet belyser både muligheder og barrierer for udvikling. Kapitlet sætter fokus på: a) behov for forbedring af praktiserende lægers udvidede adgang til udredning af vage symptomer, b) muligheder og barrierer for forbedringer af samarbejdet og standardisering i samspillet mellem almen praksis, udredningsenhed, billediagnostiske afdelinger i forhold til MAS, c) synspunkter vedrørende en sammenlægning af MAS- og MUP-pakkeforløbene og d) erfaringer med monitorering af forløbstider og perspektiver på en fremadrettet monitorering, der kan understøtte kvalitetssikring og -udvikling.

Kapitel 6 diskuterer rapportens fund og udleder anbefalinger til den fremadrettede udvikling af området fra de interviewede aktørers erfaringer og inputs.

Centrale begreber i undersøgelsen

Filterfunktion – en indledende diagnostisk proces, hvor det via en række undersøgelser afgøres, om det er relevant at henvise til et specialiseret udrednings- eller behandlingstilbud. Rationalet i en filterfunktion er at modvirke unødige henvisninger og sikre, at patienter hurtigt henvises til de rigtige steder.

MAS – diagnostisk pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer, som giver mistanke om alvorlig sygdom, der kan være kræft.

MDT-konference – multi-disciplinær teamkonference; et forum, hvor læger på tværs af relevante specialer kan samles og drøfte specifikke patientforløb.

MUP – pakkeforløb for patienter med metastaser uden kendt primærtumor.

Udredningsenhed – organisatorisk enhed på hospitalet, der udreder MAS- og evt. MUP-forløb.

Udvidet adgang – alment praktiserende lægers øgede adgang til diagnostiske undersøgelser ifm. regeringens udspil 'Jo før, jo bedre' i 2014 (7).

2 Metode

Undersøgelsen er designet og tilrettelagt som en interviewundersøgelse med deltagelse af centrale aktører involveret i MAS-forløbene. Eftersom undersøgelsen bygger videre på VIVEs tidligere undersøgelse, er der et naturligt sammenfald mellem de grupper af aktører, som blev interviewet til denne og til den tidligere undersøgelse, og også en vis grad af sammenfald blandt interviewdeltagerne i de to undersøgelser. Undersøgelserne adskiller sig ved, at der i denne undersøgelse i højere grad er fokus på vurderinger af fordele og ulemper ved forskellige organiseringsrelaterede aspekter af MAS, udpeget af de centrale aktører, og konkretisering af tiltag, der kan forbedre området. Hertil kommer et særskilt fokus på almen praksis' udfordringer og strategier i udredningen af patienter med vage og uspecifikke symptomer.

2.1 Rekruttering til interview

Der er blevet rekrutteret i alt 62 interviewpersoner fra udredningsenhederne, billeddiagnostiske afdelinger og fra almen praksissektoren. Derudover er der lavet et baggrundsinterview med repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, som parallelt med denne undersøgelse har arbejdet på en revision af MAS-/MUP-pakkeforløbene. Rekrutteringsprocessen og den nærmere fordeling af de 62 informanter beskrives i det følgende.

Udredningsenheder

I denne undersøgelse er alle 21 udredningsenheder inviteret til at deltage i et interview. Hensigten hermed var at opnå flest mulige input til fordele og ulemper ved forskellige organisationer samt at sikre den fulde variation i måder at organisere de diagnostiske pakkeforløb på.

De i alt 21 udredningsenheder blev kontaktet enten telefonisk eller via mail med en invitation til at deltage i undersøgelsen, og udredningsenhederne udpegede derefter selv relevante deltagere til interviewene. Tre udredningsenheder har ikke deltaget i undersøgelsen, heraf afslog to at deltage pga. travlhed, og en vendte ikke tilbage trods flere henvendelser. Fra de øvrige 18 udredningsenheder deltog mindst en repræsentant, typisk en overlæge med tilknytning til enheden, og i halvdelen af de 18 interviews deltog desuden en sygeplejerske eller forløbskoordinator. Tabel 2.1 giver en oversigt over de udredningsenheder, som er repræsenteret i undersøgelsen inden for de fem regioner, og fagligheden for dem, der deltog i interview fra de enkelte enheder. Efter aftale med informanterne om anonymitet fremgår specifikke navne for hverken udredningsenhed eller informanternes ikke.

Tabel 2.1 Oversigt over udredningsenheder, der har deltaget i undersøgelsen

Region Nordjylland	
Udredningsenhed A	Sygeplejerske/forløbskoordinator og specialeansvarlig overlæge
Udredningsenhed B	Sygeplejerske og overlæge
Udredningsenhed C	Specialeansvarlig overlæge
Region Midtjylland	
Udredningsenhed D	Overlæge
Udredningsenhed E	Sygeplejerske/forløbskoordinator og overlæge
Udredningsenhed F	Overlæge
Udredningsenhed G	Sygeplejerske/forløbskoordinator og speciallægekonsulent tidl. overlæge
Udredningsenhed H	Afdelingslæge og sygeplejerske/forløbskoordinator

Region Syddanmark	
Udredningsenhed I	Overlæge
Udredningsenhed J*	-
Udredningsenhed K**	-
Udredningsenhed L	Afdelingssygeplejerske og specialeansvarlig overlæge
Region Sjælland	
Udredningsenhed M	Overlæge
Udredningsenhed N	Forløbskoordinator/lægeseekretær
Udredningsenhed O	Overlæge
Udredningsenhed P	Afdelingslæge
Region Hovedstaden	
Udredningsenhed Q***	-
Udredningsenhed R	Overlæge, forløbskoordinator og afdelingssygeplejerske
Udredningsenhed S	Sygeplejerske og overlæge
Udredningsenhed T	Sygeplejerske og overlæge
Udredningsenhed U	Overlæge

Note: * Inviteret, men ingen tilbagemelding trods flere rykkere.

** Afbud kort før interview pga. travlhed i afdelingen på datoen for interview.

***Inviteret, men kunne ikke afse tid til at deltage pga. patientpres.

Radiologiske afdelinger

Vi tilsigtede at interviewe to repræsentanter fra radiologiske afdelinger fra hver af de fem regioner og med deltagelse fra radiologiske afdelinger, hvor udredningsenheden, som de samarbejder med, også deltager i undersøgelsen. På grund af en del Corona-relaterede afslag på vores invitation til at deltage i undersøgelsen, er de radiologiske afdelinger dog ikke så ligeligt fordelt på regioner, som vi ønskede i udgangspunktet.

Tabel 2.2 Oversigt over radiologiske afdelingers deltagelse i undersøgelsen

Region Nordjylland	
RA 1*	-
RA 2*	-
RA 3**	-
Region Midtjylland	
RA 4	Afdelingssygeplejerske og områdeansvarlig sygeplejerske
RA 5	Radiograf
RA 6	Radiograf
Region Syddanmark	
RA 7	Ledende overlæge og overlæge
RA 8	-
RA 9**	-
Region Sjælland	
RA 10**	-
RA 11**	-
RA 12	Overlæge
Region Hovedstaden	
RA 13	Overlæge
RA 14	Ledende overlæge
RA 15	Overlæge

Note: * Inviteret, men svarede ikke tilbage på invitation.

** Inviteret, men havde ikke mulighed for at deltage pga. travlhed.

Praksiskonsulenter og praktiserende læger

Praksiskonsulenter med tilknytning til de afdelinger, hvor udredningsenhederne er forankret blev inviteret til at deltage i undersøgelsen med henblik på at skabe indblik i samspillet mellem hospital og almen praksis. Praksiskonsulenter blev i første omgang identificeret via oversigter på Sundhed.dk. og inviteret til at deltage i undersøgelsen via mail. Ambitionen var at interviewe mindst to praksiskonsulenter fra hver af de fem regioner, men i to regioner deltog kun en enkelt praksiskonsulent. I Region Sjælland betød en ændring i praksiskonsulentordningen, at det kun var muligt at identificere en enkelt med relevans for denne undersøgelse. I Region Nordjylland ønskede to ud af tre praksiskonsulenter, som blev kontaktet, ikke at deltage i interviews.

De praktiserende læger blev i alle regioner forsøgt rekrutteret via de regionale kvalitetsenheder. I fire regioner stod kvalitetsenhederne således for på vegne af VIVE at kontakte en gruppe af praktiserende læger og invitere dem til at deltage i gruppeinterview. I Region Sjælland gav denne strategi ingen interviewdeltagere trods gentagne rekrutteringsforsøg fra den regionale kvalitetsenhed. I stedet kontaktede vi formænd for de kommunale lægelaug med henblik på derigennem at komme i kontakt med praktiserende læger, som kunne deltage i interview. Herigennem fik vi kontakt med to praktiserende læger, der deltog i interviews enkeltvis.

Tabel 2.3 Oversigt over praksiskonsulenter (PKO) og alment praktiserende lægers (APL) deltagelse i interviews. Tabellens kollerter viser dels antal informanter, dels hvordan der refereres til informanterne, når de citeres i rapportens analyser

	Antal praksiskonsulenter	Antal praktiserende læger
Region Nordjylland	1/PKO A	3 i gruppeinterview/APL-gruppe A
Region Midtjylland	3/PKO B, PKO C, PKO D	4 i gruppeinterview/APL-gruppe B
Region Syddanmark	2/PKO E, PKO F	4 i gruppeinterview/APL-gruppe C
Region Sjælland	1/PKO G	2 i enkeltinterview/APL-enkelt 1 og APL-enkelt 2
Region Hovedstaden	2/PKO H, PKO I	3 i gruppeinterview/APL-gruppe D

Flere af de praktiserende læger, som blev interviewet, var selv praksiskonsulenter, men for andre specialeområder/afdelinger end den, hvor MAS-/MUP-forløbene var forankret. Desuden er det karakteristisk for de interviewede læger, at de er relativt erfarne, og de praksisser og erfaringer, de giver udtryk for i interviewene, er derfor ikke nødvendigvis gældende for en bredere gruppe af læger, herunder fx læger i uddannelsesforløb eller relativt nyuddannede læger. I Region Sjælland gør det sig desuden gældende, at de to læger der deltog i interviews er knyttet til samme hospital, dog fra forskellige dele af hospitalets optageområde, og deres erfaringer med MAS- og MUP-forløb er derfor knyttet til et særligt organisatorisk setup og en specifik samarbejdsrelation.

I en undersøgelse som denne er det forventeligt, at de læger, som melder sig, er læger, som i forvejen kender og bruger MAS-pakken, eller som måske har en særlig interesse for området. I rekrutteringen af praktiserende læger til gruppeinterviews har vi ikke haft mulighed for at sikre en spredning på denne parameter, fx læger, der henviser relativt meget/lidt til MAS eller evt. slet ikke bruger dette kræftpakkeforløb. For så vidt, at der findes læger i almen praksis, som ikke kender eller bruger MAS-pakken, så er dette perspektiv ikke repræsenteret i rapportens analyser. Ligeledes har vi ikke haft mulighed for at sikre spredning på lægernes brug af/direkte adgang til diagnostiske undersøgelser ('udvidet adgang').

2.2 Interviewenes fokus og indhold

Forud for interviewene fik interviewdeltagerne tilsendt en udførlig beskrivelse af undersøgelsen, herunder baggrund og fokus for undersøgelsen, en oversigt over de temaer, som ville indgå i interviewet og praktiske oplysninger om afholdelse af interviewene.

Som illustreret i figur 1.1, har undersøgelsen været tilrettelagt med udgangspunkt i tre empiriske nedslagspunkter:

1. **Praktiserende lægers rationaler og handlemuligheder i udredningen af patienter med vage eller uspecifikke symptomer:** Almen praksis bliver tilskrevet en afgørende rolle i relation til tidlig opsporing af kræft, eksempelvis i et udspil fra PLO og Kræftens Bekæmpelse fra 2017 (1). Her fremhæves det, at 85 % af kræftpacienterne starter deres forløb i almen praksis, og at det derfor er helt afgørende, at de praktiserende læger har diagnostiske muligheder for at handle på symptomer. De praktiserende lægers mistanke om alvorlig sygdom, eller behov for at udelukke det, er dermed et kerneelement i udredningen af kræftsygdom, hvorfor der i interviewene har været et særskilt fokus på de handlinger og valg, der udspiller sig i almen praksis, og de betingelser, det sker under.
2. **Forskellige modeller for organisering, bemanning og opgaveafgrænsning i udredningsenheder:** De føromtalt tidligere undersøgelser af organisatorisk variation i de 21 udredningsenheder udgør et væsentligt udgangspunkt for denne undersøgelse. Eftersom disse undersøgelser allerede har kortlagt, hvor de væsentligste variationer er at finde, så har interviewene til denne undersøgelse haft fokus på at udlede informanternes vurderinger af, hvad der udgør fordele og ulemper ved forskellige måder at organisere området på. I interviewene har der dog også været fokus på at få en opdateret beskrivelse af udredningsenhedernes arbejdsgange og organisering.
3. **Overgange og samarbejde mellem praktiserende læger og udredningsenheder/billeddiagnostiske enheder:** De kortlagte variationer peger også på, at overgange og samarbejde mellem praktiserende læger og udredningsenheder/billeddiagnostiske enheder ikke foregår på ensartede måder på tværs af landet. Derfor har denne overgang haft et særskilt fokus, herunder både at få beskrevet aktuelle modeller for organiseringen af denne overgang samt indhente vurderinger af fordele/ulemper.

På tværs af de tre ovennævnte nedslag har der været eksplicit fokus på at indsamle informanternes vurderinger af, hvilke muligheder og barrierer der eksisterer for at forbedre og ensrette området omkring udredningen af patienter med vage og uspecifikke symptomer.

Undersøgelsen har primært haft fokus på MAS-pakkeforløbet, særligt i den del af undersøgelsen, der vedrører almen praksis, som sjældent er direkte involveret i udredningen af metastaser uden kendt primær tumor (MUP). Eftersom MUP-pakkeforløbet også varetages i udredningsenhederne, og der aktuelt pågår overvejelser om en sammenlægning af MAS og MUP, har interviewguiden dog også indeholdt spørgsmål herom.¹

Interviewene fulgte en interviewguide, som var tilpasset hver enkelt af de ovenstående grupper, men med en fællesmængde af temaer, som indgik i alle interviews (se bokse herunder).

¹ Kilden til de nævnte overvejelser om sammenlægning af MAS og MUP er informanter i Sundhedsstyrelsen samt undersøgelsens advisory board.

Temaer, som indgik i interviewguides, brugt i interviews med alle tre grupper af aktører:

- Overgange og rollefordeling mellem henholdsvis udredningsenhed, radiologiske afdelinger og almen praksis, herunder:
 - Henvisningskrav
 - Placering af filterfunktion (vurdering af, om bestilling og vurdering af blodprøvepakke og billeddiagnostik skal gennemføres af praktiserende læger eller udredningsenhed)
 - Patienters videre forløb i de tilfælde, hvor mistanke om kræft afkræftes
- Dialog og samarbejde mellem aktører (formaliseret og ikke-formaliseret)
- Behov for dataregistrering og -monitorering i relation til MAS
- Fordele og ulemper ved kræftpakkeformatet i relation til MAS
- Primære udfordringer ved MAS- og MUP-pakken
- Forslag til standardisering af elementer af MAS/MUP.

Temaer, som kun indgik i interviews med repræsentanter for udredningsenheder:

- Enhedernes bemanning og organisatorisk tilknytning samt fordele og ulemper ved forskellige organiseringer
- Vurdering af, om det er de rette patienter, der kommer i MAS, samt hvilke patienter der ikke passer ind i et MAS-forløb af forskellige årsager.

Temaer, som kun indgik i interviews med praksiskonsulenter og praktiserende læger:

- Handlemuligheder og strategier i relation til patienter med vage og uspecifikke symptomer, herunder vurdering af grad af mistanke
- Brug og vurdering af muligheden for udvidet adgang til diagnostiske undersøgelser.

Afgrænsning

Undersøgelsen ser alene på organisatoriske og samarbejds-mæssige aspekter ved kræftudredning, og ikke de kliniske aspekter. Det betyder bl.a., at undersøgelsen ikke går ind i spørgsmål om den kliniske værdi af forskellige diagnostiske undersøgelser.

2.3 Interviewundersøgelsens proces og databehandling

Alle interviews er på grund af coronarestriktioner i interviewperioden gennemført enten på en videoforbindelse eller telefonisk og varede mellem 1-1,5 time.

De enkelte interviewguides blev justeret løbende i takt med, at viden og synspunkter fra allerede afholdte interviews blev indsamlet og gav anledning til nye eller uddybende spørgsmål. Der blev løbende samlet op på interviewudsagn og skabt en kondensering, som kunne bringes videre til de næste interviews, hvor nye informanter blev bedt om at forholde sig til tidligere

informanternes anonymiserede udsagn. Dette med henblik på at skabe en dialog mellem de interviewede både inden for og på tværs af de tre grupper af aktører på trods af, at de ikke deltog i interviews på samme tid.

Umiddelbart efter interviewenes afholdelse blev indholdet groft opsummeret i et resumé dokument af interviewerens. Derudover blev interviewene optaget, og sidenhen blev der skrevet et fyldigt referat med fokus på at indfange hovedsubstansen i informanternes udsagn. Referaterne har karakter af transskriptioner, dog ikke med samme grad af præcision og detaljegråd i gengivelsen af udsagn. I de tilfælde, hvor der bruges citater fra interviewene i analyserne i denne rapport, er der sikret overensstemmelse med interviewpersonernes præcise formuleringer.

Alle interviewdeltagere er lovet anonymitet i afrapporteringen af undersøgelsen, og derfor henvises der hverken til interviewpersonens navn eller ansættelsessted ved citater i denne rapport.

Interviewreferaterne er tematisk kodet i forhold til temaerne i interviewguiden. Kodningen er foretaget i NVivo20, som er et softwareprogram til brug for kvalitativ dataanalyse. Kodningerne er foretaget af den samme person, hvilket har bidraget til ensartethed i kodebrug. Analyserne er efterfølgende udviklet på baggrund af kodningerne med fokus at sammenholde informanternes udsagn inden for de enkelte temaer, beskrevet i interviewguiden.

Advisory board

Til undersøgelsen har der været knyttet et fagligt advisory board, der har kommenteret på undersøgelsens fokusområder og foreløbige resultater. Advisory board har udelukkende haft en rådgivende funktion og er ikke ansvarlig for undersøgelsens indhold og resultater, inklusive de fund og anbefalinger, som er præsenteret i denne rapport.

3 Almen praksis' tilgange til patienter med vage eller uspecifikke symptomer

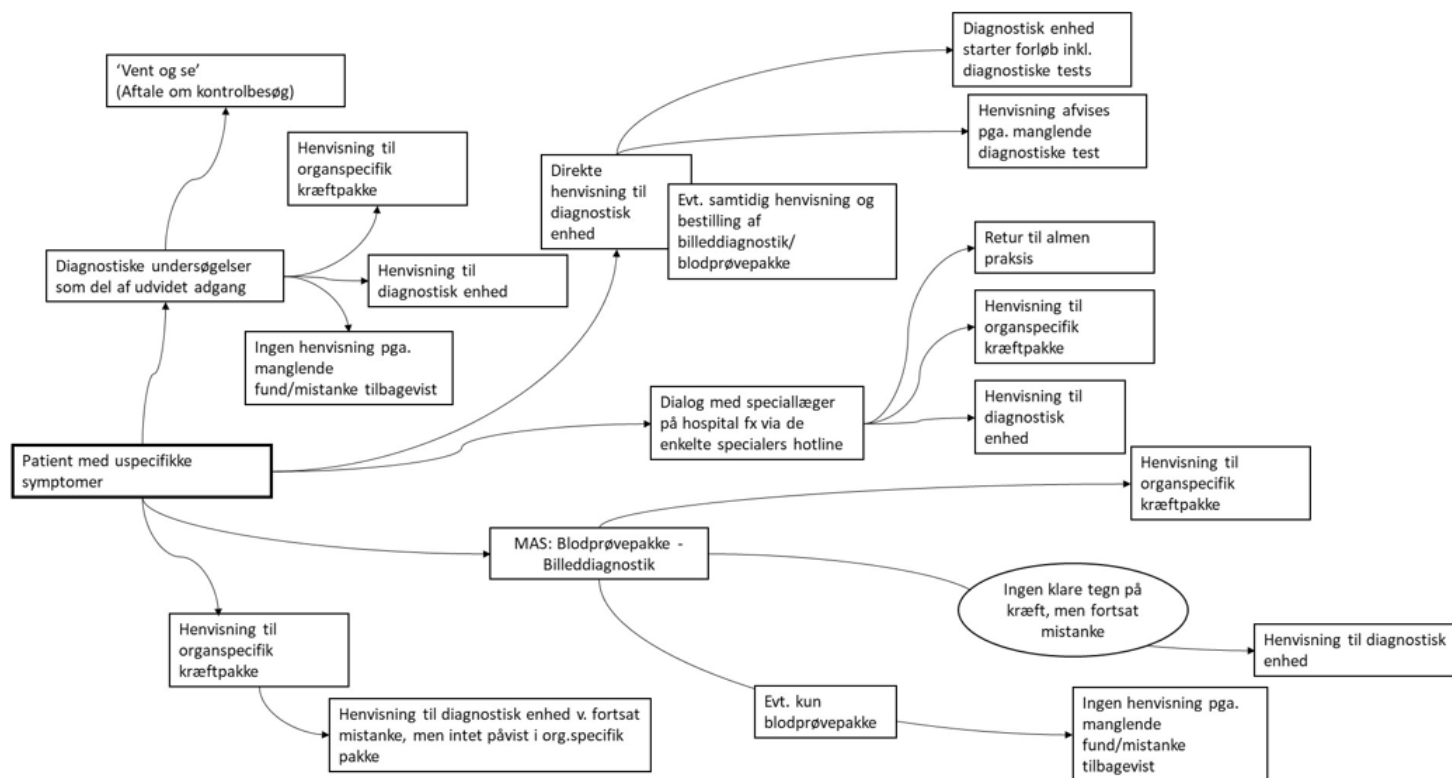
I dette kapitel fremstilles analysen af, hvordan praktiserende læger håndterer udredningen af patienter, som enten har uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom eller vage symptomer, hvor den praktiserende læge ikke har mistanke men alligevel behov for at udelukke alvorlig sygdom.

Kapitlet indledes med en beskrivelse af de mulige diagnostiske veje, som de praktiserende læger beskrev. Dette har karakter af en kortlægning (omend baseret på udsagn fra et begrænset antal praktiserende læger) over de muligheder, som praktiserende læger har til rådighed i deres diagnostiske arbejde, og giver en indsigt i, hvor forskelligartet et udredningsforløb kan starte. Anden del af kapitlet beskriver de overvejelser, som de praktiserende læger lægger til grund for deres diagnostiske valg, og viser, at rationaler knytter sig både til patienten (symptombillede og øvrigt kendskab til patienten) og til de diagnostiske handlemuligheder, som den praktiserende læge vurderer er til rådighed. Det peger på, at de praktiserende lægers diagnostiske blik og kompetencer ikke er den eneste parameter, der kan føre til uensartet og forsinket diagnostik. Variationer på, hvilke diagnostiske undersøgelser lægerne har adgang og kendskab til, har ligeledes betydning og udgør et væsentligt udviklingspotentiale. Lægernes diagnostiske handlemuligheder belyses både i forhold til adgangen til MAS og udvidet adgang til diagnostiske undersøgelser (dvs. det andet og tredje ben i den danske kræftudredningsstrategi).

3.1 Diagnostiske veje med udspring i almen praksis

I interviewene med de praktiserende læger spurgte vi ind til de forskellige typer af scenarier og diagnostisk veje, der kan tegne sig, når en patient har vage eller uspecifikke symptomer. Figur 3.1 illustrerer nogle af de mulige diagnostiske veje, som praktiserende læger igangsætter i disse situationer.

Figur 3.1 Diagnostiske veje med udspring i almen praksis



Note: Forklaring: Som beskrevet i kapitel 1 består kræftudredningen af tre ben, herunder henvisning til en organspecifik kræftpakke, en diagnostisk kræftpakke (MAS eller MUP) og de praktiserende lægers udvidede adgang til diagnostiske undersøgelser på hospitalerne. Figuren viser, hvordan disse muligheder både kan være et førstevalg for de praktiserende læger, men at de også optræder sammen i forskellige kombinationer og sekvenser (diagnostiske veje). Desuden viser figuren, hvordan praktiserende læger også benytter sig af muligheden for at se tiden an og gå i dialog med fx læger fra udredningsenhederne, fra andre afdelinger på hospitalet eller praktiserende speciallæger om konkrete patienter med henblik på at afklare, hvilken vej der er mest hensigtsmæssig at gå.

Kilde: Egen tilvirkning

Nedenstående liste giver et tematiseret overblik over de diagnostiske veje, som er identificeret i interviewene:

- **'Vent og se':** Den praktiserende læge vælger at se tiden an i en periode – i interviewene blev der typisk angivet en tidsperiode på omkring 14 dage – før patienten evt. henvises til MAS. Den praktiserende læge vælger i nogle tilfælde at kombinere dette med en blodprøvepakke eller andre diagnostiske undersøgelser og ser patienten til kontrol efter en kortere periode.
- **Brug af 'udvidet adgang' til at udelukke alvorlig sygdom:** Den praktiserende læge har ikke mistanke om alvorlig sygdom, men har alligevel behov for at udelukke dette for at komme videre i et patientforløb. Til dette formål gør de praktiserende læger i varierende grad brug af direkte adgang til diagnostiske undersøgelser fra hospitalerne. Denne udelukkelsesstrategi skal ikke forveksles med det scenarie, hvor patienter får afkræftet mistanke om alvorlig sygdom i et MAS-pakkeforløb. Forskellen mellem de to scenarier er, at sidstnævnte scenarie beror på *uspecifikke* symptomer, der rejser en mistanke om alvorlig sygdom og indebærer et pakkeforløb med faste procedurer i samspil med en lokal udredningsenhed. Det førstnævnte scenarie beror ikke på en nævneværdig mistanke, men snarere et behov hos lægen/patienten for at udelukke, at *vage* symptomer er tegn på alvorlig sygdom. Mekanismen i at afkræfte alvorlig sygdom kan synes ens i de to scenarier, men der er tale om to forskellige typer behov og tilgange hos den alment praktiserende læge.
- **Indledende diagnostik til MAS – bestilling og vurdering af blodprøvepakke og CT:** Den praktiserende læge bestiller MAS-blodprøvepakke og billeddiagnostik som indledende diagnostik til MAS. Nogle gange udføres disse elementer sekventielt, andre gange samtidigt. Den praktiserende læges handling kan vel at mærke både være drevet af en grad af mistanke om alvorlig sygdom, eller – som beskrevet under foregående punkt – et behov for at udelukke det for en sikkerheds skyld. Afhængigt af, hvad undersøgelserne viser, er der en række af mulige veje, som den praktiserende læge kan vælge:
 - Henvisning til et organspecifikt kræftpakkeforløb, hvis blodprøverne og/eller den billeddiagnostiske undersøgelse peger på en specifik kræfttype. Henvisning på baggrund af billeddiagnostiske fund sker nogle steder direkte via radiologisk afdeling, andre steder sendes svarene til den praktiserende læge, som henviser patienten til den relevante organspecifikke kræftpakke.
 - Henvisning til udredningsenhed, hvis der på baggrund af den indledende diagnostik ikke er klare tegn på organspecifik kræft, men den praktiserende læge fortsat har mistanke om alvorlig sygdom.
 - Henvisning af patienten til en praktiserende speciallæge, som kan bidrage til fortolkning af prøvesvar, hvorefter der kan træffes beslutning om et videre udrednings- eller behandlingsforløb – herunder en mulig henvisning til MAS eller organspecifik kræftpakke.
 - Lægens mistanke om alvorlig sygdom, herunder kræft, afvises på baggrund af blodprøver/CT, og det vurderes, at patientens symptomer ikke kræver videre udredning.
 - Behovet for at udelukke alvorlig sygdom for en sikkerheds skyld bliver indfriet, og lægen kan fortsætte det øvrige udrednings- eller behandlingsforløb, som var i gang.

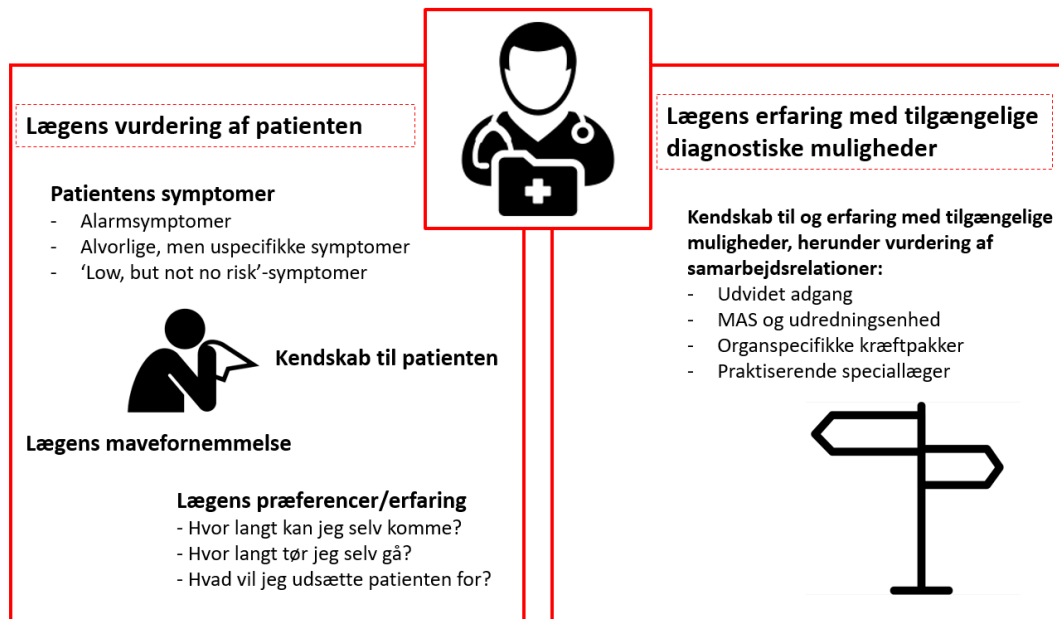
- **Dialog med speciallæger på hospital:** Den praktiserende læge kontakter enten udredningsenheden eller andre afdelinger på hospitalet for at diskutere patientens symptomer og evt. prøvesvar for derefter at beslutte, om patienten skal henvises til en organspecifik kræftpakke eller anden udredning på hospitalet, til udredningsenheden, eller om den praktiserende læge selv skal tage hånd om patientens videre forløb.
- **Henvisning til organspecifik kræftpakke:** Den praktiserende læge henviser direkte til et organspecifikt kræftpakkeforløb baseret på de symptomer, som patienten præsenterer. I tilfælde af, at det organspecifikke kræftpakkeforløb ikke afklarer en diagnose, og lægen stadig mistænker alvorlig sygdom, kan en henvisning til udredningsenheden være næste skridt. Interviewene med radiologerne tyder på, at lungekræftpakken af nogle praktiserende læger anvendes som et alternativ til MAS-pakken ved patienter med uspecifikt symptombillede. Det skyldes, at nogle af indgangssymptomerne til lungekræftpakken er af uspecifik karakter (træthed, væggtab i kombination med rygeanamnese).
- **Direkte henvisning til udredningsenhed:** Den praktiserende læge henviser direkte til udredningsenheden. I nogle tilfælde bestilles der blodprøvepakke og billeddiagnostik samtidigt med henvisning, i andre tilfælde overlades beslutningen om diagnostiske undersøgelser til udredningsenheden. Den direkte henvisning kan være – men er det ikke altid – knyttet til en forudgående dialog med læger i udredningsenheden.

Det er vigtigt at tage i betragtning, at de veje, som vi beskriver ovenfor er baseret på de praktiserende lægers retrospektive betragtninger omkring mulige valg og veje, når de sidder over for en patient med vage eller uspecifikke symptomer. Når de praktiserende læger møder en patient med vage eller uspecifikke symptomer, har de ikke på forhånd defineret en tydelig vej for patienten – patientens vej defineres af beslutninger, der afhænger både af forudgående beslutninger, prøvesvar, patientens ønsker samt reelle handlemuligheder i situationen. Desuden er det formentlig ikke et udtømmende billede af de mulige diagnostiske veje, som udspiller sig med udgangspunkt i almen praksis, og det er ligeledes ikke muligt at udlede, hvor hyppigt de enkelte veje optræder, eller hvor lang tid der går, fra den praktiserende læge bliver bekendt med en patient med uspecifikke symptomer, til der evt. henvises til et MAS-forløb. Figur 3.1 og den tilhørende tematiske oversigt skal derfor primært ses som illustrationer af, hvor forskellige diagnostiske veje der kan gå forud for en evt. henvisning til et MAS-forløb.

3.2 Rationaler og praksisser i praktiserende lægers udredning

Som foregående afsnit viser, kan den praktiserende læges udredningsmæssige beslutninger føre til flere forskellige diagnostiske veje for patienter med vage eller uspecifikke symptomer. I dette afsnit laver vi en analytisk fremstilling af de rationaler og praktiske forhold, der ligger bag disse udredningsmæssige beslutninger. Helt overordnet kan lægens beslutninger henføres til to forskellige typer af rationaler. Den ene type vedrører lægens vurdering af patientens symptomer (hvor lægens egen erfaring og præferencer også spiller ind), den anden type vedrører de diagnostiske handlemuligheder, som lægen har tilgængelig. Denne sondring er illustreret i nedenstående figur.

Figur 3.2 To typer af rationaler i lægens diagnostiske beslutning



Note: Figuren skal illustrere, at lægens beslutningsproces er formet af to grundlæggende aspekter: 1) patientens symptombillede og den praktiserende læges erfaring og faglige præferencer og 2) de diagnostiske handlemuligheder den enkelte praktiserende læge har, herunder adgang til og ventetider på diagnostiske undersøgelser i sekundærsektoren

I praksis vil Figur 3.2s to kategorier formentlig overlappe og vekselvirke. Her tjener sondringen et analytisk greb til at forstå de diagnostiske beslutninger i praksis, som fører til den variation i diagnostiske veje, som er kortlagt i forrige afsnit. De følgende afsnit (3.2.1 og 3.2.2) er struktureret efter figurens to kategorier. Afsnittene giver et praksisnært indblik i de udfordringer, muligheder og dilemmaer, som de alment praktiserende læger i denne undersøgelse har beskrevet, når det kommer til patienter med vage eller uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom.

3.2.1 Rationaler og praksisser relateret til lægens vurdering af patienten

De praktiserende læger beskriver en række uspecifikke symptomer, som kan give anledning til mistanke om alvorlig sygdom hos patienten. Disse symptomer er fx træthed, uforklarligt vægttab, sygdomsfølelse hos patienten, skæve blodprøver, symptomer relateret til flere forskellige organsystemer eller uforklarlig forandring i ellers velregulerede kroniske sygdomme, dvs. symptomer, som svarer til dem, der er beskrevet som relevante henvisningsårsager til MAS. Et intensiveret kontaktmønster i almen praksis og øget medicinforbrug blev også nævnt af flere læger som tegn på, at noget kan være galt.² I nogle tilfælde vurderes disse symptomer alvorlige nok til, at den praktiserende læge sender en henvisning til en udredningsenhed uden forudgående blodprøver og billeddiagnostik for at spare tid i patientens forløb. Der kan også være tale om telefonisk kontakt til udredningsenheden, hvor der laves en specifik aftale om, at patienten tilses uden den indledende diagnostik, der normalt kræves. De praktiserende læger beskriver dog også, hvordan mistanken om alvorlig sygdom kan udspringe af noget, der mere kan beskrives som en klinisk mavefornemmelse, erfaring eller en sjette sans. En læge siger fx "der er

² I denne sammenhæng problematiserer nogle af de interviewede læger, at patienter i områder med lægedækningsudfordringer ikke ser den samme læge, og at lægen derfor kan mangle overblik fx over ændret kontaktmønster eller andre ændringer, der ellers kunne få en fast praktiserende læge til at få mistanke om alvorlig sygdom.

noget, der er galt, men det er svært at sige præcist hvorfor". Dette resonerer med forskningslitteratur, der peger på lægens intuition som det måske væsentligste redskab i forhold til at opspore kræft i almen praksis (21). Et nyligt studie finder desuden en sammenhæng mellem patienter, der udtrykker bekymring om kræft, og lægens mistanke herom (22).

Balancegange i diagnostiske beslutninger

Idet der er tale om symptomer, som i sagens natur er uspecifikke og ikke entydigt peger i en bestemt retning, er det en udfordring for den praktiserende læge at vurdere, hvornår mistanken om alvorlig sygdom er stærk nok.

Det svære er jo ikke, når man faktisk har en mistanke eller noget, der skal udelukkes. Så trykker man bare på pakken, og så kører det. Det svære er, hvornår får man mistanken, og hvornår er mistanken stærk nok?" (Praktiserende læge, APL-gruppe B)

Flere af de praktiserende læger beskriver det som en balancegang, hvor man på den ene side forsøger at undgå unødige tiltag³, og på den anden side ikke tager for let på mistanken og derved overser alvorlig sygdom. Samtidig er der tale om en afvejning af, hvornår man bliver et forsinkende led ved fortsat at beholde udredningen i egen praksis, evt. understøttet af diagnostiske undersøgelser fra hospitalet, frem for fx at henvise til MAS-pakken. Disse afvejninger kom bl.a. til udtryk i et gruppeinterview med praktiserende læger:

Praktiserende læge A1: Jeg kan sagtens finde på at bruge alle mulige andre muligheder, inden vi begynder at sende dem i pakkeforløb. Det er jo tit patienter, vi har set et par gange, inden vi kommer til det. Vi kan også sagtens have lavet andet inden, hvor vi ikke rigtig kommer i mål, men de stadig giver ondt af sig. Jeg tænker egentlig, at de fleste praktiserende læger vil jo egentlig gerne selv stille diagnoserne. Vi går jo langt hen ad vejen et pænt stykke, med mindre der oplagt er noget helt galt.

Praktiserende læge A2: Det synes jeg egentlig er lidt farligt. Jeg synes også, det er lidt farligt med de her tilbud, vi har med nogle subakutte undersøgelser. [...] Hvis jeg vælger at henvise en patient, først til ekko, så til ultralyd og så noget tredje, så er der jo en forsinkelse og ventetid flere steder. Hvad er den næste prøve så? Der må man bare sige, at det er et mere strømlinet forløb, de får inde på diagnostisk. ... Så hvis jeg mistænker noget alvorligt, så er det da den vej, jeg synes, de skal. Men hvis det er gamle Erna, som ikke rigtig orker noget, og kun orker noget, hvis vi kan klare det herhjemme, så kunne jeg godt finde på at sende hende den langsomme vej for at finde ud af, hvilken behandling, der er nødvendig.

Ovenstående citater afspejler en balancegang i diagnostisk beslutningstagning, som er svært at karakterisere i abstraktion fra den specifikke læge-patient relation, men som alligevel afspejler det generelle princip i den trebenede strategi (1): På den ene side beskrives en præference for selv at være tovholder på udredningen via diverse diagnostiske undersøgelser (ben 3), på den anden side afstår lægerne generelt fra være tovholdere, hvis de vurderer, der "oplagt er noget galt" – her henvises i stedet til MAS (ben 2).

³ Specifikt nævnes overvejelser om ikke at udsætte patienten for unødigt strålefare, at undgå unødigt brug af sundhedsvæsenets ressourcer og for at undgå unødigt bekymring hos patienten.

Kendskabet til patienten spiller en stor rolle i dette beslutningskompleks, fx i tilfælde, hvor symptomer er tilbagevendende hos patienten og kobles til fx sæsonudsving eller særlige forhold i patientens livssituation, hvor det kan give bedst mening at se tiden an. Omvendt er der situationer, hvor patienter henvises med det samme, fx ved pludseligt opståede symptomer hos en ellers rask patient, eller patienter, som sjældent eller aldrig henvender sig i almen praksis, men pludselig viser sig med symptomer, der vækker mistanke om alvorlig sygdom⁴.

Når kræft skal udelukkes før udredning og behandling af anden sygdom

Det er ikke altid en bred mistanke om alvorlig sygdom, der får de praktiserende læger til starte indledende diagnostik til MAS. Der kan også være et rationale i at udelukke kræft, før de starter behandling af anden sygdom, fx hjertesygdom eller muskelgigt. I et interview blev det også nævnt, at en læge havde været i kontakt med en specifik specialafdeling på hospitalet, som efterspurgte en udredning i udredningsenheden for at udelukke kræft, før de overtog patientens forløb.

Patienter, som ikke passer ind i pakkeforløbet

I interviewene med både de praktiserende læger og udredningsenhederne fremgår det, at nogle særlige patientgrupper ikke egner sig til et accelereret pakkeforløb. Her nævnes fx patienter med misbrugsproblemer, svært demente og mere generelt personer med fysiske eller psykiske kognitive handikap. Flere af disse patienter mestrer ikke praktikken i et accelereret forløb med, hvad det indebærer af aftaler, mødetider, tjekke e-boks osv. En udfordring er ifølge informanter fra udredningsenhederne, at forskning viser, at cancer-hyppigheden i denne gruppe er høj. I tillæg til førnævnte patienters udfordringer med at indgå i et accelereret forløb peger nogle praktiserende læger på, at det i relation til ældre, multisyge patienter kan være svært som praktiserende læge at skelne mellem sygdomme og mellem gamle og nye symptomer – og derfor være svært at afgøre, om de passer ind i et MAS-forløb.

Der, hvor jeg har en udfordring, er ved, hvornår er det en cancer og alvorlig sygdom, og hvornår er det et gammelt menneske, der har multimorbiditet. Og der sidder aben nok lidt på vores skuldre. Vi mangler tid, tid til at tænke os om og gå i dialog med vores gode kollegaer på sygehuset i sådant et tilfælde. Jeg ser en mangel fremover på tid i praksis til at give sig selv lov til dialog med kollegaerne. Især i forbindelse med ældre patienter med multimorbiditet. Behøver vi altid hive fat i cancer/MAS-pakker? Jeg mangler en tredje pakke, der hedder "den multimorbide ældre med to allerede eksisterende cancers". (Praktiserende læge, APL-gruppe C)

Denne praktiserende læge peger som andre interviewede på, at der er flere og flere patienter, der er multisyge og måske tidligere har haft en kræftsygdom, hvilket kan komplicere billedet i forhold til, om de er relevante til at indgå i et MAS-forløb. En radiolog peger på dette som en generel udvikling. Der er kommet flere komplekse patienter, fx patienter, der tidligere har haft kræft, hvor det kan være svært at skelne nyt fra gammelt.

Betydningen af lægernes professionelle erfaring

De fleste af de praktiserende læger interviewet til denne undersøgelse kan karakteriseres som erfarne læger med flere år i almen praksis. Det kan derfor være svært at vurdere, om rationerne bag diagnostiske beslutninger i udredningen af vage eller uspecifikke symptomer varierer

⁴ Nogle læger peger her på, at Corona-epidemien i en periode har forstærket barrieren hos patienter, der sjældent henvender sig i almen praksis. Dette afspejlede sig også i interviewene, hvor nogle radiologer har oplevet et dyk i henvisninger til indledende CT-scanning til MAS, efterfulgt af en stigning, hvor patienterne har været tydeligt alvorligt syge. De sidstnævnte scenarier er dog mere undtagelsen end reglen, og en henvisning til MAS er sjældent det første valg for de praktiserende læger.

med lægens erfaring. Dog beskrev en af lægerne, hvordan hun havde ændret strategi fra som nystartet praktiserende læge at have sendt de fleste patienter med uspecifikke symptomer i MAS-pakkeforløb for at sikre, at hun ikke overså noget, til i højere grad at se tiden an. Her spillede et tiltagende kendskab til patienterne en rolle samtidig med et tiltagende mod til at se tiden an, stole på egen faglighed og udnytte de diagnostiske muligheder, man har som praktiserende læge.

Andre af de praktiserende læger problematiserede desuden, at *"det bare er et klik"* at sende patienterne i et pakkeforløb, og at dette giver yngre eller usikre læger nem mulighed for en defensiv tilgang, hvor patienter sendes i et pakkeforløb med risiko for at påføre dem unødigt bekymring og besvær⁵.

3.2.2 Rationaler relateret til tilgængeligheden af diagnostiske undersøgelser – MAS og udvidet adgang

Interviewene med de praktiserende læger peger på, at diagnostiske beslutninger ikke udelukkende er funderet i et klinisk rationale baseret på patientens symptombillede og lægens kendskab til patienten. Beslutningerne er også funderet i mere pragmatiske og erfaringsbaserede afvejsninger af, hvilke diagnostiske muligheder der opleves at være bedst tilgængelige lokalt. Det belyses i det følgende, først med fokus på tilgængeligheden og brugen af MAS (det andet ben i den trebenede strategi) og dernæst med fokus på tilgængeligheden og brugen af udvidet adgang til diagnostiske undersøgelser (det tredje ben).

De praktiserende lægers brug af og adgang til MAS

De interviewede praktiserende læger anslog, at de gjorde brug af MAS-pakken fra en til to gange om måneden til fire gange om året. Der er således tale om en betydelig individuel forskel i hyppigheden, hvormed MAS-pakkerne bruges. Det skal understreges, at de interviewede praktiserende læger alle kendte og brugte MAS – vi har derfor ikke et billede af, hvor mange praktiserende læger der ikke anvender MAS i deres daglige arbejde. Der er dog lavet en opgørelse på området i Region Hovedstaden i 2020, der viser, at 50 % af regionens praktiserende læger havde henvist til en udredningsenhed i 2019 (18). Formodningen om, at der er stor forskel på de enkelte praktiserende lægers henvisningsmønstre, genfindes også blandt flere af de interviewede læger fra udredningsenhederne. Erfaringen her er, at der er stor variation i henvisningsmønstre for de enkelte praktiserende læger. Det fremgår tilmed, at det hos en af udredningsenhederne, som kendte deres opland godt, vakte bekymring, at der var en stor andel af almen praksisklinikker, der aldrig fik henvist patienter fra. Variationer i, hvor hyppigt MAS bruges, kan skyldes den specifikke patientpopulation og andre kontekstuelle faktorer. I denne undersøgelse finder vi, at de praktiserende lægers brug af MAS kan være influeret af mindst fire ting:

1. Praksislægerens erfaring med adgang til MAS, og om de har erfaring med at få afklaret patienterne, eller om de kommer uafklarede tilbage til almen praksis
2. Dialogen med udredningsenheder før henvisning
3. Den lokale organisering af MAS i forhold til henvisningskrav og indledende diagnostik

⁵ Denne undersøgelse bygger på udsagn fra et begrænset udsnit af alment praktiserende læger i Danmark. Et nyligt studie underbygger dog, at lægens erfaring har betydning for diagnostiske beslutninger, omend det ikke indikerer præcis de samme sammenhænge, som nævnes her. Studiet finder, at læger med meget erfaring er mere tilbøjelige til at 'handle hurtigt' og enten henvise til specialiseret udredning eller selv iværksætte målrettet diagnostik, når en patient med lav men betydelig risiko for kræft første gang henvender sig i almen praksis (23). I det omfang de erfarne læger fra studiet selv iværksætter målrettet diagnostik frem for at henvise, underbygger det de ovennævnte sammenhænge, at erfarne læger er mere tilbøjelige til at bruge de diagnostiske muligheder, de har til rådighed, frem for at henvise.

4. Hvorvidt praksislægerne erfarer at have en hurtig og direkte adgang til relevante diagnostiske undersøgelser uden for pakkeforløbene.

Betydningen af ovennævnte elementer for lægernes diagnostiske valg udfoldes i det følgende.

Erfaringer med adgang til MAS

De interviewede praktiserende læger i denne undersøgelse gav generelt udtryk for at have god adgang til MAS-forløbet, og at deres henvisninger til udredningsenhederne sjældent blev afvist. Dette afspejles i interviewene med udredningsenhederne, hvor det med undtagelse af én enhed fremgik, at henvisninger til MAS aldrig eller sjældent blev afvist. Enhederne lagde vægt på, at egen læges mistanke er tilstrækkeligt grundlag for henvisning:

Min holdning er nok, at vi er en form for serviceorgan, og hvis almen praksis har et problem eller en bekymring, så er det vores job at hjælpe dem igennem det, og tilbyde den erfaring, som vi har. (Læge, Udredningsenhed B)

Jeg har noget imod den holdning, at vi ser alt for mange patienter. Fordi det er et udtryk for, at egen læge har en bekymring for, at der er noget galt. Og kan vi så fjerne den bekymring, som patienten også oplever qua sin egen læge ved en konsultation eller to, så er der vundet meget ved det. (Læge, Udredningsenhed O)

Ovenstående betyder ikke, at afviste henvisninger ikke forekommer, men ifølge informanterne sker det sjældent, og når det sker, er afvisningen typisk begrundet i selve henvisningen, hvor der kan mangle væsentlig information, eller i manglende indledende diagnostik. Der er ifølge læger fra udredningsenhederne typisk ikke tale om en afvisning af lægens mistanke eller faglige begrundelse for henvisning, omend nogle af de praktiserende læger gav udtryk for, at afvisninger kan fortolkes sådan.

Der var imidlertid undtagelser og nuancer til ovennævnte billede af adgangen til MAS. I et gruppeinterview med tre praktiserende læger fra samme region, men med tilknytning til forskellige udredningsenheder, blev det tydeligt, at der var forskellige oplevelser af, hvor ofte deres henvisninger til udredningsenhederne blev afvist, hvilket havde betydning for lægernes tilbøjelighed til at gøre brug af MAS-pakken. De praktiserende læger, der oplevede, at deres henvisninger til udredningsenheden til tider blev afvist, var mere tilbøjelige til at afprøve andre veje (fx lungekræftpakken, hvis dele af symptombilledet relaterede sig hertil, vent og se, henvisning til relevant speciallæge). Omvendt medvirkede oplevelsen af, at en henvisning oftest blev modtaget, og at patienten kom hurtigt i et MAS-forløb, til en tilbøjelighed til at gøre brug af MAS. Interviewene med udredningsenheder peger, (ligesom VIVEs tidligere studie (8)) på, at man her ser forskelligt på, hvorvidt kravet om indledende diagnostik til MAS skal være opfyldt forud for en henvisning, og på om henvisningen er fyldestgørende. Ovennævnte elementer udgør én forklaring på de praktiserende lægers forskellige erfaring og dermed tilbøjelig til at gøre brug af MAS-pakken.

Dialog med udredningsenheder

En anden forklaring relaterer sig til de praktiserende lægers oplevelse af dialogen med udredningsenhederne, idet oplevelsen af en let adgang til sparring med lægerne i udredningsenheden kan være afgørende for, om patienten sendes i en organspecifik kræftpakke eller i MAS.

Det kan være ved en patient, hvor jeg tænker, at det godt kunne være organspecifikt, men så var der lige et eller andet. Så kunne jeg godt finde på at ringe ind og spørge, om de ville have patienten direkte, eller om jeg først skulle henvise til organspecifikt. (Praktiserende læge, APL-enkelt 1)

Oplevelsen af en fleksibel dialog med udredningsenheden synes også at være relateret til oplevelse af en fleksibilitet i relation til kravene til henvisningerne. Specifikt beskrev nogle praktiserende læger, hvordan de har tillid til, at de kan ringe og lave individuelle aftaler om, at udredningsenheden tager imod en patient, uden at der er foretaget indledende diagnostik, og at udredningsenheden dermed overtager ansvaret for patienten alene på baggrund af den praktiserende læges mistanke om, at der er noget alvorligt galt.

Det er en god idé at kontakte dem. Så kan man også give udtryk for sin mavefornemmelse, så de ikke nødvendigvis kun behøver at vurdere henvisningen på baggrund af de nedskrevne uspecifikke symptomer. Mavefornemmelsen er et stærkt diagnostisk værktøj. (Praktiserende læge, PKO F)

Andre praktiserende læger beskrev dialogen med udredningsenheden som mindre velfungerende, idet man sjældent kunne komme i direkte kontakt med en af enhedens læger, men måtte vente på, at de ringede tilbage. Det harmonerer dårligt med den praktiserende læges behov for sparring med henblik på hurtig afklaring.

Dialogen er der, men den kan godt være lidt svær. Jeg har brug for, at jeg kan få et svar relativt hurtigt. Det er jo faglig sparring med en person, der er klogere end en selv, der er brug for. Ellers kan den dialog jo være ligegyldig. Og tids nok. Hvis jeg eksempelvis henviser en person til en kræftpakke, og jeg så en dag eller to efter modtager besked om, at det synes konsultationslægen ikke, jamen så har jeg jo bragt den patient i en forfærdelig situation. (Praktiserende læge, APL-gruppe D)

Praktiserende læger med den type erfaringer var mere tilbøjelige til selv at træffe den endelige beslutning om at sende patienten til en MAS-pakke frem for at forsinke beslutningen eller risikere at skulle lave beslutningen om. Endelig beskrev en praktiserende læge en oplevelse af ofte at blive anbefalet at sende patienten i en organspecifik kræftpakke, hvis de henvendte sig til udredningsenheden for en afklarende samtale, og derfor ofte valgte MAS fra til fordel for de organspecifikke kræftpakker.

Organiseringen af MAS-forløbet er betydende for almen praksis' brug af MAS

I et interview med en praktiserende læge, som havde oplevet en forandring i, hvordan den indledende diagnostik er organiseret, blev det synligt, hvordan organiseringen af MAS kan influere på den praktiserende læges tilbøjelighed til at bruge den:

For et års tid siden blev det ændret ved vores sygehus. Førhen skulle vi bestille ultralyd af abdomen og et røntgen af thorax som et led i det, før vi vidste, hvad vi skulle stille op. Det fungerede jo overhovedet ikke. Vi bestilte både blodprøver og røntgen af thorax, så skulle de ringe ned og få en opfølgende tid i akutmodtagelsen. Akutlæger og kræftudredning er ikke et super godt match. Patienter havde ikke en oplevelse af at blive undersøgt særlig godt. Tit undgik vi bevidst det MAS-forløb deraf. Undersøgelserne var alt for uspecifikke i forhold til kræftudredning. Nu, efter

det er ændret, er der nem adgang, og det fungerer rigtig godt. (Praktiserende læge, PKO F)

Den praktiserende læge udtrykker, hvordan det, der opleves som en uhensigtsmæssig organisering, får betydning for, om han vælger at benytte muligheden for at henvise til MAS.

Tilgængelighed og brug af udvidet adgang til diagnostiske undersøgelser

Udvidet adgang til diagnostiske undersøgelser er som indledningsvist beskrevet det tredje ben i kræftudredningen. I interviewene med de alment praktiserende læger fremstår det klart, at det tredje ben er præget af variation både med hensyn til, hvilke undersøgelser lægerne har adgang til, og hvor lang ventetid der er. Enkelte af de praktiserende læger havde således gode erfaringer med udvidet adgang, mens størstedelen beskrev en begrænset eller ingen udvidet adgang. Nedenfor udfoldes de positive og negative erfaringer, og hvordan de influerer den diagnostiske beslutningstagning.

Positive erfaringer med udvidet adgang

De steder, hvor lægerne oplevede hurtig adgang, blev det tillagt stor værdi. Det fungerer som en udvidelse af deres diagnostiske muligheder, og en understøttelse af deres faglige kompetence til diagnostik ud fra vage symptomer, som hjælper dem effektivt videre med fortsat udrednings- og behandlingsarbejde i almen praksis. Kun hvis prøverne er tvetydige eller viser ondartede fund eller på anden vis skaber bekymring, overdrages patienten til udredningsenheden, evt. efter en dialog med lægerne her eller med en praktiserende speciallæge. De positive oplevelser med udvidet adgang blev bl.a. beskrevet sådan her:

...jeg føler mig også meget privilegeret i vores område, hvor vi kan henvise røntgen eller ultralyd. Man kan også skrive "I må meget gerne også lave en ct a thorax+abdomen, ville det ikke gøre noget", og hvis man skriver den lidt ydmygt, så er der flere gange, hvor de har fået lavet det hele, og så kan man komme videre derfra. Det går meget hurtigt. (Region Syd, AP gruppe, C)

...når vi så laver de scanninger, så kommer der nogle gange noget frem, så ryger de i en diagnostisk pakke, og så er de jo sådan set ude af vores hænder. Så er de roget videre i et eller andet spor. Når det er uspecifikt. (Region Syd, AP gruppe, C)

Negative erfaringer med udvidet adgang og alternative strategier

Andre af de interviewede læger havde mindre gode erfaringer med den udvidede adgang, og andre beskrev, at der slet ikke er udvidet adgang:

Jeg bruger røntgenafdelingen til røntgen, ultralyd og ct. Men man kan godt blive begrænset. De kan fx finde på at skrive "ifølge den og den aftale, så skal den her patient på diagnostisk center." Det er ifølge nogle forløbspakker, der ligger. (Praktiserende læge, PKO E)

Jeg oplever slet ikke en udvidet adgang til parakliniske undersøgelser. Altså blodprøver har vi altid kunnet få, men ellers er der så lang ventetid, at der ikke er noget udvidet ved det. ... Før i tiden kunne jeg få ultralyd nemmere, der brugte jeg dem mere. Hvis det forsinker patientens forløb, så er der jo ingen nytte i det. Tværtimod. (Praktiserende læge, PKO I)

Størstedelen af de interviewede praktiserende læger beskrev lange ventetider som en barriere for at bruge udvidet adgang. I denne forbindelse blev det beskrevet som en strategi for praktiserende læger at omgå begrænsningerne på adgangen til diagnostiske undersøgelser ved at bruge den indledende diagnostik i kræftpakkeforløbene i stedet:

Vi har ikke adgang til fx de her CT-scanninger uden at starte et pakkeforløb. Men det er vores gode ret at afbryde det her pakkeforløb efter, at vi har fået scanningen. Det er sådan, vi omgås det på. Vi har ikke direkte adgang til fx CT, med mindre det er starten til et pakkeforløb. Vi mangler adgang til nogle undersøgelser, synes jeg. (Praktiserende læge, APL-gruppe B)

Jeg er for utryk ved ventetiden ved parakliniske undersøgelser. Ventetiden gør, at hvis jeg ikke bestiller scanningerne eller undersøgelserne via en kræftpakke, så er jeg for bange for, at patienten bliver tabt til det. (Praktiserende læge, PKO D)

Nogle af de interviewede radiologer bekræftede i interviewene, at de praktiserende læger nogle gange henviser til CT-scanning som del af et MAS-forløb, netop for at få adgang til CT-scanning hurtigere end ved udvidet adgang. Andre af de interviewede læger var ikke sikre på, hvilke muligheder de havde i relation til udvidet adgang, eller oplevede det som et forsinkende led. I nogle interviews forekom det desuden svært for dem at foretage en principiel skelnen mellem, om deres adgang til CT var opnået via den indledende diagnostik til MAS-forløb, eller via en generel udvidet adgang til diagnostisk, urelateret til pakkeforløb. Dette afspejler en pragmatisk tilgang, hvor man i almen praksis udnytter de muligheder, der er, og som passer patienten bedst. En tilgang som blev genkendt og beskrevet af de interviewede radiologer sådan:

De alment praktiserende læger er jo enormt pragmatiske mennesker, som får tingene til at fungere og så løser problemerne. Og for guds skyld, lad dem dog endelig gøre det. Fordi de kender altså deres patient. (Radiolog, RA 7)

3.3 Opsummering

Praktiserende læger navigerer i et komplekst beslutningsfelt i mødet med patienter, der har vage eller uspecifikke symptomer. Komplexiteten afspejler sig i et spænd af diagnostiske strategier, som går fra afventende tilgange og de praktiserende lægers egne diagnostiske tiltag, til dialog med udredningsenheder og henvisning til MAS-forløb eller organspecifikke pakkeforløb. Ligeledes fremgår det af analysen, at patienter kommer ad flere forskelligartede diagnostiske veje til MAS på baggrund af de diagnostiske beslutninger, der træffes i en klinisk praksis. Alle de interviewede læger i denne undersøgelse kender og bruger MAS, men der fremgår i interviewene en betydelig variation i, hvor ofte lægerne anslår at bruge MAS. Kapitlets analyse peger overordnet på, at de diagnostiske beslutninger, som træffes i almen praksis og medvirker til at forme patientens diagnostiske vej, kan henføres til to typer af rationaler. Det ene rationale vedrører lægens vurdering af patienten, det andet rationale vedrører tilgængeligheden af diagnostiske undersøgelser på det specialiserede niveau.

Når det kommer til rationalerne i lægens vurdering af patienten, beskrives en balancegang mellem ikke at overse eller forsinke udredningen af alvorlig sygdom og ikke at udsætte patienterne unødigt for det besvær samt ulemper og bekymringer, der kan knytte sig til at gennemgå et MAS-pakkeforløb. Mistanke om alvorlig sygdom baserer sig typisk på både vurdering af symptomer, kendskabet til patienten og en ikke-definerbar fornemmelse. Desuden peges på,

at de praktiserende lægers forskellige grader af professionel erfaring kan influere på, hvor barren for en henvisning går og dermed tilbøjeligheden til at bruge MAS.

Det andet rationale knytter sig til oplevet tilgængelighed af diagnostiske muligheder og fremgår som en pragmatisk tilgang, hvor de praktiserende læge benytter de diagnostiske muligheder, som der pr. erfaring er hurtigst og lettest adgang til. Lange ventetider på diagnostiske undersøgelser, afviste henvisninger og uflexibel dialog med udredningsenheder er iblandt de parametre, som kan påvirke den praktiserende læges tilbøjelighed til at vælge et MAS-forløb eller gøre brug af andre muligheder såsom organspecifikke pakkeforløb.

Hvad angår muligheden for direkte adgang til diagnostiske undersøgelser (udvidet adgang) til fx røntgen, ultralyd, CT, varierer mulighederne og særligt ventetiderne betydeligt. Behovet/mulighederne i almen praksis for at udelukke alvorlig sygdom er dermed langt fra understøttet lige godt på tværs af regioner og lokalområder. Det samme fund gøres i VIVEs tidligere undersøgelse (8), hvilket peger på, at der ikke er sket en særlig udvikling på dette område.

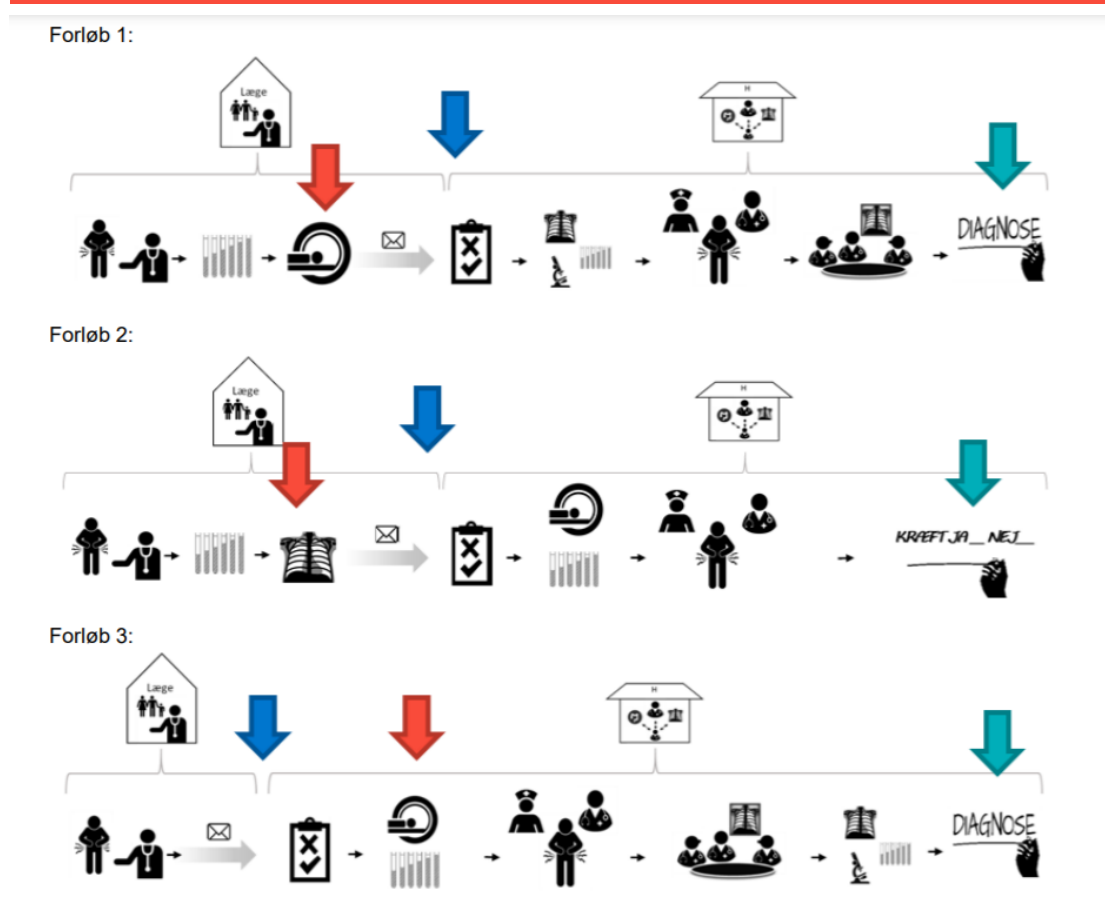
4 Fordele og ulemper ved forskellige organiseringer af pakkeforløbene

Foregående kapitel belyste strategier, præferencer og handlemuligheder i almen praksis i udredningerne af vage eller uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom. Dette kapitel vedrører kun det andet ben i den danske kræftudredningsstrategi. Blikket vendes således mod de forskellige lokale organiseringer omkring MAS-pakken, som er kortlagt i tidligere studier (8), og med fokus på, hvilke fordele og ulemper interviewpersonerne i denne undersøgelse ser ved disse.

Kapitlet er struktureret i tre afsnit med fokus på forskellige variationer af MAS-forløbene. Den første variation går på, om de indledende diagnostiske undersøgelser, som går forud for et evt. MAS-forløb, varetages i almen praksis og fungerer som et henvisningskrav, eller om det varetages i udredningsenheden. Den anden variation vedrører udredningsenhedernes opgaveforståelse i udredningen af patienter, der henvises til MAS – om der er fokus på at be- eller afkræfte kræft, eller på at stille en (tentativ) diagnose. Den tredje type variation går på udredningsenhedernes faglige bemanding.

For et indledende overblik har vi i figur 4.1 gengivet en illustration af førnævnte forskelle i MAS-forløbenes lokale udmøntning, som er kortlagt i VIVEs tidligere undersøgelse (8). Figuren illustrerer tre forskellige MAS-forløb. I kapitlets to første afsnit er det først områderne omkring de blå og dernæst de grønne pile i figuren, som er i fokus. De blå pile markerer, hvornår ansvarsoverdragelse fra almen praksis til udredningsenhederne sker, og de grønne pile markerer afslutningen på MAS-forløbet. De sorte symboler illustrerer indholdet i forløbene, herunder forskellige diagnostiske undersøgelser (blodprøver, røntgen, CT) og aktiviteter (konsultation, henvisning, MDT). Det væsentlige at bemærke er, at der er forskel på a) hvor meget diagnostik der varetages i almen praksis før ansvarsoverdragelse sker (blå pile), og b) hvordan forløbene afsluttes (grøn pil).

Figur 4.1 Eksempler på forskelle i organiseringen af MAS-forløb kortlagt i (8)



Note: Figuren illustrerer tre forskellige MAS-forløb. De blå pile bryder linjen og illustrerer ansvarsoverdragelsen fra almen praksis til udredningsenhed. De røde pile peger på den første type scanning, der foretages (röntgen/CT). De grønne pile markerer, om forløbene afsluttes med en diagnose eller med at be-/afkræfte kræft. De sorte symboler i de tre forløb afspejler tilsammen processen fra henvisning fra almen praksis, diagnostiske undersøgelser og aktiviteter, og afslutning af forløbet.

Kilde: Amalie Martinus Hauge i (8)

4.1 Placering af filterfunktion

I interviewene spurgte vi ind til informanternes vurdering af fordele og ulemper ved de ovenfor skitserede variationer. De følgende afsnit fokuserer på den indledende diagnostik, og hvornår ansvarsoverdragelsen fra almen praksis til hospital sker. Analysen præsenterer informanternes vurderinger af fordele og ulemper ved, at den filterfunktion, som sker i den indledende diagnostiske fase, ligger i almen praksis versus i hospitalsregi.

4.1.1 Fordele ved en filterfunktion i almen praksis

De fleste informanter fra både almen praksis og udredningsenhederne så en fordel i, at filterfunktion med blodprøve og CT-scanning ligger fast i almen praksis, inden der henvises til MAS. De nævnte fordele er, at en stor del af patienterne herved hurtigere kommer de rigtige steder hen, frem for at henvisning til MAS bliver en omvej til en anden udredningsvej, fx organspecifikke pakkeforløb. Det kom bl.a. til udtryk sådan fra overlæger i hospitalsregi:

Der er ingen tvivl om, at hvis du har lavet de undersøgelser [CT, red.], så undgår du nogle diagnostiske pakkeforløb, som kan konverteres til organspecifikke pakkeforløb. Og så sparer du noget tid for patienten og gør forløbet lidt kortere. Det er de primære fordele. (Læge, Udredningsenhed O)

Jeg tænker, at den ligger godt ved almen praksis, da det er så uspecifikt. Så man kan få skilt fårene fra bukkene. Men også hvis patienten har en stor lungetumor, så er det jo spild af tid, at de kommer ind omkring os først. (Forløbskoordinator, Udredningsenhed N)

De ovennævnte fordele stod tydeligt for en af udredningsenhederne, som for nyligt havde ændret praksis på området. Lægerne i udredningsenheden beskrev, at de tidligere "var ved at drukne i henvisninger", fordi de ikke håndhævede krav om, at de praktiserende læger skulle bestille MAS-blodprøvepakke og CT samt forholde sig til prøvesvarene, før evt. henvisning til MAS. Denne udredningsenhed havde derfor samarbejdet med en praksiskonsulent om at få praksislægerne i området til både at bestille og vurdere svar på den indledende diagnostik. Herefter var oplevelsen, at væsentligt flere patienter blev filtreret fra i almen praksis.

Også blandt de praktiserende læger i denne undersøgelse blev de nævnte fordele ved en filterfunktion i almen praksis fremhævet. Desuden fremgår det på tværs af interviewene, at det ofte er i patientens interesse at modtage svar på CT-scanningen fra egen læge, frem for ved en udredningsenhed, på grund af lægens kendskab til patienten. Derudover vurderes det, at der fagligt set ikke er noget vundet i, at det er læger i udredningsenheden, som vurderer CT-scanningen:

...det bedste for patientens forløb, det er da, at patienten bliver afklaret – så længe det er fornuftig og rimeligt – ved den læge, som kender patienten bedst. Det er egen læge. Men om det er egen læge, der forholder sig til CT-TAB'en⁶, eller om det er en læge inde på sygehuset, det håber og tror jeg har det samme resultat. Og derfor bliver den faglige konsekvens af forløbet forhåbentlige ikke anderledes. (Læge, Udredningsenhed D)

⁶ CT-TAB: CT af thorax, abdomen og lille bækken

Ovennævnte udsagn vedrører vurderingen af CT. Et andet spørgsmål vedrører den faglige kompetence i forhold til at træffe beslutning om CT, herunder om denne kompetence varierer betydeligt imellem almen praksis og udredningsenheder, og i givet fald kunne influere forbruget af CT-scanninger. Denne hypotese kan hverken be- eller afkræftes i denne undersøgelse, men læger i både almen praksis og udredningsenheder talte imod hypotesen⁷:

Min erfaring er, at læger i sekundær sektor, de indsnævrer ikke nødvendigvis diagnostikken. Så hvis jeg skriver til kollegerne inde på sygehuset, at denne her patient er jeg bekymret for kunne være alvorlig syg, og blodprøverne ikke har givet svaret, så har jeg endnu ikke oplevet, at de ikke har bestilt præcis den samme scanning som jeg selv. (Praktiserende læge, PKO C)

Denne vurdering resonerede med informanterne i udredningsenhederne, hvilket bl.a. kom til udtryk sådan:

Det er ikke sådan, at vi sidder med en særlig ekspertise til at afgøre, om folk skal have lavet den ene eller den anden undersøgelse. Så jeg tror ikke, at der vil ske noget særligt overhenvsningsmønster. Det kan man selvfølgelig ikke vide, men jeg er ikke særlig bekymret for det. Røntgenafdelingerne døde jo heller ikke, da lægerne kunne begynde at henvise til ultralydsscanninger, og jeg tror heller ikke, at de vil dø af, at almen praksis kan begynde at henvise til CT. Det kan jeg slet ikke forestille mig. (Læge, Udredningsenhed I)

4.1.2 Præferencer for, at filterfunktion varetages af udredningsenhed

I interviewene fremstod enkelte undtagelser fra den brede konsensus om fordelene ved en filterfunktion placeret i almen praksis som beskrevet i det foregående afsnit.

Enkelte af de interviewede praktiserende læger udtrykte en præference for, at filterfunktionen ikke lå hos dem, da det kunne aflaste deres praksis, som var hårdt tidspresset. Bortset fra dette hensyn til tidspres i egen praksis, så de det ikke som en generel fordel for patienten eller sundhedssystemet, at filterfunktion ligger i udredningsenhederne. I to udredningsenheder blev knappe ressourcer i almen praksis dog også knyttet til en præference for, at filterfunktionen varetages i udredningsenheden, bl.a. for at undgå at den indledende diagnostik til MAS bliver en henvisningsbarriere for almen praksis. Der var dog kun én af disse udredningsenheder, der varetog filterfunktionen som fast procedure. Denne enhed havde en klar præference for først at se patienten til en samtale og dernæst skræddersy en indledende diagnostik til MAS. Lægerne begrundede denne praksis i flere elementer, bl.a. deres patientpopulation:

...vi har et storbyklientel, hvor folk gerne vil have en forklaring på alt, der rager uden for det normale. Vi frygter, at der er en meget stor psykogen overbygning i en lille procentdel af vores patienter. Vi er glade for at kunne sige, vi afslutter dem, før vi har en forklaring, men når vi har udelukket, at det er noget alvorligt. Ellers forudser vi nogle meget lange forløb med nogle patienter, der alligevel ikke ville blive glade for at få at vide, at de fejlede noget. Så det er en win-win situation. (Læge, Udredningsenhed R)

⁷ Informanternes udsagn er alene vurderinger, som dog umiddelbart understøttes af et metastudie af effekten af praksislægers direkte adgang til kræftdiagnostik, som ikke viste signifikante tegn på overhenvsning og -forbrug (24).

Citatet afspejler desuden, at lægerne i denne udredningsenhed så det som deres kerneopgave at be-/afkræfte kræft – ikke at diagnosticere patienten ud over en evt. kræftdiagnose. De ”meget lange forløb”, som overlægen forudså ville opstå, hvis udredningsenheden ikke fungerede sådan, blev relateret til lange ventetider i almen praksis. Ventetider, som ville trække den indledende diagnostiske fase til MAS i langdrag, hvis den skulle varetages i almen praksis:

Hvis jeg var patient, ville jeg også til enhver tid foretrække at komme på et hospital i stedet for, at min egen læge skulle igennem det her lange forløb, hvor man jo nærmest ikke kan få en tid ved egen læge. Så går der lang tid, før egen læge får beskrivelsen fra CT, får tid til at kigge på den, tager hånd om den, så skal man ind igen, og så skal man videre til nogle andre undersøgelser. Jeg tror, at det her patient-set er meget mere optimalt. (Læge, Udredningsenhed R)

Derudover pegede lægerne på, at de minimerer risiko for udeblivelser fra undersøgelser, når de selv varetager den indledende diagnostiske fase til MAS-forløbene:

Jeg tænker, vi undgår en masse undersøgelser, som folk ikke kommer til, fordi vi har dem inde først og kan snakke med dem og hjælpe dem med at komme til de undersøgelser, der er relevant for dem. Vi har ikke mange, der udebliver fra undersøgelserne. (Læge, Udredningsenhed R)

Det kan bemærkes, at ovennævnte præferencer for, at den indledende diagnostik til MAS varetages i udredningsenhed, i høj grad var begrundet i et hensyn til lokalspecifikke forhold i patientpopulationen og ventetider i almen praksis snarere end en principiel stillingtagen til, hvor filterfunktion bør ligge. Vi har ikke i denne undersøgelse haft mulighed for at sammenligne hverken patientpopulation eller ventetider i almen praksis fra de medvirkende udredningsenheders optageområder.

4.2 Variationer på, hvor langt udredningsenhederne går i diagnostikken

VIVEs tidligere analyse af MAS-forløbene har vist forskel på, hvor langt udredningsenhederne går i udredningen af patienten i de tilfælde, hvor kræft afkræftes (se Figur 4.1). Dette afsnit præsenterer informanternes vurdering af, hvad der er vundet eller tabt ved, at udredningsenheder arbejder med en bred udredning, som for så vidt muligt fortsættes hen imod en evt. diagnose, frem for at udredningsenheder arbejder med et mere snævert fokus på at be- eller afkræfte en mistanke om kræft, og evt. viderehenvise til et organspecifikt kræftpakkeforløb. Analysen ser også på, hvilke forudsætninger en bred udredning har i forhold til kapacitetsudnyttelse og organisatorisk indlejring på hospitalerne, samt hvilke udfordringer der kan være forbundet med en bred udredning internt på hospitalet.

Indledningsvist er det væsentligt at præcisere forskellen mellem: a) udredningsenhedernes arbejde med at be- eller afkræfte kræft i MAS-forløbene og b) det tredje ben i den danske kræftudredningsstrategi, som skal give alment praktiserende læger direkte adgang til specialiseret diagnostik med henblik på at udelukke alvorlig sygdom. Disse to elementer kan let forveksles, da de begge indbefatter en funktion i at be- eller afkræfte alvorlig sygdom – en såkaldt ja/nej-undersøgelse. Men der er en væsentlig, principiel forskel: Når ja/nej-undersøgelsen sker i et MAS-forløb, er det på baggrund af uspecifikke symptomer, der giver en mistanke om alvorlig

sygdom, som den alment praktiserende læge ikke selv kan komme nærmere i udredningen af - derfor overdrages ansvaret til udredningsenheden. Når ja/nej-undersøgelsen sker i det tredje ben, så er det *ikke* på baggrund af mistænkelige symptomer men vage symptomer, hvor den alment praktiserende læge har behov for at udelukke alvorlig sygdom – her ligger ansvaret for udredningen fortsat i almen praksis. Som også beskrevet indledningsvist i rapporten er dette to forskellige situationer – udredningen af de uspecifikke og udredningen af de vage symptomer – men jf. forskningen på området er begge situationer vigtige, da der findes omtrent 20 % og 30 % af kræfttilfældene på disse to måder (2-4). Når vi i dette afsnit kommer ind på udredningsenhedernes arbejde med at be-/afkræfte kræft, er det altså i kontekst af MAS-forløbene, som er tiltænkt patienter med de uspecifikke symptomer.

Når vi i det følgende bruger betegnelsen 'bred udredning' er det i den betydning, at man i udredningsenhederne i alle tilfælde arbejder hen imod en tentativ diagnose eller en helt færdigudredt patient for de patienter, der henvises til MAS-pakkeforløbet.

4.2.1 Hvad der er vundet ved en bred udredning i udredningsenhederne

Der var én af de medvirkende udredningsenheder, som havde lokalspecifikke begrundelser for at fokusere MAS-forløbene på ja/nej-undersøgelser, og evt. videre henvisning til et organspecifikt kræftpakkeforløb. Men der blev hverken i dette eller de øvrige interviews nævnt generelle fordele for patienter eller sundhedssystemet, ved at MAS-forløbet er implementeret på denne måde. Det følgende udfolder derfor udelukkende gevinster og nødvendigheder ved, at udredningsenhederne arbejder med en bred udredning for patienter henvist til MAS-forløbene.

Den brede udredning er et behov for sundhedssystemet og patienterne

Selve funktionen i at be-/afkræfte kræft er værdifuld og kan i nogle tilfælde være tilstrækkelig og værdifuld i forhold til at berolige patienten, fortæller de praktiserende læger i denne undersøgelse. Det blev bl.a. beskrevet sådan:

Hvis malignitet er udelukket, så er det jo også på sin vis en afklaring. Det oplever jeg også fra patienternes synspunkt; at få afklaret, at det ikke er malignt, er en afklaring og kilde til ro i sig selv. Jeg synes egentlig, at jeg langt oftest har med afklarede, rolige patienter at gøre bagefter. (Praktiserende læge, APL-enkelt 1)

Men det fremgår også af interviewene, at denne funktion ikke i sig selv understøtter behovet i almen praksis for at overtage udredningen af patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, når den alment praktiserende læge ikke selv kan komme længere. Det kom bl.a. til udtryk på denne måde, hvor den praktiserende læge peger på en udfordring, hvis patienter sendes retur, men stadig har de samme symptomer, som de blev henvist med:

I en del tilfælde er det passende [at patienter sendes retur med besked om at alvorlig sygdom er afkræftet, red.], men jeg kan også huske tilfælde, hvor det ikke var. Hvor de var oplagt syge, og vi som praksislæger ikke kunne videreudrede dem. Der er ikke et alment ambulatorie i [vores hospital, red.]; det skal være organspecifikt. (Praktiserende læge, APL-gruppe B)

Med citatet peger lægen på et setup, hvor der i hospitalet ikke er en ramme for at udrede patienter, som er oplagt syge, og som ikke kan udredes i almen praksis. Dette indikerer, at hvis

ikke udredningsenhederne varetager en bred udredning, er der et væsentligt udredningsmæssigt behov, som ikke imødekommes. En læge fra en udredningsenhed i et andet område peger ligeledes på, at det "hører sig til", at de i deres enhed varetager en bred udredning med fokus på færdigudredning, "for ellers er der ingen andre, som gør det" (Læge, udredningsenhed O). Det er dog ikke nødvendigvis sådan, at almen praksis står med oplagt syge patienter, som de ikke kan udrede, hvis ikke lige netop udredningsenhederne prioriterer den brede udredning. Dette vil afhænge af, hvilke øvrige henvisningsmuligheder udover MAS der lokalt er oprettet for de alment praktiserende læger. En af de interviewede praktiserende læger, som har praksis i et område, hvor den tilhørende udredningsenhed ikke prioriterer den brede udredning, fortalte, at der i optageområdet findes en klinik for bred medicinsk udredning, som praksislæger kan henvise til. Lægen beskrev dette system som velfungerende, men at et gennemført MAS-forløb også ofte var et henvisningskrav til denne bredere udredningsklinik.

Uagtet hvor den brede udredning konkret foregår, peger både udredningsenhederne og de praktiserende læger på væsentlige fordele for både patienter og praktiserende læger, og for sundhedssystemet generelt ved at patienter med uspecifikke symptomer kan færdigudredes på et specialiseret niveau. Det blev bl.a. udlagt sådan:

Jeg synes, at det er rigtig godt for patienten, at de ikke bliver sluppet, før nogle siger "nu varetager jeg din behandling". Eller "du er grundigt udredt, nu kan du komme tilbage til egen læge". Og jeg tænker, at det på sigt bedst kan betale sig. Nogle af patienterne har jo været i systemet i mange år, og belaster almen praksis en del. Så det, at de bliver gennemudredt, må give noget luft et andet sted på den lange bane. (Forløbskoordinator, Udredningsenhed N)

Foruden hensynet til patienten kom flere af lægerne fra udredningsenhederne også ind på, at det ville være svært foreneligt med deres faglige værdier, hvis MAS-forløb implementeres med et snævert fokus på at be-/afkræfte alvorlig sygdom. Det kom bl.a. til udtryk sådan:

Jeg vil ikke kunne fungere med det. Det vil ligge så langt fra den måde, jeg tænker min virksomhed på, så det kan jeg slet ikke. Det svarer til at få en døds syg patient indlagt, som ikke har Covid, og så kan de sendes hjem igen. Der er da en forklaring på det, og den må man så finde. (Læge, Udredningsenhed O)

Jeg føler, at det er rigtig ærgerligt, hvis man skal se det fra patientens side, at de bliver afsluttet, fordi man ikke har kræft. Fordi patienten er kommet med nogle symptomer, og det er jo altid dejligt at få at vide, at man ikke har kræft. Men problemet er, og hvad så? Så jeg må indrømme, at jeg har det betydeligt bedre med at stadigvæk søge en forklaring, så langt man kan komme. Men det bliver for fabriksagtigt det andet, synes jeg. Når man ikke er gul, så hører det til på en anden fabrik. Sådan synes jeg ikke, at man skal behandle patienter. (Læge, Udredningsenhed U)

Den brede udredning sikrer, at patienter ikke oplever usammenhængende forløb

En anden fordel ved den brede udredning, som blev nævnt i interviewene, er, at det modvirker usammenhængende forløb for patienten. En alment praktiserende læge forklarede, at hvis udredningsenheder fokuserer på at be-/afkræfte kræft, så kan det føre til u hensigtsmæssige strategier, hvor den praktiserende læge forsøger at "få patienten ind et sted" på det specialiserede niveau. Dette blev beskrevet i kontekst af en udredningsenhed, som var blevet udredningsmæssigt bredere orienteret:

For 5-7 år siden, der fungerede det [udredningsenheden, red.] meget som "kræft ja/nej", og det blev lidt en prop, hvor patienter gik i stå, hvis det ikke var kræft. Nu er de blevet bredere i deres funktion i dag, er min oplevelse, og det er super godt. De kan jo ikke komme til de organspecifikke, før vi har noget konkret. Jeg synes ikke, det giver mening at lade patienter cykle rundt i systemet og bare blindt afprøve diverse pakker. (Praktiserende læge, PKO G)

Ud over risikoen ved, at den praktiserende læge begynder "blindt at prøve diverse pakker", som det beskrives i citatet ovenfor, peger læger fra flere udredningsenheder på, at patienten kan risikere at blive "kastebold" internt på hospitalet mellem de specialiserede afdelinger, hvis ikke udredningsenhederne varetager en bred udredning.

Den brede udredning understøtter lige udredningsmuligheder

Nogle peger på, at den brede udredning er et væsentligt element for at skabe lige udredningsmuligheder for patienter med symptomer på alvorlig sygdom, hvoraf det for én subgruppe viser sig at være kræft, mens det for en anden subgruppe kan være en anden alvorlig sygdom. Desuden peger informanter på, at det skaber en ulig understøttelse af almen praksis rundt om i landet, hvis ikke alle udredningsenheder arbejder med en bred udredning. Hvorvidt udredningsmulighederne for patienter med uspecifikke symptomer er ulige, kan dog ikke nødvendigvis afgøres ved alene at sammenligne udredningsenhederne. Som beskrevet tidligere i afsnit 4.2.1, er der i en udredningsenheds planområde mulighed for, at almen praksis kan henvise patienter til en bred medicinsk udredningsklinik, når patienter returneres til almen praksis fra et MAS-forløb med en afkræftet mistanke om kræft. Det kan derfor afhænge af lokale aftaler og organiseringer, hvad udredningsmulighederne helt konkret er, når patienter får afkræftet mistanken om kræft, og patienten ikke passer oplagt i et speciale, men der fortsat er behov for udredning på et specialiseret niveau.

4.2.2 Implementeringer og organisatoriske udfordringer ved den brede udredning

I VIVEs tidligere undersøgelse af MAS-forløbene fremgår det, at de udredningsenheder, som arbejder med en bred udredning, gør dette ved at sluse patienter ud i et alternativt 'spor 2', når kræftmistanke er afkræftet i et MAS-forløb, men fortsat udredning findes relevant (8). Dette er således den måde, hvorpå udredningsenhederne konkret griber det an, altså at færdigudrede patienter henvist til et MAS-forløb.

Implementeringer af den brede udredning via en 'spor 2'-model

I denne undersøgelse finder vi, at de fleste udredningsenheder opererer med en 'spor 2'-model, der understøtter en bred udredning af patienter henvist til MAS-forløbet. Kun 4 ud af 18 af de udredningsenheder, som er repræsenteret i denne undersøgelse, ser det som deres primære opgave at be- eller afkræfte en mistanke om kræft for disse patienter. I blandt disse er der desuden en enkelt, som, når man ser nærmere, ligner de enheder, der arbejder med en spor 2-model. Informanterne i denne enhed peger på, at deres fokus på at be- eller afkræfte kræft skal ses i lyset af, at de har nem adgang til at sluse patienter, hvor mistanken om kræft er tilbagevist, over i et forløb i medicinsk daghospital, hvor der er delvist overlappende bemanding, samme organisatoriske tilknytning og fælles fysisk placering.

Også i flere af de andre udredningsenheder, som arbejder med en bred udredning via en 'spor 2'-model fremgår det, at udredningsenhedernes mulighed for denne model bl.a. afhænger af

deres organisatoriske indlejring på hospitalerne, og dermed, hvor let adgang de har til at omfordele eller trække på kapacitet til opgaven, fx fra tilstødende ambulatorier. Derudover pointerer en af informanterne, at det har betydning, om der fra øverste ledelseslag er opbakning til, at udredningen prioriterer en bred udredning af patienter henvist til MAS, som ender i en tentativ eller færdig diagnose.

Det fremgik af interviewene, at der kan være forskellige meget lokalspecifikke veje til, at udredningsenhederne får mulighed for at prioritere den brede udredning. I en udredningsenhed var det en nylig fusion med en tilstødende medicinsk klinik, som gav denne mulighed:

Jeg så fordele [ved fusionen, red.], da vi historisk set har haft mange, der var blevet afsluttet, hvor vi har ønsket, at der måske var sket lidt mere. Og derfor har jeg haft det ønske, så vi kunne fortsætte udredning på patienter, der ikke lige hørte til i et speciale. (Læge, Udredningsenhed E)

I et interview med en anden udredningsenhed forklarede informanterne, at enheden havde rolle som en form for akutambulatorium, hvilket gav kapacitet til at se nogle af de patienter, der ikke passer ind i et specifikt speciale:

Der er en masse kapacitet i det her, fordi det i virkeligheden er et akutambulatorium. Patienterne skal ind med dags varsel, hvis vi kan rumme det, og derfor vil der være noget buffer-kapacitet [...] derfor har vi netop også nogle ressourcer til at følge patienter til dørs. (Læge, Udredningsenhed D)

De konkrete modeller for, hvordan den brede udredning udføres i et spor 2, kan således variere. Nogle steder sluses patienter over i et medicinsk ambulatorie, der ofte er i tæt organisatorisk tilknytning til udredningsenheden og derfor også ofte har delvist overlappende bemanning. Andre steder er der tale om en rent administrativ ændring, så patienten i praksis fortsætter i det samme forløb, der blot er omkodet til en anden forløbstype.

Udfordringer med ukvalificerede henvisninger internt på hospital

Hvad angår bredden af indgangen til udredningsenhederne, problematiserede nogle informanter, at det internt på hospitalet kan være en udfordring, at andre afdelinger henviser til udredningsenheden på uhensigtsmæssige måder. Det blev beskrevet, at en del internt henviste patienter lige såvel kunne have fortsat i den henvisende afdeling, eller at der ikke altid er en specifik faglig begrundelse for det, når fx patienter henvises fra akutafdelinger. En informant sagde eksempelvis:

Hvis man henviser en patient kl. 3 om natten til et diagnostisk pakkeforløb, efter man har set dem i en halv time, så er der altså et problem. Det har jeg taget op med lederne i akutafdelingerne, det vil jeg ganske enkelt ikke have. I må gerne sende den [patienten, red.], men det kræver, at I har lavet en konsensus konferencebeslutning dagen efter. Det skal ikke bruges til at sende patienten hjem med. Det er et problem. (Læge, Udredningsenhed O)

Udfordringen med ukvalificerede henvisninger intern på hospitalet blev beskrevet af flere, men samtidigt udtrykker størstedelen af lægerne i udredningsenhederne dog, at henviste patienter fra akutafdelingen og andre afdelinger oftest er velbegrundede og relevante. Hvad angår pati-

enter fra akutafdelinger nævnes dette af flere udredningsenheder også som en relevant indgang for patienter med uspecifikke symptomer, idet nogle heraf "går under radaren, fordi de aldrig henvender sig i almen praksis og derfor opdages tilfældigt ved en akut indlæggelse.

4.3 Udredningsenhedernes bemanning

VIVEs tidligere studie af MAS-forløbene har vist en variation i forhold til, hvilke specialer udredningsenhederne er bemanded med, og hvordan enhederne er organisatorisk placeret på hospitalerne (8). Interviewene foretaget til denne undersøgelse bekræfter dette billede, og desuden beskriver flere af interviewpersonerne fra udredningsenhederne, at der ikke har været aktiv stillingtagen til den bedste faglige bemanning eller organisatoriske placering af enhederne, da enhederne blev oprettet. Placering og bemanning af enhederne har nærmere været afgjort af organisatorisk historik, og "hvem der lige ville gribe opgaven", som en overlæge fra en udredningsenhed formulerede det. Der blev desuden præsenteret forskellige syn på betydningen af denne variation, herunder hvor og af hvem MAS- og MUP-forløb bedst varetages. Blandt informanter fra udredningsenhederne er der en klar tendens til, at de fremhævede deres egen faglighed som den mest relevante – dog tegner der sig også nogle enslydende vurderinger på tværs af interviewene.

Lægefaglig bemanning: brede specialer eller subspecialisering

Den lægefaglige bemanning på udredningsenhederne hænger naturligt sammen med den organisatoriske placering af enhederne og kan i grove træk inddeles i tre kategorier: bemanning af speciallæger i almen medicin, bemanning af speciallæger med en bred speciallægeuddannelse i intern medicin og speciallæger i medicinske subspecialer (fx hæmatologi, endokrinologi, infektionsmedicin og reumatologi).

Nogle informanter argumenterede for, at det er fordelagtigt, at især MAS-forløb varetages af speciallæger i ikke-organspecifikke specialer, såsom reumatologi og infektionsmedicin, da deres patienter ofte er kendetegnet ved uspecifikke symptomer, og de derfor er vant til udredning af patienter med et uspecifikt symptombillede. Andre argumenterede for, at bred intern medicinsk specialisering er det oplagte valg til bemanningen af udredningsenhederne, fordi de netop har den brede indsigt i mange typer af sygdomme.

Det, der er ønskeværdigt, er, at den lægelige ekspertise er lidt bred inden for det udredningsmæssige felt. (Læge, Udredningsenhed B)

Argumenterne for speciallæger i almen medicin var enslydende med argumenter for speciallæger i internt medicin, dog med den tilføjelse, at deres fordel kan være, at de har et større kendskab til arbejdsgange og diagnostiske muligheder i almen praksis. Desuden blev der argumenteret for, at det på mindre hospitaler, hvor det er svært at tiltrække speciallæger i intern medicin, kan være det bedst mulige alternativ.

Den konkrete bemanning på udredningsenhederne hænger naturligvis sammen med deres organisatoriske placering. Nogle udredningsenheder – typisk på de mindre hospitaler – indgår som underafsnit af en bred intern medicinsk afdeling og er dermed enten bemanded af læger med forskellige subspecialer eller med daglige sparringsmuligheder (fx på daglige lægekonerferencer) fra læger med andre subspecialer som faglig baggrund end det lægen, der bemander udredningsenheden, har. På de større hospitaler, hvor de medicinske specialer er organisatorisk opdelt i selvstændige afdelinger/afsnit, har man valgt forskellige løsninger på placeringen

og dermed bemandingen af udredningsenhederne. På nogle af de større hospitaler er udredningsenheden placeret som underafsnit til en medicinsk specialafdeling, og dermed er der andre betingelser for sparring med kolleger med andre specialkompetencer. VIVEs tidligere undersøgelse peger på, at den faglige bemanding har betydning for, hvilke valg der træffes i den diagnostiske proces, fordi subspecialisering præger, hvilke typer af undersøgelser og sygdomme man har blik for (8). Dette har vi ikke belæg for hverken at be- eller afkræfte på baggrund af denne undersøgelse, men en af de interviewede overlæger tilføjede dog den nuance, at den måde, udredningsenhederne aktuelt er bemandet på, formentlig ikke har betydning for diagnosticeringen af evt. kræftsygdomme.

Når jeg ser opgørelser fra mine kollegaer (...), så er det helt oplagt, at der er en slagside på, hvis det er en reumatolog, der har siddet der, så er der en overvægt af gigttilfælde. Ligeså vel som, at jeg måske finder nogle flere med stofskifteproblem. Men det er mere i forhold til, hvilken diagnose de så kommer ud derfra med, hvis det ikke har vist sig at være kræft. Og der tror jeg stadigvæk på, at langt de fleste steder varetages det af intern medicinere, som har en relativt god basis. Eller hvert fald dem, som er blevet udpeget til at varetage det her. Om man så finder en anden diagnose, det er en anden sag. (Læge, Udredningsenhed D)

Der, hvor der kan opstå variation ifølge denne overlæge, er altså i de tilfælde, hvor der ikke kan konstateres kræft, og hvor lægens faglighed kan få betydning for, hvilke sygdomme den pågældende læge mistænker og enten igangsætter eller anbefaler yderligere udredning af. Dette synspunkt blev bekræftet af andre læger, som anerkendte, at der til specialerne knytter sig nogle diagnostiske præferencer (fx hvilke blodprøver man vælger at tage), men at de ender med den samme viden om patienten til sidst. I modsætning hertil havde en udredningsenhed indført specifikke standarder for både visitation, videre udredning af patienter henvist til MAS samt intern diskussion af tvivlstilfælde for at sikre ensartethed på tværs af udredningsenhedens læger.

Kontinuitet og dedikation til opgaven

Interviewpersonernes overvejelser omkring bemanding af udredningsenhederne var ikke kun orienteret efter specialet. Der skal også tages højde for, at dem, som bemander udredningsenhederne, er dedikeret til opgaven og har en faglig interesse i udredning som primær arbejdsopgave.

Jeg mener stadigvæk, at det er vigtigt, at det er nogle relativt dedikerede læger til præcis den her opgave. Og det også er nogle, som prioriterer det, og det ikke er forskellige læger fra forskellige afsnit. Hvor man har det sådan lidt "Hvem tager så den tjans i dag?". Det skal være tydeligt defineret, hvem det er, det kommer fra. (Læge, Udredningsenhed D)

I nogle interviews fremgik der beskrivelser af, hvordan opgaven med etablering og drift af en udredningsenhed blev modtaget som en "skal-opgave", der kom oveni kerneopgaven, frem for at være drevet af en faglig interesse. Her havde der i nogle tilfælde været behov for en omstrukturering bl.a. for at sikre den nødvendige dedikation til opgaven. Typisk var udredningsenheden bemandet af en eller flere faste læger, men i en enkelt enhed har man valgt en organisering, hvor læger fra forskellige afdelinger bemander udredningsenheden på skift i en måned ad gangen. Denne struktur for arbejdsdelingen havde man valgt netop for at sikre, at de

enkelte læger ikke mistede motivationen for det diagnostiske arbejde, og de anså det som en vigtig grund til, at mange af de samme læger havde været tilknyttet siden enhedens etablering.

Desuden lagde flere af de interviewede vægt på, at udredningsenhederne bør have et fast personale bl.a. for at sikre ensartethed og kontinuitet i forløbene samt et personale med et bredt organisatorisk overblik og indgående kendskab til andre diagnostiske muligheder. Herunder både et overblik over de organspecifikke kræftpakker, men også andre relevante specialer og afdelinger, når mistanke om kræft er afkræftet, men symptomer kalder på fortsat udredning på et specialiseret niveau.

Endelig fremgik det også fra praktiserende lægers perspektiv, at kontinuitet i personalet er en væsentlig faktor for det løbende samarbejde med udredningsenhederne. En praktiserende læge havde oplevet en velfungerende udredningsenhed blive ramt på bemanning, hvilket gjorde de ellers gode erfaringer med samarbejdet mere varierende:

Vi havde jo fantastisk forhold førhen, det var vi rigtig glade for. Gode råd, god sparring, tager selvfølgelig imod patienter. Nu er der også en gang i mellem en god læge, der sidder derovre, men det er jo ikke fast. Det er ikke altid, der er en læge derovre. Det er et bestemt tidspunkt. Førhen var det en meget bredt orienteret læge, nu kan det jo være hvilket som helst speciale, de har ikke den samme brede tilgang. (Praktiserende læge, APL-enkelt 1)

Lægen peger her på, hvor væsentlig kontinuitet og kvalitet i bemanningen i udredningsenheden er i hendes perspektiv. Væsentligt her er det også, at de praktiserende lægers tilbøjelighed til at bruge MAS kan influeres af, hvorvidt de oplever gode muligheder for dialog og sparring med enhederne (som beskrevet i afsnit 3.2.2).

4.4 Opsummering

Analysen peger i afsnit 4.1 på, at der er faglige og organisatoriske fordele ved, at filterfunktionen til MAS – dvs. bestilling og vurdering af indledende diagnostik – er placeret i almen praksis. Dog er der enkelte steder i landet bekymring for, om en filterfunktion placeret i almen praksis kan udgøre en barriere for henvisninger til MAS eller føre til forsinkelser i patientforløbet.

Kapitlet har i afsnit 4.2 set på, hvad der ifølge informanterne er vundet eller tabt ved, at udredningsenheder arbejder med en bred udredning af patienter henvist til MAS, som for så vidt muligt fortsættes hen imod en evt. diagnose, frem for at udredningsenheder arbejder med et mere snævert fokus på at be- eller afkræfte en mistanke om kræft, og evt. viderehenvise til et organspecifikt kræftpakkeforløb. Funktionen i at få be-/afkræftet vedrører i denne sammenhæng patienter henvist til MAS-pakken og skal ikke forveksles med ja/nej-undersøgelser, som de alment praktiserende læger selv rekvirerer med henblik på at udelukke kræft for en sikkerheds skyld.

Funktionen i at få be-/afkræftet hos patienter henvist til MAS er i mange tilfælde værdifuld for både patient og alment praktiserende læge, men der knyttes ingen fordele til, at udredningsenhederne generelt har som deres primære fokus at be-/ afkræfte kræft. Derimod ses det som fordelagtigt for patienter og for sundhedssystemet, at udredningsenheder arbejder med en bred diagnostisk tilgang, hvor der i alle tilfælde arbejdes hen imod en tentativ diagnose eller en færdigudredt patient. For det første udfylder denne brede udredning et udredningsmæssigt behov for patienter med uspecifikke symptomer, som den alment praktiserende ikke selv kan

komme videre med. For det andet modvirker den brede udredning usammenhængende patientforløb både imellem almen praksis og hospital og internt på hospitalet. For det tredje ses den brede udredning som noget, der understøtter lighed i udredningsmuligheder.

For at kunne prioritere den brede udredning er det afgørende, at udredningsenhederne er organisatorisk indlejret i hospitalet på en måde, som gør det muligt at omfordele eller trække på kapacitet fra fx tilstødende ambulatorier. Prioriteringen af den brede udredning har således nogle organisatoriske forudsætninger og kræver opbakning fra øvre ledelseslag.

Hvad angår udredningsenhedernes bemanning, peger analysen i afsnit 4.3 på, at et fast og dedikeret personale med interesse for opgaven, samt organisatorisk overblik over relevante specialer og pakkeforløb i en evt. videre udredning, er en væsentlig kilde til at sikre gode udredningsforløb. I forhold til, hvilke specialer enhederne bør bemandes med, er informanternes svar i nogen grad præget af egen faglighed, men peger i klar retning mod speciallæger i (bred) intern medicin, almen medicin eller specialer kendetegnet ved ikke at være organspecifikke (fx reumatologi og infektionsmedicin).

5 Muligheder for forbedring, ensretning og monitorering

Det forrige kapitel belyste, hvilke fordele og ulemper informanterne ser ved de eksisterende modeller for samarbejde om og organisering af MAS-forløbene. Dette kapitel ser fremad, og samler op på informanternes inputs til, hvilke muligheder, barrierer og behov der er for udvikling af såvel MAS-forløbene og de praktiserende lægers udvidede adgang til diagnostiske undersøgelser.

Kapitlet er struktureret i fire afsnit. Det første afsnit vedrører de praktiserende lægers udvidede adgang til diagnostiske undersøgelser og identificerer et generelt behov for at løfte dette område. Det andet afsnit ser på muligheder og barrierer for at forbedre samarbejdet og standardisere overgange imellem almen praksis, udredningsenhed, billediagnostiske afdelinger. Det tredje afsnit præsenterer informanternes syn på en sammenlægning af MAS- og MUP-pakkeforløbene, som aktuelt er til overvejelse ifm. Sundhedsstyrelsens revision af disse pakkeforløb. Det fjerde og sidste afsnit præsenterer informanternes erfaringer med monitorering af forløbstider og deres perspektiver på en fremadrettet monitorering af MAS- og MUP-forløbene, der kan understøtte kvalitetssikring og -udvikling.

5.1 Praktiserende lægers udvidede adgang til diagnostiske undersøgelser

Både denne og VIVEs tidligere undersøgelse har vist, at de praktiserende lægers udvidede adgang til diagnostiske undersøgelser, som skal udgøre det tredje ben i den danske kræftudredningsstrategi, ikke er implementeret fuldt ud. Det peger i retning af, at der ikke er sket nogen særlig udvikling på dette område. Sammenlignet med MAS-forløbene, som er implementeret, blot på forskellige måder, viser denne undersøgelse, at det er meget varieret, hvad de praktiserende læger har direkte adgang til, og især hvor hurtigt. Nogle læger fortæller, at de i kraft af lokale aftaler har hurtig adgang til bestemte undersøgelser, fx røntgen, ultralyd og i enkelte tilfælde CT-scanninger, men en stor del af lægerne beskriver ventetider på 6-8 uger, hvis de vil bestille diagnostiske undersøgelser, som ikke er dele af MAS eller de organspecifikke pakkeforløb. Disse ventetider harmonerer ikke med visionen i ”Jo før, jo bedre”, som skulle udgøre det tredje ben i den danske strategi på området. I denne undersøgelse efterlyser flere af de praktiserende læger således en bedre og hurtigere adgang til diagnostiske undersøgelser.

Bedre adgang til diagnostiske undersøgelser med henblik på udredning af vage symptomer

Efterspørgslen på hurtigere adgang til diagnostiske undersøgelser begrundes både med afsæt i de praktiserende lægers egne praksiserfaringer og præferencer...:

Altså specifikt i vores område oplever vi ikke at få afvist henvisninger til udredningsenhed. Men det, vi mangler mest, ville nok være undersøgelser og min mulighed for diagnostik uden et pakkeforløb. Adgang til hurtig diagnostik. (Praktiserende læge B3)

Jeg tror ikke umiddelbart, jeg synes, at jeg har brug for uvisiteret adgang til CT, men jeg synes, at generel røntgendiagnostik og kort ventetid dertil er vigtigt. Det er jo diagnostisk arbejde. (Praktiserende læge B2)

...og med et bredere perspektiv på sundhedssystemet:

...vi får jo flere og flere patienter skubbet over til os fra sekundærsektoren, hvilket betyder, at vi skal have en god og lige adgang til parakliniske undersøgelser fra sygehusene. Det burde være mere ensartet rundt omkring i landet. Det er ikke godt for os i praksis, at vi står med multisyge patienter, som vi ikke kan komme videre med. Det er essentielt, at vi har nogle redskaber, og at det bliver stillet til rådighed fra det lokale sygehus. Det er et bredt problem. Det gælder både kronikere og kræftpatienter. Men det er på nationalt plan – hos os oplever vi altså ikke de her problemer, som jeg beskriver her. (Praktiserende læge, PKO E)

Der må en ligge en god gevinst at hente ved at gøre parakliniske undersøgelser nemt tilgængelige og hurtigt tilgængelige bredt. Væk med ventetid. Det skal være nemt og barrierefrit. (Praktiserende læger, APL-gruppe B)

Begrundelsen for hurtigere adgang er bl.a. at understøtte den form for diagnostik, som ikke iværksættes på baggrund en særlig mistanke om alvorlig sygdom, men fordi der er vage symptomer, som skaber behov for at udelukke alvorlig sygdom. Det væsentlige er, at der også i denne type diagnostisk praksis gøres ondartede fund, som ikke forinden har været knyttet til hverken observerede symptomer eller nogen særlig mistanke. Det blev bl.a. beskrevet sådan:

Det går galt, når der er forsinkelser på den diagnostiske proces. Der synes jeg, at billeddiagnostik kan være svært, for der er jo nogle ventetider, og der er jo uventede ondartede fund. Fund, som ikke nødvendigvis har givet symptomer. Hvis jeg bare kan få de undersøgelser, jeg pt. har adgang til, inden for rimelig tid, så ville jeg være fint dækket ind. Muligheden for at trykke på CT-tap er god. Det ville være rart at kunne få en CT hurtigere dog. (Praktiserende læger, APL-gruppe B)

Som nævnt i rapportens indledning er det omtrent 30 % af alle kræfttilfælde, som findes ved, at vage symptomer kontrolleres for en sikkerheds skyld. Det er bl.a. derfor, at en nemmere og hurtigere adgang til parakliniske undersøgelser beskrives som "en god gevinst" af en af de praktiserende læger. Det varierer i interviewene, hvilke type undersøgelser som de praktiserende lægerne vægter at have en direkte adgang til (fx røntgen, ultralyd, CT), men fællesnævneren er, at der efterlyses kortere ventetid på undersøgelserne.

Forholdet mellem udvidet adgang og indledende diagnostik til MAS

Som beskrevet i afsnit 3.2.2 medfører lange ventetider på diagnostiske undersøgelser, at de praktiserende læger udnytter den indledende diagnostik til MAS-forløbet eller evt. organspecifikke pakkeforløb som alternativ til udvidet adgang. Dette bekræfter fundene i VIVEs tidligere undersøgelse (8). Det rejser et umiddelbart spørgsmål om, hvorvidt den indledende diagnostik til MAS – eller evt. andre pakkeforløb – reelt kan gøre det ud for udvidet adgang. Her peger analysen dog på, at den indledende diagnostik til MAS i flere tilfælde vil overmatche det behov, de praktiserende læger har for at udelukke alvorlig sygdom og resultere i unødigt brug af CT, da andre typer undersøgelser er tilstrækkelige til at afkræfte alvorlig sygdom. Dertil kommer, at den indledende MAS-diagnostik er en standardpakke, som ikke kan tilpasses de specifikke behov, der er i udredningen af vage symptomer hos den enkelte patient. Der kan således være patienter med vage symptomer, hvor den indledende diagnostik til MAS slet ikke egner sig. Endelig peger en af de praktiserende læger på, at brug af MAS-pakkens indledende diagnostik

indebærer pligt til at fortælle patienten om formålet med pakkeforløbet – at undersøge en mistanke om alvorlig sygdom. Dette medfører en unødigt bekymring hos patienten, når der alene er tale om vage symptomer, som ikke nødvendigvis rejser mistanke, men blot et behov for at udelukke det. Samlet set forekommer det, at den indledende MAS-diagnostik ikke kan gøre det ud for de alment praktiserende lægers behov for udvidet adgang til diagnostiske undersøgelser.

Om potentielt overforbrug af diagnostik, og hvordan risikoen kan minimeres

Samtidigt med, at bedre adgang beskrives som en væsentlig forbedring af kræftudredningen, peger en enkelt læge også på en balance i, hvor langt de alment praktiserende læger skal kunne gå i at rekvirere undersøgelser, før hospitalerne overtager ansvaret:

Altså, hvis man kunne få adgang til lige, hvad man ville som praktiserende læge, så ville det jo være fint, men det ville jo nok betyde et meget stort load af patienter i scanningerne. Og hvis man nu laver tre scanninger selv, om det så ikke havde været bedre at sende en af de patienter videre til diagnostisk i stedet. Det kan godt gå hen og blive overflødigt. Så kan det bare alt sammen blive gentaget på hospitalet. Det kan lede til spildt arbejde. (Praktiserende læge, PKO I)

En af de interviewede praksiskoordinatorer pegede på, at en vej til at minimere risikoen for ovenstående scenarie er, hvis der er ”åbent for klinisk kommunikation” i den forstand, at prøvesvar fra billeddiagnostiske undersøgelser ikke kun er beskrivende men også indeholder forslag eller anbefalinger til de videre skridt i udredningen, herunder relevante henvisningsmuligheder. Netop kommunikation mellem de alment praktiserende læger og billeddiagnostikere tages op i det følgende afsnit 5.2. I forhold til ovennævnte bekymring for alment praktiserende lægers overforbrug af diagnostiske undersøgelser, er det samtidig værd at bemærke, at informanter på tværs af almen praksis og udredningsenheder vurderer, at de alment praktiserende lægers beslutning om diagnostik er lige så kvalificeret og ofte den samme, som i udredningsenhederne, når symptomerne ikke er specifikke (jf. afsnit 4.1).

5.2 Forbedring og standardisering af MAS-pakkeforløbets sektorovergange

Dette afsnit præsenterer informanternes inputs til, hvilke muligheder, barrierer og behov der er for at forbedre og standardisere MAS-forløbet i overgangen fra almen praksis til udredningsenhed. Herunder i forhold til kvalitet af henvisninger, udarbejdelse og vurdering af prøvesvar fra indledende diagnostik, mundtlig kommunikation og endelig en national standardisering af den indledende diagnostik.

Prøvesvar skal vurderes i almen praksis inden henvisning

I nogle af interviewene i udredningsenhederne fremgår det, at ikke alle praktiserende læger forholder sig til prøvesvarene på de indledende diagnostiske undersøgelser, men blot henviser til MAS, når prøverne er bestilt. Ulempen herved er, at der kan opstå unødige henvisninger til MAS, fordi den praktiserende læge ikke får frasorteret patienter, som ikke er relevante i denne type forløb på baggrund af prøvesvarene. Derfor fremgik der i interviewene med udredningsenhederne det argument, at de praktiserende læger ikke bør henvise til MAS, før de som minimum har forholdt sig til svar på blodprøvepakken, men helst også til resultatet af den billeddiagnostiske undersøgelse. Dette synes at harmonere med de nuværende formelle krav til almen

praksis forud for henvisning, idet kun én udredningsenhed foretrak selv at varetage alle indledende undersøgelser. Se også (9).

Forslag om dynamiske henvisninger til at sikre henvisningernes kvalitet

Det fremgår både i denne og VIVEs tidligere undersøgelse (8), at kvaliteten af MAS-henvisninger svinger. Når kvaliteten er dårlig, er det fordi, der mangler information, eller fordi den givne information er utilstrækkelig – eksempelvis at der i forhold til væggtab nævnes, at patienten har tabt sig 10 kilo, hvor lægen i udredningsenheden gerne vil vide, hvad patienten vejede før væggtabet for derved at fornemme væggtabets relative omfang. Et forslag til at sikre kvaliteten af henvisningerne, som kom frem i interviewene, var at lave såkaldte dynamiske henvisninger. Dette ville bestå i, at den praktiserende læges henvisning tager afsæt i en skabelon i lægens it-system, som understøtter den praktiserende læge i at inkludere et minimum af relevant information. Lignende henvisninger findes ifølge praktiserende læge for de organspecifikke kræftpakker. De fleste læger i både almen praksis og udredningsenhederne var dog umiddelbart skeptiske over for ideen. Skepsissen blev bl.a. begrundet i, at symptomerne for denne patientgruppe er uspecifikke og derfor svære at indkredse i en fast skabelon. En anden begrundelse var risikoen for, at de praktiserende læger oplever en dynamisk henvisning som et forstyrrende element og dermed en barriere for henvisning. En tredje og sidste begrundelse var, at de praktiserende læger i forvejen har adgang til guidelines til henvisninger på sundhed.dk. Inputs til dette forslag skal tages med det forbehold, at informanterne kun har forholdt sig til forslaget på ideplan og ikke en konkret model.

Dialog som standardprocedure i forhold til at vurdere graden af mistanke

Som beskrevet i afsnit 3.2.1, opererer de praktiserende læger ofte i en gråzone i forhold til at vurdere, om og hvornår mistanken er stærk nok til, at der skal henvises til et MAS-forløb. Når mistanke bl.a. baseres på lægens mavefornemmelse, bliver det svært at sætte den på en generel formel. Det afspejles i den sundhedspolitiske debat, hvor der har været diskussion om, hvorvidt den praktiserende læge meningsfuldt kan operere med grader af mistanke som basis for en henvisning til kræftpakker, eller om mistanke er et binært anliggende, hvor lægen enten har eller ikke har en mistanke om kræft (25). I kontekst af denne diskussion spurgte vi informanterne om muligheden for, at man, i stedet for at operere med eksempelvis kategorier for mistanke, indfører mundtlig dialog mellem praktiserende læger og udredningsenhed som en fast procedure ifm. henvisning, så den praktiserende læge med egne ord kan forklare sin mistanke. Dette forslag blev dog mødt med skepsis fra alle sider. Først og fremmest, fordi det ifølge informanter fra både almen praksis og udredningsenheder ofte vil være overflødigt og tidsspilde med en sådan mundtlig dialog, hvilket kan indikere, at praksissen omkring henvisning generelt opleves som velfungerende. I forlængelse heraf begrunder flere praktiserende læger det med, at hvis de er i tvivl og har behov for sparring om, hvorvidt en patient skal henvises til MAS, har de i forvejen god mulighed for telefonisk dialog med udredningsenhederne. Andre praksislæger har dog en modsat begrundelse, nemlig at de ikke kan være sikre på at kunne komme igennem til en læge med den rette kompetence til at hjælpe dem, hvis de er i tvivl, og at det derfor vil være et forsinkende led.

Beskrivende eller handlingsanvisende prøvesvar til almen praksis

I VIVEs tidligere studie fremgår det, at de svar, som alment praktiserende læger får på den indledende diagnostik, i nogle tilfælde kan være formuleret i faglige termer, som er svære for den praktiserende læge at fortolke og drage konklusioner ud fra (8). I tillæg hertil blev der i nærværende undersøgelse udfoldet forskellige tilgange og rationaler i forhold til, hvordan de radiologiske afdelinger kommunikerer med praksislægerne i prøvesvar. Nogle radiologer har

fokus på kun at kommunikere resultatet af undersøgelsen og er tilbageholdende med anbefaling til, hvilke videre skridt der kunne være relevante i patientens forløb. Det begrundes med en oplevelse af, at den praktiserede læge, som kender patienten bedst, risikerer at følge radiologens anbefaling for ukritisk og uden det brede blik på patienten, som netop er muligt fra en praktiserende læge med nært kendskab til patienten. Andre radiologer vil *"ikke kun være beskrivende billedmagere"*, som en radiolog formulerer det, men ser det som deres kerneopgave at lave klinisk kommunikation, som mere aktivt bidrager til de næste skridt i udredningen. I denne undersøgelse fremgår det, at de interviewede praktiserende læger har en præference for denne form for prøvesvar. Med denne pointe ønsker vi at belyse, at kommunikationen mellem radiologer og praktiserende læger ikke kun er et spørgsmål om at kommunikere klart, men også et spørgsmål om, hvorvidt radiologernes svar skal have en beskrivende eller handlingsanvisende funktion for de praktiserende læger. En læge fra en af udredningsenhederne pegede på, at hvis svarene skal være handlingsanvisende var det en mulighed, at de blev formidlet via udredningsenheden. Dette forslag fik vi dog ikke afprøvet bredt i interviewene.

Forslag om en bred filterfunktion placeret i radiologisk afdeling

I et interview med en radiologisk afdeling, blev der foreslået en forskydning af filterfunktionen til den radiologiske afdeling, og at denne filterfunktion samtidig skulle være bredere defineret, således at radiologerne blev en 'sorteringscentral', som kunne henvise patienter videre til relevante pakkeforløb, både organspecifikke og MAS. Rationalet var, at CT i forvejen ligger som indgang til en række udredningsforløb, og at radiologerne, som konkret står med CT-scanningen, ligeså godt kan sortere og henvise patienten videre, når dette er aktuelt, frem for at praktiserende læge skal navigere imellem de meget specifikke pakkeindgange. Dette forslag faldt sent i interviewrækken og er ligeledes ikke blevet afprøvet bredt i interviewene.

Gevinster og barrierer for national standardisering af indledende diagnostik

VIVEs tidligere studie har problematiseret, at organiseringen af den indledende diagnostik til MAS varierer betydeligt bl.a. i forhold til, hvem der varetager den, om det udgør et henvisningskrav til almen praksis, og hvorvidt dette krav håndhæves i praksis af udredningsenhederne (8). På denne baggrund har vi spurgt informanterne om, hvilke fordele, ulemper, muligheder og barrierer de ser ved en fremadrettet national standardisering, hvor det lægges fast, hvordan den indledende diagnostiske proces skal forløbe mellem almen praksis og udredningsenheder. Som beskrevet i afsnit 4.1.1 hersker der en relativt bred konsensus om fordelene ved, at den indledende diagnostik varetages i almen praksis. Vi kan desuden konstatere, at der tilsyneladende er en bred konsensus om en blodprøvepakke og CT-scanning, som hovedelementer i selve diagnostikken, omend vi skal understrege her, at det er uden for denne undersøgelses formål og metode at vurdere, hvilke diagnostiske undersøgelser der bør indgå. Pointen her er blot, at det umiddelbart kan forekomme ligetil at udforme en national standard omkring organiseringen af den indledende diagnostik til MAS-forløbene, men af interviewene fremkommer imidlertid både argumenter for og imod en sådan standardisering. Disse fremgår i det følgende.

Standardisering som afsæt for national kvalitetsmonitorering og bedre forløbstidsmonitorering

En af fordelene ved at standardisere den indledende diagnostik nationalt knytter sig til ideer om kvalitetsmonitorering på området. Som det er nu, ville en kvalitetsmonitorering som fx sammenligner, hvor mange patienter der henvises til MAS, hvor mange heraf der diagnosticeres med kræft, dirigeres videre mv., baserer sig på usammenlignelige data. Det skyldes, at det varierer, hvorvidt (og hvordan) patienterne filtreres fra i retningen hen imod MAS-forløbet i en udredningsenhed. Det betyder desuden, at den aktuelle forløbstidsmonitorering bliver usammenlignelig, idet nogle enheder ikke får filtreret patienter fra i almen praksis, og dermed kan

afslutte en stor del af patienterne hurtigere end de øvrige enheder. Er den indledende diagnostik ensartet (både i forhold til indhold og placering) på nationalt niveau, vil der således både skabes mere sammenlignelig monitorering af forløbstider, og det vil være et bedre afsæt for en fremadrettet kvalitetsmonitorering af området. Det sidste vil dog endelig afhænge af, hvordan denne monitorering helt præcist udformes og med hvilke formål (temaet om monitorering udfoldes nærmere i afsnit 5.4).

Standardisering kan blive en barriere for henvisning og opsporing

Enkelte læger fra samme udredningsenhed pegede på, at skærpede henvisningskrav kan føre til færre henvisninger fra almen praksis til MAS-forløbene, fordi henvisningskrav bliver en barriere, hvilket igen skaber risiko for, at nogle patienter der har brug for det, ikke bliver udredt i et MAS-forløb:

Jeg tror, at hvis egen læge skal lave alt for meget bureaukrati, inden patienterne kan henvises, eller at der er alt for mange krav, så er jeg bange for, at vi mister nogle. Fordi tit finder vi de her sygdomme som en overraskelse, hvor vi ikke rigtigt tror, at der er noget. Og det er jo dem, som vi skal have fat i. (Læge, Udredningsenhed A)

Men dem vi gerne vil fange, det er jo dem, der endnu ikke har nogle særlige symptomer. Og derfor er jeg lidt lurende ved, at almen praksis går alt for længe og kigger på patienterne. Så snart mistanken den er rejst, bare i hovedet på almen praksis, så vil jeg ligeså gerne have en henvisning, hvor der bare står "Hjælp" på og ikke andet. Og så tage den derfra og selv snakke med patienten og få patienten udredt. (Læge, Udredningsenhed A)

De ovennævnte lægers udsagn blev begrundet med, at de "kendte deres opland", som var kendetegnet ved knappe ressourcer i almen praksis og vikarlæger flere steder. Præferencen for at fange patienter 'ufiltreret' ind, var således begrundet ud fra lokalspecifikke forhold og et ønske om at tilpasse sig hertil, snarere end et generelt syn på den optimale organisering.

Standardisering vil medføre et højere forbrug af billeddiagnostik

En af lægerne i en udredningsenhed peger på, at hvis standardisering indebærer, at selve diagnostikken bliver et henvisningskrav, vil det øge forbruget af billeddiagnostik (specifikt CT-scanninger). Den pågældende læge underbyggede dette med en opgørelse over MAS-forløbene i et kvartal, hvoraf 11 % af disse forløb var afklaret uden brug af CT. I en anden udredningsenhed anslog overlægen, at minimum 75 % af patienterne fik CT-scanning, mens resten blev afklaret uden brug af CT. Set fra et ressourceudnyttelsesperspektiv kan der således være et argument for ikke at udforme en standard med obligatoriske billeddiagnostiske undersøgelser, men i stedet arbejde med en fleksibel model, hvor det er muligt at afvige fra en standardiseret pakke af diagnostik i specifikke tilfælde, hvor lægen ikke skønner det relevant. Dette er nært beslægtet med følgende pointe.

Standardisering kan gå imod praktiserende lægers vurdering og resultere i spildtid

I en af regionerne er organiseringen af den indledende diagnostik gjort fleksibel, således at de praktiserende læger i regionen selv kan beslutte, om de vil bestille og vurdere CT eller lade udredningsenheden herom. Rationalet i denne model har bl.a. været at imødekomme de forskellige præferencer, der eksisterer i almen praksis i forhold til, hvor langt de selv ønsker at gå i den indledende diagnostik. En praktiserende læge fra regionen ser flere fordele ved denne model:

...vi har haft [en udredningsenhed, red.], hvor man kunne gøre, hvad man ville. Hvis man synes, det er oplagt selv at tage en CT, så gjorde man det. Og havde man en patient, hvor man så det som bøvlet, eller ligegyldigt, hvad man så på CT'en, og ville tænke, at der var mere til det, så der kunne man lige så godt sende dem afsted med det samme. Jeg synes, det er rart at have lov til at tænke selv. Der hvor man tænker, at det er helt umuligt, og ikke tænker, at CT'en kommer til at give det helt store, der vil jeg gerne have diagnostisk enhed [udredningsenhed, red.] ind over med det samme. Også om de vil have noget mere med inden, så vi ikke kommer til at forlænge et eller andet forløb, fordi vi venter på en scanning, som vi så ikke kommer til at få så meget ud af. (Praktiserende læge, APL-gruppe A)

Argumentet i dette udsagn er ikke alene baseret på en faglig præference hos den praktiserende læge, men også et fokus på at afværge spildtid i nogle patienters forløb. Flexibiliteten i denne region kan desuden anskues som en måde at sikre lighed i adgang til MAS for patienterne i denne region – at det ikke er den specifikke praktiserende læges temperament i forhold til selv at skulle stå for CT, der bliver afgørende for, om patienterne bliver henvist til MAS.

5.3 Sammenlægning af MAS og MUP

Et af de tiltag, som aktuelt er på tale i revisionen af MAS-/MUP-forløbene, er at lægge disse to forløb sammen.⁸ MAS og MUP optegner imidlertid to væsentligt forskellige patientkategorier. MUP omfatter patienter, som man ved har kræft men uden kendt primærtumor, mens MAS omfatter patienter, hvor der er mistanke, men ikke vished om alvorlig sygdom. Grundet denne forskel spurgte vi i interviewene ind til informanternes syn på at lægge MAS- og MUP-forløb sammen.

De fleste interviewede læger fandt tanken om sammenlægning uproblematisk. I udredningsenhederne pegede lægerne bl.a. på, at MAS/MUP for dem primært er en administrativ sondring, som ikke fylder meget i den kliniske praksis. Klinisk ”ser vi patienter, der fejler noget”, som en overlæge fra en udredningsenhed udtrykker det. Som patientkategorier er sondringen mellem MAS og MUP derfor ikke af stor klinisk betydning.

En anden forskel på MAS-/MUP-forløbene er, at de har forskellige forløbstidsrammer (MAS: 22 dage, MUP: 14 dage) (5,6). I den forbindelse fremhæver flere informanter, at det særligt for MUP kan være svært at overholde forløbstiden. Det skyldes, at der ofte er forsinkelse og lange ventetider på de diagnostiske prøver (her nævnes biopsier og genbiopsier), der som regel indgår i et MUP-forløb. Derfor betones det, at det af hensyn til monitoreringen af forløbstider, fortsat skal være muligt at skelne patienter, der har metastaser uden kendt primærtumor, fra de øvrige patienter i et fremtidigt, sammenlagt MAS-/MUP-forløb. Dette kræver således en registreringsmæssig sondring mellem førnævnte patientgrupper.

En anden overlæge peger på, at det ofte ikke er helt entydigt, om en patient visiteres til et MAS/MUP/spor 2-forløb – og derfor finder han det relevant at slå dem sammen:

I virkeligheden er metastasepakkeforløbet [MUP, red] besværliggjort af, at vi aldrig må sige, at folk har kræft, før vi har en diagnose. Og det er ikke det, som folk bliver henvist med i det pakkeforløb. Det er et billeddiagnostisk fund, hvor man tænker, at det er en metastase. Så er der nogle gange, hvor jeg tænker, at det er oplagt en

⁸ Kilde: Informant fra Sundhedsstyrelsen

metastatisk sygdom, hvor jeg også kan have en mistanke om, hvad der er den primære cancer. Men jeg har mange, der officielt bliver henvist til et metastase pakkeforløb [MUP, red.], hvor jeg siger, at jeg slet ikke er sikker på, at patienten har kræft. Og så bytter jeg dem over til et MAS-forløb. For forløbet er det jo for mig ligegyldigt, men jeg har kortere udredningstid på MUP, end jeg har på MAS. Og det er en af de ting, jeg har forstået, at det bliver ændret. At de to ting bliver slået sammen. Og det synes jeg giver absolut god mening. Men jeg tror, at det drejer om, hvor stringent og firkantet man er på sine visitationer, fordi det er der, jeg sidder og bestemmer, om det er et MAS-forløb eller et MUP-forløb. Hvis jeg er i tvivl om, hvorvidt det overhovedet er cancer, så ryger de i den anden kasse. (Læge, Udredningsenhed D)

Ligesom lægen her påpeger de fleste øvrige repræsentanter fra udredningsenhederne, der varetager MUP-forløb, at det ret ofte er vanskeligt at overholde forløbstiderne for MUP. Enkelte peger tilmed på, at hensynet til at overholde forløbstiden kan påvirke tilrettelæggelsen af forløbene, så de ikke falder ud mest hensigtsmæssigt for patienten

Med metastasepakken [MUP, red] er der også en problemstilling, da den lægger op til, at biopsi er det mest rigtige at gøre først. Men det er måske ikke det bedste at lave en biopsi i den dybest liggende [celle, red.]forandring, der er, hvis det er nemt at tilgå en metastase i en lever. Og derfor er det ofte fornuft at have en scanning først. Men der er man præget af en tidsfaktor, da det i udgangspunktet er et kortere pakkeforløb [end MAS, red.]. Så hvis man ikke kan få en hurtig scanning, må man planlægge noget, man [måske, red.] ikke tror bliver til noget. Og det giver hverken mening for os eller patienterne. (Læge, Udredningsenhed E)

Det ovennævnte citat vedrører ikke i sig selv sammenlægning af MAS/MUP, men kan tale for, at en overordnet sammenlægning af de to kan give mere fleksible rammer til at tilpasse diagnostikken til den enkelte.

Fra interviewene med de alment praktiserende læger fremgår det, at patienter med metastaser uden kendt primærtumor er yderst sjældent forekommende i praksis. Flere fortæller ligeledes, at de aldrig har henvist til en MUP-pakke, mens andre har gjort det i sjældne tilfælde. Grundet den sjældenhed, hvormed MUP bliver aktuelt i almen praksis, ser de alment praktiserende læger ikke behov for at bevare en særskilt adgang at henvise disse patienter til. Dermed er det også for de alment praktiserende læger uproblematisk at lægge MAS/MUP sammen.

5.4 Inputs til aktuel og fremadrettet monitorering af området

I dag er det forløbstiden samt overholdelsen af de maksimale ventetider for pakkeforløbene på kræftområdet, der systematisk monitoreres på nationalt niveau. Dette gælder derfor også for MAS. Forløbstiden måles som tiden, fra en henvisning til et pakkeforløb afsendes fra almen praksis, til forløbet afsluttes i udredningsenheden (18). De maksimale ventetider registreres i forhold til særlige tidpunkter i udrednings- og behandlingsforløbene, eksempelvis ventetid fra henvisning er modtaget på udredningsenheden, til patientens udredning starter. Desuden registreres henvisende instans samt afslutning af pakkeforløb (jf. rapport fra sundhedsdatastyrelsen) (26).

Dette afsnit præsenterer først informanternes synspunkter og erfaringer med den aktuelle monitorering nævnt ovenfor. Derefter præsenteres informanternes inputs til en andre former for monitorering til bl.a. at skabe relevant viden og understøtte kvalitets- og forbedringsarbejde.

5.4.1 Informanternes erfaringer med monitorering af forløbstid

Kræftpakkeformatet og den hastighed, det bringer med til forløbet, anses som en fordel primært, fordi patienterne kan få en afklaring af kræftmistanken relativt hurtigt. Hastigheden bliver også betragtet som en fordel for de patienter, der viser sig ikke at have kræft, idet disse udredninger jo også har gavn af hastigheden/prioriteringen af forløbet – i hvert fald indledningsvist indtil kræft er af- eller bekræftet, og de evt. skifter spor (se afsnit 4.2). Informanterne er derfor også indforståede med det logiske i en monitorering af forløbstider. Dog blev der primært nævnt ulemper og udfordringer omkring den praktiske værdi af at monitorere forløbstid. Dette udfoldes i det følgende.

Uhensigtsmæssig efterlevelse af forløbstider: Nogle informanter beskrev, at forløbstider ikke er det bedste faglige mål, og at det som præstationsmål kan føre til uhensigtsmæssige taktikker i praksis for at sikre gode måldata:

I en klinisk hverdag giver det ikke mening, at forløbstiden er den vigtigste faktor. For os er det tåbeligt, at vi skal indkalde dagen før, vi har et scanningssvar, for at overholde en tidsgrænse. Det er ikke patientvenligt, det giver ikke mening, det ødelægger vores arbejdsglæde. Men det er klart en fordel, at man har et pakkeforløb, så man kan sige, at den her patient nu har så mange symptomer, som gør, at de har lov til hurtig udredning. (Læge, Udredningsenhed E)

Også i en anden udredningsenhed pegede overlægen på, at en monitorering, der fokuserer på overholdelse af forløbstid, ikke altid tjener patientens interesse:

Af hensyn til den enkelte patient, der kan det være en fordel, at tingene går lidt langsommere. At det lige bliver den dag, hvor sønnen kan komme med. Og så forsøger vi at passe det, ikke. ... Det er klart, at man kan være så dårlig, at jeg indlægger. Men det er trods alt et fåtal. Det er mere det med at skræddersy tilbuddet til den enkelte. Og der kan jeg godt ærgre mig over, at vi bliver målt på tid, når det kan være i patientens interesse, at vi strækker det ud. (Læge, Udredningsenhed P)

Lægerne peger her på, at et ensidigt fokus på forløbstiderne kan skabe uhensigtsmæssigheder for både patienterne og klinikerne, der skal bruge tid på aktiviteter, der ikke skaber værdi i patientforløbet, blot for at overholde forløbstiderne. Skellet mellem klinisk og administrativ nytte af kræftpakkeformatet er således væsentligt. Tid er vigtigt for at sikre patienten en hurtig udredning og afklaring og for at kunne monitorere forløbene, men i en klinisk hverdag kan denne tidsfokusering også spænde ben og skabe uhensigtsmæssig organisering, der heller ikke er til gavn for patienten. Eksempelvis fremgik det i et interview, at når udredningsenheden, som led i MAS-forløbet, sendte patienten til en kirurgisk afdeling for en skopi, da ville sidstnævnte afdeling opstarte et organspecifikt kræftpakkeforløb for selv at vinde tid til opgaven, mens MAS-forløbet stadig var åbent. Nogle af de interviewede radiologer reflekterede mere overordnet over sådanne strategier, og at der i udredningsenhederne opstår et fokus på at registrere opstarten af MAS-forløbet så sent som muligt:

Ja, what gets measured gets done. Og hvis det pludselig bliver et målepunkt, så kommer der talmassage i det. Kan man strække noget, så man først bliver registreret længere henne i forløbet, for så har man bedre tid til det, man egentligt skal lave. Patientens tid er den samme. Men vi bliver målt på noget. (Radiolog, RA 7)

Vi har ikke i interviewene afdækket, hvilke konsekvenser det har lokalt i de enkelte udredningsenheder, hvis forløbstiderne ikke overholdes. Men det er et velkendt fænomen i ledelsesforskningen, at organisationer ofte, og på godt og ondt, justerer egen praksis alt efter, hvordan de måles (27,28). Ovennævnte problemstilling knytter sig således ikke kun til monitorering af forløbstider, men er et emne i monitorering og præstationsmåling generelt. I ledelsesforskning skelnes dog også imellem ydre motivationsfaktorer (præstationsmål, belønninger, mv.) og indre motivationsfaktorer, som knytter sig tættere til fagprofessionelles værdier (29,30). Nedenstående udsagn viser hvordan en sådan indre motivation kan være virksom og i kontrast til mål om forløbstid:

...i mit daglige arbejde, nu er chefen her jo ikke, men jeg tænker ikke så meget over, at jeg præcis overholder tiden. Fordi jeg ved, at den overskrider vi rimelig tit. Særligt for metastaseforløbene. Og for mig er det vigtigere, at patienten har et godt forløb. Det er det, som jeg tænker mest på. (Læge, Udredningsenhed P)

Det var således den faglige vurdering og hensynet til patientens bedste, som var styrende – ikke overholdelse af forløbstiderne, som blev set som ren ledelsesinformation.

Validiteten og sammenlignelighed af forløbstidsdata: En informant betoner vigtigheden af ensartethed i registrering af forløbene lokalt i udredningsenhederne, hvis man vil sammenligne på tværs af enheder/på tværs af regioner. En mindre undersøgelse har vist, at der var en betydelig forskel i registreringspraksis omkring registrering af maksimale ventetider i relation til MAS-forløb inden for en region (31). I en af udredningsenhederne fremgår desuden et eksempel på, hvordan enhedernes organisatoriske setup kan influere negativt på datas validitet. Det skyldtes, at nogle af de afsluttede MAS-forløb blev viderehenvist til en anden underafdeling, og derfor stadig figurerede som uafsluttede forløb i det overordnede center, som udredningsenhederne var en del af. Eksemplet viser, hvordan en monitorering af patientforløbene, der tager afsæt i større organisatoriske enheder, kan sløre det reelle MAS-forløb. Eftersom udredningsenhedernes lokale organisatoriske implementering varierer, kan dette være et relevant opmærksomhedspunkt.

Systematiske forskelle i patienters diagnostiske bagage giver skæv sammenligning: Variationen i, hvorvidt patienter, der henvises til MAS, har fået foretaget blodprøvepakke og CT-scanning i regi af almen praksis, inden de henvises eller ej, betyder, at de udredningsenheder, der kræver blodprøvepakke og CT-scanning før henvisning, vil have bedre udgangspunkt for at overholde forløbstiden end udredningsenheder, der skal starte MAS-forløbet med disse undersøgelser.

5.4.2 Inputs til ny monitorering af området

Flere af informanterne gav i interviewene forslag til, hvordan MAS-forløbene kunne monitoreres, med henblik på at understøtte ny viden og forbedringsarbejde på området. Forslagene var begrundet i forskellige undersøgelsesspørgsmål, som er sammenfattet nedenfor:

- Overset sygdom:
 - Overser vi noget hos de patienter, der afsluttes uden diagnose, og kommer retur til egen læge? Får patienten en diagnose på alvorlig sygdom 6-12 mdr. efter MAS-forløbet?
- Initiering og afslutning af MAS-forløbene:
 - Hvorfra initieres MAS-forløbet? Er der forskel på resultatet, hvis forløb initieres af egen læge, anden hospitalsafdeling? Er der forskel på udkommet af de forløb, hvor den praktiserende læge sender patient direkte i MAS i forhold til de forløb, hvor hun/han selv er tovholder en del af vejen?
 - Hvordan afsluttes patienterne i MAS-forløb? Retur til egen læge, i organspecifikt kræftpakkeforløb, andet?
- Monitorering af udførte undersøgelser i MAS-forløbet
 - Er indholdet i MAS-forløbene det rigtige? Hvilke undersøgelser er evt. overflødige? Hvilke undersøgelser er der brug for bedre adgang til?
- Patientens rute til diagnose:
 - Ruten til diagnose for de kræftpatienter, der ikke udredes via direkte henvisning til en kræftpakke (ikke kun MAS-patienter). Kontakter til sundhedsvæsenet, tidsintervaller, undersøgelser. Skal inkludere data fra almen praksis, og bl.a. muliggøre analyse af mønstre til fremadrettet opsporing.
 - Hvilke(n) diagnose(r) kommer patienten til udredningsenheden med, hvilke diagnoser afsluttes patienten med?

En vidensafdækning fra Kræftens Bekæmpelse om kvalitet i opsporing og diagnostik af kræft peger – i lighed med informanterne i denne undersøgelse – på et behov for løbende, systematisk kvalitetsmonitorering i forhold til det diagnostiske forløb på nationalt niveau, som bygger på fælles standarder og indikatorer (18). Rapporten peger specifikt på, at der er behov for monitorering af kritiske punkter i forløbet i almen praksis, om forløbene er patientcentrerede, om der sikres lokal feedback og læring, og af kvaliteten af det samlede diagnostiske forløb. Disse elementer er delvist sammenfaldende med de forslag, som informanter i denne undersøgelse peger på specifikt for MAS-/MUP-forløb, og som udfoldes i det følgende.

Overset sygdom – monitorering af diagnoser 6-12 mdr. efter MAS-forløb

Flere læger peger på, at de gerne vil kunne monitorere, hvor mange/hvilke patienter der får en alvorlig sygdom/diagnose kort tid efter endt MAS-forløb.

Det kunne da være interessant at se, om fx der var nogle, hvor man fandt en cancer inden for et år efter. Hvad er det for nogle cancer, man overser? Var der noget alligevel, vi kunne have fanget, hvis vi havde gjort det anderledes? Er det den rigtige måde, vi gør det på? Er de blodprøver, der skal foreligge, er de overhovedet vigtige? (Læge, Udredningsenhed U)

...dem, jeg finder ud af, hvad fejler, dem er jeg ikke så interesseret i. Det er mere de patienter, som ikke fejler noget alvorligt. Dem vil jeg vældig gerne vide, hvor mange af dem, jeg tog fejl af. Hvor mange var i virkeligheden syge? Og dukkede op med en alvorlig sygdom inden for, lad os sige 6 måneder. Det skal jo ikke være i løbet af 5 år, det er der ingen, som der kan forudse. (Læge, Udredningsenhed I)

Flere af informanterne nævnte overset sygdom som et relevant mål i forhold til forbedringsarbejde i udredningsenhederne. Det varierede imidlertid, hvor eksplicite informanterne var om, hvorvidt monitoreringen kun skulle måle på kræftdiagnoser eller også på andre alvorlige diagnoser. Argumentet for en monitorering af senere kræftdiagnoser var, at dette er udredningsenhedernes fokus. Hvis der 6-12 mdr. efter MAS-forløbet stilles andre diagnoser, kunne dette ikke rimeligvis tilskrives manglende grundighed og kvalitet i MAS-forløbet, var argumentet. Derudover pegede en læge på, at det er svært at definere, hvor lang tid efter MAS-forløbet en sådan monitorering skal foregå, for at monitoreringsdata kan tolkes som havende en sammenhæng med MAS-forløbet:

Men det er svært at definere, hvor lang perioden skal være, for at de symptomer, som vi udredte patienten for og afklarede, ikke var et udtryk for cancer, og nu har de en cancer. Har det så noget at gøre med det, som vi udredte patienten for? Hvor lang en karensperiode kan der tillade sig at være i det? For at vi kan sige, at det ene har noget med det andet at gøre? (Læge, Udredningsenhed D)

Trods disse udfordringer med den konkrete operationalisering af dette mål, fremgik denne type monitorering meget klart af interviewene som et relevant monitoreringsområde.

Initiering og afslutning af MAS-forløbene

En del af informanterne pegede på relevansen af at monitorere, hvorfra MAS-forløbene initieres – fra almen praksis eller andetsteds – og hvordan forløbene afsluttes. Den overordnede tanke var at få bedre viden om patienternes vej til en kræftdiagnose eller videre udredning.

Det kunne være spændende at se, når man har fået alle de her henvisninger, hvor mange havner så i diagnostisk center, hvor mange på dagshospital, og hvor mange kommer tilbage til egen læge med forslag til videre handling. ... Måske kunne man også undersøge, hvem af de henviste der så faktisk havde kræft eller andre alvorlige forløb. Undersøge, hvilke patienter sådan noget her egentlig sker for. Specielt med henblik på dem, der er sendt tilbage til praksis. (Praktiserende læge, PKOA)

Nogle radiologer knyttede rationale for denne type monitorering til overvejelser om almen praksis' adgang til billeddiagnostik:

...det kunne være spændende at se, om der er forskel på forløbet, om det er initieret fra almen praksis eller direkte ind i pakkeforløb. Det vil sige, er det et dårligere produkt, hvis man ikke går direkte [i et pakkeforløb, red.]. Det kunne jeg godt tænke mig at vide. Er det okay, at vi siger til AP, at de har adgang til ressourcer, og vi stoler på, at de bruger dem rigtigt? Og vi skal nok hjælpe dem med at navigere patienterne det rigtige sted hen i systemet. Det er vores påstand, at vi håber, at det gør tærsklen for almen praksis til at henvise til en almindelig CT, at den vil gøre tærsklen lavere. (Radiolog, RA 7)

Monitorering af udførte undersøgelser i MAS-forløbet

Nogle læger foreslog en monitorering af, hvilke undersøgelser der udføres i MAS-forløbene. Den mulige nytteværdi ved denne monitorering blev bl.a. forklaret således:

Det man kan bruge det til, det er, er der mon så mange kikkertundersøgelser, at det berettiger, at vi har en direkte adgang til dem? ... Alle de her knoglemarveundersøgelser vi bestiller, hvad giver det egentligt af diagnoser? Er der en berettigelse? Er det kun to gange om året, vi har behov for at få dem lavet, så er det måske rimeligt nok, at vi bestiller på lige fod med andre. (Læge, Udredningsenhed P)

Overlægen her så monitoreringen bl.a. som beslutningsstøtte i forhold til at justere, hvilke typer af undersøgelser udredningsenheden har brug for særlig adgang til. Forslaget blev dog også fremstillet i sammenhæng med tidligere nævnte monitorering af oversete diagnoser med fokus på at undersøge, om de diagnostiske undersøgelser, der anvendes i forløbene, er de rigtige:

Hvad er det for nogle cancer, man overser? Var der noget alligevel, vi kunne have fanget, hvis vi havde gjort det anderledes? Er det den rigtige måde, vi gør det på? Er de blodprøver, der skal foreligge, er de overhovedet vigtige? Det kunne da være meget sjovt at kigge på. Lige nu bærer det præg af, at det vi gør, det gør vi, fordi det står et sted. Jeg siger ikke, at det er forkert. Det er måske godt nok, men er det det i sidste ende? Hvor tit får vi noget ud af, at der skal ligge den blodprøve? Og hvorfor lige den og hvorfor ikke en anden? Kan vi bruge tumormarkører til noget? Hvor mange penge bruger vi på det? (Læge, Udredningsenhed U)

Temaet om monitorering af diagnostiske undersøgelser i forløbene peger Kræftens Bekæmpelse også på som et relevant målepunkt for diagnostiske forløb (for diagnostiske forløb mere bredt på kræftområdet) i lighed med blandt andet ventetider/svartider på disse diagnostiske undersøgelser og stadie ved diagnose (18).

Patienternes rute til diagnose

En informant lægger særlig vægt på at måle ruten til diagnose for de kræfttilfælde, som ikke diagnosticeres via direkte henvisning til de organspecifikke pakkeforløb. Væsentligt her er, at disse patienter ikke nødvendigvis diagnosticeres via MAS, men har ukendte typer af forløb, som der mangler viden om, fx hvilke kontakter har patienten haft med sundhedsvæsenet, og med hvilke tidsintervaller og ventetider, hvilke symptomer har vist sig, hvilke undersøgelser er blevet lavet mv. Rationalet er, at en monitorering af disse ruter til kræftdiagnose ville muliggøre analyser af mønstre hos de patienter, som diagnosticeres ad ukendte veje med kræft, hvilket igen kunne give inputs til almen praksis om, hvad man særligt skal holde øje med for at fange disse patienter. En undersøgelsen fra Kræftens Bekæmpelse udpeger også forløbene i almen praksis for de patienter, der ikke umiddelbart henvises til organspecifikt kræftpakkeforløb eller diagnostisk pakkeforløb, som et væsentlig område at monitorere. Det foreslås, at symptomer, ventetid/spildtid og henvisningsmønstre er vigtige områder at fokusere på i relation til rettidig opsporing af kræft (18).

5.4.3 National monitorering og lokalt kvalitetsarbejde

Det fremgik af interviewene, at de i flere af udredningsenhederne selv foretager diverse dataudtræk og audits af enkelte patientforløb, men at en bredere national monitorering stadig har en række yderligere gevinster. Her nævnte en informant, at fx audits som regel laves på de patientforløb, hvor man ved, at noget er gået skævt, og hvor der derfor er noget at lære. Til sammenligning kan en bredere monitorering gøre opmærksom på mere systematiske uhen-sigtsmæssigheder eller overset sygdom, som man ellers ikke ville have opdaget.

De ovennævnte forslag blev af flere informanter fremstillet som bud på en national kvalitetsmonitorering, som ville forudsætte en mere ensartet organisering af MAS-forløbene rundt om i landet, særligt i forhold til placeringen af den indledende billeddiagnostik i almen praksis. Enkelte andre lagde vægt på, at de regionale forskelle i MAS-forløbenes organisering er for store, og at en kvalitetsmonitorering derfor bør være afgrænset til sammenligning inden for de enkelte regioner.

5.5 Opsummering

Dette kapitel har sammenfattet informanternes fremadrettede inputs vedrørende praktiserende lægers udvidede adgang til specialiserede diagnostiske undersøgelser samt inputs til forbedring, standardisering og monitorering af MAS-/MUP-pakkeforløbene. Informanternes inputs og overvejelser opsummeres nedenfor:

- De praktiserende læger efterlyser hurtigere adgang til specialiserede diagnostiske undersøgelser, urelateret til MAS. Dette for at understøtte almen praksis' egen udredning af vage symptomer, som ikke rejser mistanke, men et behov for at udelukke alvorlig sygdom. Det væsentlige er, at der i almen praksis findes omtrent 30 % af alle kræfttilfældene i denne type af diagnostisk praksis (2-4).
- Den indledende diagnostik til MAS benyttes af nogle praktiserende læger som en alternativ vej til udvidet adgang, men dette betragtes ikke som en generelt egnet model for udvidet adgang til udredning af vage symptomer.
- Den praktiserende læge skal ikke kun bestille indledende diagnostiske undersøgelser, men også vurdere prøvesvarene for at undgå unødige henvisninger til MAS.
- Forslag om en digital henvisningsskabelon i almen praksis' lægesystemer (dynamisk henvisning) til at sikre henvisningers kvalitet blev mødt med skepsis fra de øvrige informanter, da det kan blive en henvisningsbarriere, og da patientskarens diversitet er svær at indfange i en skabelon.
- God mulighed for telefonisk dialog mellem almen praksis og udredningsenheder om patienters symptomer beskrives som et væsentligt element for gode forløb (jf. afsnit 3.2.2), bl.a. for at afklare tvivl, men informanterne så ikke grund til at indføre dette som fast procedure.
- Radiologernes scanningsbeskrivelser til de praktiserende læger varierer på, om de alene er beskrivende eller også har en anbefalende/handlingsanvisende karakter. De praktiserende læger har præference for sidstnævnte, mens radiologernes præference varierer ud fra bekymringer om, hvor direkte de praktiserende læger handler på radiologernes svar. Der er en mulig kilde til forbedring ved lokalt at få præcist beskrevet og afstemt roller og forventninger i denne snitflade.
- Hvad angår perspektiverne i en national standardisering af den indledende diagnostik, fremgår der argumenter for og imod. Et argument for er, at en standardisering vil højne validiteten af eksisterende monitorering af forløbstid, samt skabe bedre afsæt for en fremadrettet kvalitetsmonitorering af området. Argumenterne imod er, at en standardisering ikke imødekommer de forskellige tilgange og præferencer, som findes i almen praksis, samt bekymringer for, at en standardisering af indledende diagnostik kan blive en henvisningsbarriere. Derudover vægter en fleksibilitet til at afvige fra standarddiagnostikken i enkelttilfælde, hvor lægen ikke skønner det relevant, og således undgår tids- og ressourcespild

- Ideen om at sammenlægge MAS- og MUP-forløbene peger repræsentanter fra udredningsenhederne på, at dette er uproblematisk. Selvom patienternes udgangspunkt for udredning i MAS/MUP er meget forskellige, synes de fleste af repræsentanterne fra udredningsenhederne, at forskellen ikke har stor betydning, de tager udgangspunkt i den specifikke patient, der skal udredes. MAS/MUP ses derfor primært som en administrativ sontring. Almen praksis benytter kun yderst sjældent eller aldrig MUP, hvorfor der ikke skønnes et behov for en særskilt henvisningsmulighed hertil.
- Den aktuelle monitorering af forløbstider blev generelt ikke tillagt stor faglig nytteværdi. I forhold til en fremadrettet kvalitetsmonitorering var informanternes forslag bl.a. begrundet i ønsker om at undersøge oversete sygdomstilfælde. Derudover var forslag begrundet i at opnå viden og sammenlignelige overblik over patientens vej til udredningsenhed og diagnose. Dette med henblik på at muliggøre databaseret mønstergenkendelse i patienternes diagnostiske ruter. Endelig lagde nogle informanter vægt på en monitorering af det diagnostiske indhold i forløbene.

6 Diskussion og anbefalinger

De organspecifikke kræftpakker understøtter en accelereret udredning af patienter med specifikke alarmsymptomer og udgør det første ud af tre ben i den danske kræftstrategi. Emnet i denne rapport har været de to øvrige ben, som er målrettet hurtig udredning af henholdsvis uspecifikke og vage symptomer. Undersøgelsen er igangsat som en forlængelse af undersøgelser, der har vist, at organisering, samarbejde og understøttelse af udredning af uspecifikke og vage symptomer er præget af stor variation. Det gælder således både, når det handler om organiseringen og samarbejdet omkring MAS-pakkeforløbet (det andet ben), og når det handler om de praktiserende lægers udvidede adgang til diagnostiske undersøgelser (det tredje ben). Variationerne har medført en opmærksomhed på, om patienter over hele landet har lige adgang til kræftudredning, og en diskussion af, hvorvidt og hvordan området kan ensartes.

Det har været denne undersøgelses formål at bidrage med inputs til, hvordan organiseringen og samarbejdet omkring udredning af patienter med vage eller uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom kan forbedres samt evt. ensartes. Dette er undersøgt via interviews med praktiserende læger samt repræsentanter fra udredningsenheder og tilknyttede billeddiagnostiske enheder. Interviewene har haft et fokus på a) de praktiserende lægers præferencer, strategier samt diagnostiske handlemuligheder og behov i udredningen af vage og uspecifikke symptomer, b) beskrivelser af samt fordele og ulemper ved forskellige lokale varianter af MAS-forløbenes og udredningsenhedernes organisering og c) muligheder, barrierer og behov for at udvikle området med henblik på at understøtte lige adgang til rettidig og kvalificeret udredning samt en bedre monitorering af området

Hvad angår det andet ben – samarbejdet omkring og organisering af MAS-pakkeforløbet – giver undersøgelsen ikke anledning til at udpege én bestemt model for tilrettelæggelsen af udredningen af patienter med uspecifikke symptomer som særligt fordelagtig. Til gengæld bidrager undersøgelsen med en række anbefalinger, som bl.a. handler om kommunikation og overgange fra almen praksis til udredningsenhed, om at afklare opgaveforståelsen i udredningsenhederne og en entydig placering af filterfunktionen til MAS. Hvad angår det tredje ben – de praktiserende lægers udvidede adgang til diagnostiske undersøgelser – peger undersøgelsen entydigt på et behov for bedre understøttelse af diagnostikken i almen praksis

De følgende fire afsnit opsummerer og diskuterer rapportens primære fund og peger undervejs på anbefalinger til en videre udvikling af området. Som nævnt indledningsvist i denne rapport, er store dele af området kendetegnet ved manglende viden og evidens. Nedenstående anbefalinger er derfor et analytisk sammendrag af informanternes vurderinger af relevante udviklingspotentialer, muligheder og barrierer. I de enkelte tilfælde, hvor vi selv har givet input til anbefalingerne, vil dette fremgå tydeligt.

6.1 Almen praksis – varierende strategier og handlemuligheder

Praktiserende læger navigerer i et komplekst beslutningsfelt i mødet med patienter, der har vage eller uspecifikke symptomer. Komplexiteten afspejler sig i et spænd af diagnostiske strategier afhængigt af bl.a. patientens symptomer. Strategierne går fra afventende tilgange og enkeltstående diagnostiske tiltag med fokus på at udelukke alvorlig sygdom for en sikkerheds skyld, til dialog med udredningsenheder og henvisning til MAS-forløb, når der er mistanke om alvorlig sygdom.

Denne analyse peger overordnet på, at de diagnostiske beslutninger, som træffes i almen praksis, ikke kun udspringer af lægens vurdering af patienten, men også af, hvilke specialiserede diagnostiske muligheder lægen har gode erfaringer med.

I den forbindelse ses stor variation i, hvilke, og især hvor hurtige, adgange lægerne har til specialiserede diagnostiske undersøgelser uden for pakkeforløbene – den udvidede adgang, som skulle udgøre det tredje ben i den danske trebenede strategi. Det samme overordnede fund gøres i VIVEs tidligere undersøgelse (8), hvilket peger i retning af, at der ikke er sket nogen udvikling på dette område.

En overordnet konsekvens er, at der i almen praksissektoren er ulige, og nogle steder mangelfuld, understøttelse af den type diagnostisk praksis, som starter med vage symptomer, der ikke giver en særlig mistanke om alvorlig sygdom, men blot et behov for at udelukke det – og hvor der alligevel fra tid til anden identificeres alvorlig sygdom. Forskning peger på, at omtrent 30 % af de kræfttilfælde, som opspores i almen praksis, findes på denne måde (2-4). Når de praktiserende læger har lange ventetider på 6-8 måneder på diagnostiske undersøgelser, indikeres altså et væsentligt potentiale for at reducere betydelige forsinkende led i en stor del af de udredningsforløb, der ender i en kræftdiagnose. En langsommelig understøttelse af udredning af vage symptomer i almen praksis udgør med andre ord et stort problem – eller et stort forbedringspotentiale – for kræftudredningen i Danmark.

På det praktiske plan betyder den mangelfulde understøttelse, at nogle praktiserende læger udnytter de indledende diagnostiske undersøgelser, som går forud for et MAS-forløb og andre kræftpakkeforløb, som en alternativ udvidet adgang. I den indledende diagnostik er den alment praktiserende læge stadig tovholder i udredningen, og det kan således umiddelbart pointeres, at de praktiserende læger har fundet en vej til at indfri behovet for at kunne udrede vage symptomer uden ansvarsoverdragelse til hospitalet. Men som det også fremgår i denne undersøgelse udgør den indledende diagnostik en standardiseret pakke, som ikke i tilstrækkelig grad kan tilpasses de enkelte patienter og dermed understøtte udredningen af forskelligartede vage symptomer. Dertil kommer en risiko for unødigt brug af CT, når andre mere passende undersøgelser ikke er tilgængelige for almen praksis.

Store dele af denne rapport har omhandlet fordele og ulemper ved MAS-forløbenes variationer samt forbedringspotentialer. Det betyder ikke, at de største forbedringspotentialer i dansk diagnostik indfries ved at justere MAS-forløbene, men er snarere et udtryk for, at MAS-forløbene faktisk er implementeret, hvorfor der er mange delelementer at adressere i en analyse af fordele, ulemper og forbedringspotentialer. Til sammenligning er det tredje ben i dansk kræftudredning – de praktiserende lægers udvidede adgang til specialiseret diagnostik – mangelfuldt implementeret. Analysen heraf er derfor mere enkel, men ikke desto mindre er anbefalingen, som følger heraf, den første og vigtigste, vi med denne rapport kan give i forhold til at løfte dansk kræftdiagnostik.

Anbefaling 1 – reel adgang til specialiserede diagnostiske undersøgelser skal sikres

Det skal sikres, at almen praksis har en reel, hurtig adgang til relevante diagnostiske undersøgelser. Dette er væsentligt for at understøtte almen praksis i en diagnostisk udelukkelsespraksis rettet mod vage symptomer, hvor alvorlig sygdom i langt de fleste tilfælde udelukkes, men hvor der alligevel findes omtrent 30 % af de kræfttilfælde, der opspores i almen praksis. Der er således potentiale for at reducere betydelige forsinkelser i en stor del af kræftudredningsforløbene. Desuden vil en hurtigere, direkte adgang modvirke uhensigtsmæssig brug af MAS og øvrige kræftpakker.

Anbefaling 1 vil i sin praktiske konsekvens ikke kun være et løft af kræftudredningen, men et bredere løft af diagnostikken i almen praksis, der hjælper lægerne hurtigt videre i udredningen og behandlingen af andre diagnoser. Et sådant bredere løft stemmer overens med den vision for almen praksissektoren, som Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) for nyligt har udarbejdet i fællesskab (12). Her lægges vægt på, at alment praktiserende læger i langt højere grad skal være tovholdere på patienternes forløb, også når de er i forløb på hospitalet, og at *"sygehusene i højere grad skal understøtte almen praksis via nem og ensartet tilgængelighed til rådgivning, diagnostiske undersøgelser samt andre servicefunktioner..."* (12). Blandt de udredningsenheder, som har medvirket i denne undersøgelse, gør flere af de interviewede læger en dyd ud af at være serviceorgan for almen praksis, og imødekomme deres behov. For en bredere national implementering af anbefaling 1 kan det dog være relevant at se med styringsbriller på, om hospitalernes incitament er justeret efter målsætningerne. Herunder særligt, om udredningsretten inden for 30 dage – som først gælder, når ansvaret for patienten overdrages til sygehuset via en henvisning – bliver en barriere for sygehusenes prioritering af undersøgelser, som rekvireres fra almen praksis, og hvor patientansvaret fortsat ligger her. Endelig vil udmøntningen af anbefaling 1 kræve en faglig afgørelse af, hvilke diagnostiske undersøgelser, der konkret skal være udvidet adgang til for almen praksis og inden for hvilke tidsrammer.

Når det kommer til de praktiserende lægers adgang til MAS, er vurderingen generelt positiv. Alle de medvirkende praktiserende læger i denne undersøgelse kender og bruger MAS og oplever sjældent afvisninger. Dog fremgår der også mindre variationer i oplevelsen af afvisninger samt indikationer på, at afvisninger er forbundet med en tilbøjelighed til at henvise sjældnere til MAS. Det er her vigtigt at holde sig for øje, at denne undersøgelse kun baserer sig på udtalelser fra de praktiserende læger, som kender og gør brug af MAS. Interviews foretaget i udredningsenheder i forbindelse med denne undersøgelse, samt en regional opgørelse (18), peger på, at der er en stor gruppe af praktiserende læger, som slet ikke gør brug af MAS, og som ikke har et samarbejde med de diagnostiske enheder. Hermed er der taget en eksisterende diagnostisk mulighed ud af ligningen for nogle patienter. Vi kan ikke her afgøre, om disse patienter får et dårligere forløb eller forsinket diagnostik af den grund, eller det er et udtryk for læger, som faktisk oplever god adgang til specialiseret diagnostik og derfor ikke har samme behov for at henvise til MAS. Forklaringerne kan være flere, men det kalder på en nysgerrighed efter at forstå, hvorfor MAS ikke er i brug blandt nogle praktiserende læger, og hvilke strategier de i stedet gør brug af i det diagnostiske arbejde. Er det fx, fordi den enkelte læge ikke har kendskab til MAS, eller er det, fordi de foretrækker andre diagnostiske veje, fx de vurderes at være nemmere at tage i brug eller giver hurtigere svar?

Vi vil her pege på de relativt nyetablerede klynger i almen praksis som et frugtbart sted at tage fat på disse og andre relaterede spørgsmål. Her kan håndteringen i almen praksis af patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom gøres til genstand for datadrevet kvalitetsudvikling. Fordelene ved klyngerne er i denne sammenhæng flere. Klyngerne udgør en eksisterende struktur, hvor lægerne i forvejen er forpligtet på deltagelse. Derudover er klyngerne geografisk definerede, hvilket skaber mulighed for et forum, hvor læger med tilknytning til samme udredningsenhed kan erfaringsudveksle om udredningen af uspecifikke symptomer på baggrund af data. Er lægerne tilknyttet flere forskellige udredningsenheder, åbner dette op for datasammenligninger på tværs af fx henvisninger, afvisninger mv. Her vil det ifølge undersøgelser af klyngesamarbejdet være væsentligt, at datasammenligning bruges til at skabe refleksion og stille spørgsmålstejn til praksis – ikke til at udpege rigtig og forkert adfærd i praksis (32). Endelig skaber den geografiske afgrænsning af klyngerne et forum for at afstemme og udveksle perspektiver med den lokale udredningsenhed om, hvordan man i samarbejde bedst varetager

interessen for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom via MAS-pakken. Klyngernes lokale forankring og databaserede element, vurderer vi her, skaber andre muligheder end fx undervisning af almen praksis for bl.a. at øge kendskabet til og brugen af MAS i almen praksissektoren. Dette forslag ville imidlertid skulle udvikles og kvalificeres i en klyngepakke.⁹

Anbefaling 2 – gør området til genstand for datadrevet kvalitetsudvikling i almen praksis

Der bør på interregionalt eller regionalt niveau udvikles materialer (klyngepakker) til klyngemøder, som giver et databaseret afsæt for lægernes indbyrdes erfaringsudveksling og deres samarbejde med eksterne parter om, hvordan man bedst varetager interessen for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom. Målet er ikke, at flere patienter skal henvises til MAS, eller at gennemtvinge en korrekt brug af MAS. Målet er, at brugen af, kendskabet til og samarbejdet om MAS udvikles nedefra med afsæt i data. Klyngerne kan ligeledes være et frugtbart forum for lægerne at udveksle erfaring om brugen af og adgangen til parakliniske undersøgelser i forbindelse med udredning af vage symptomer.

6.2 Afgrænsning af opgave- og ansvarsfordeling

Den variation, som er identificeret i denne og andre undersøgelser i relation til udredning af patienter med uspecifikke symptomer, relaterer sig ikke bare til de enkelte aktørers forskellige tilgange til opgaveløsningen, men også deres gensidige opgaveforståelse og deres forståelse af ansvarsfordelingen i det samlede forløb. Der foregår med andre ord et definitionsarbejde, som viser sig på mindst to områder i undersøgelsen.

Der foregår for det første et definitionsarbejde internt på hospitalerne i afgrænsningen af, hvilken rolle udredningsenhederne skal udfylde. Få udredningsenheder definerer deres opgave som alene bestående af at af- eller bekræfte kræft. Nogle udredningsenheder ser det som deres opgave først at slippe patienten, når der er stillet en diagnose, mens andre afslutter patienter, når mistanken om kræft er enten be- eller afkræftet, men sender patienten videre inden for egen organisation til videre udredning. Særligt den første variant adskiller sig fra de to andre ved hurtigere at sende patienter retur til almen praksis, som dermed igen får ansvaret for udredningen. Det er imidlertid ikke bare grænsedragningen mellem almen praksis og udredningsenhederne, der varierer, men også patientens videre rute til diagnose. Derfor er det væsentligt, at udredningsenhederne arbejder for at opnå en nogenlunde ens opgaveafgrænsning, som giver patienter samme betingelser for udredning af alvorlig sygdom ud over afklaringen af mistanken om kræft. Der synes at være enighed på tværs af udredningsenhederne om, at en bred diagnostisk tilgang er fornuftig, bl.a. for at undgå usammenhængende patientforløb mellem specialer og for at understøtte lige adgang til udredning. En bred diagnostisk tilgang er imidlertid ikke en prioritering, som udredningsenhederne kan stå for alene, bl.a. fordi mulighederne for at prioritere dette afhænger af enhedernes organisatoriske indlejring, samt opbakning fra den øvre ledelse – dette uanset om enheden selv varetager den bredere udredning, eller om det sker i samarbejde med andre afdelinger på hospitalet.

⁹ En klyngepakke udgør en skabelon for et klyngemøde rettet mod et bestemt og afgrænset emne. Heri indgår bl.a. forslag til relevante data, der kan belyse det givne emne og en mødestruktur, inkl. en ramme for en fælles diskussion og erfaringsudveksling (se <https://kiap.dk/kiap/klynge/klyngekoordinator/klyngepakker/klyngepakker.php> for eksempler).

Anbefaling 3 – enighed om opgaveforståelsen blandt udredningsenhederne

Der bør arbejdes på en fælles opgaveforståelse blandt udredningsenhederne og de omgivende hospitalsorganisationer, så patienterne afsluttes fra hospitalerne og overdrages til almen praksis på samme betingelser.

Mere specifikt anbefales det, at udredningsenhederne indlejres i den øvrige hospitalsorganisation på en måde, hvor den brede diagnostik prioriteres. Dette for at a) understøtte almen praksis bedst muligt, b) modvirke usammenhængende forløb på tværs af specialer og c) understøtte lighed i udredningsmuligheder.

Det er ikke nødvendigvis afgørende, om den enkelte udredningsenhed afgrænser sig til kun at udrede kræft, men derimod om der er mulighed for videre udredning af en patient med uspecifikke symptomer på et specialiseret niveau på hospitalet, hvis det vurderes nødvendigt.

Det hører også med til udredningsenhedernes opgaveafgrænsning at afklare, om MAS- og MUP-forløbene bør indgå som del af samme pakkeforløb. Dette spørgsmål er aktuelt et fokus i Sundhedsstyrelsens arbejde med at revidere de to diagnostiske pakkeforløb, og interviewene foretaget til denne undersøgelse peger på, at der fra udredningsenhedernes perspektiv er tale om en administrativ sondring og ikke en sondring, der har betydning i praksis. Der er typisk et behov for forskellige diagnostiske undersøgelser, og der er forskellige krav til forløbstider, men uanset om der er tale om en MAS- eller MUP-patient, er der tale om endnu ukendt sygdom, som skal identificeres, og her er den grundlæggende tilgang til arbejdet den samme.

Anbefaling 4 – sammenlægning af MAS- og MUP-forløb

Både blandt de alment praktiserende læger og lægerne i udredningsenhederne fremgår det, at en sammenlægning af MAS og MUP (som er et muligt element i revisionen af pakkeforløbene) er uproblematisk i deres kliniske praksis. Dermed er der ikke noget i denne undersøgelse, der taler imod en sammenlægning.

Endelig foregår der et definitionsarbejde vedrørende de radiologiske afdelingers rolle i relationen til almen praksis. De praktiserende læger ser en stor fordel i, at de billediagnostiske beskrivelser, som de modtager fra radiologerne – både når de anvender udvidet adgang, og når det drejer sig om indledende billediagnostisk til MAS-pakken – indeholder forslag til næste trin i udredningen af patienten. Som analysen har vist, er radiologerne ikke entydigt enige i, at dette er eller skal være deres rolle i samarbejdet med almen praksis. Nogle foretrækker den beskrivende rolle, mens andre ser det som deres kerneopgave at lave klinisk kommunikation, som mere aktivt bidrager til de næste skridt i udredningen af patienten.

Anbefaling 5 – afklar om radiologiske afdelinger laver beskrivende eller handlingsanvisende prøvesvar

Karakteren af kommunikationen mellem almen praksis og radiologer kan med fordel være genstand for en udvikling, hvor det bliver tydeliggjort, hvad der forventes af henholdsvis almen praksis og radiologerne i deres samarbejde. De praktiserende læger har præference for handlingsanvisende svar. Det vurderes desuden, at handlingsanvisende svar kan reducere potentiel risiko for overforbrug af diagnostik i almen praksis' udvidede adgang. Specifikt anbefales det, at der i Dansk Radiologisk Selskab tages en principiel drøftelse om, hvorvidt handlingsanvisende svar kan ses som en del af opgaven.

Samlet set peger ovenstående på, at der er behov for tage vare på eksisterende strukturer for kommunikation og samarbejde, både på nationalt, regionalt og lokalt niveau, så konkret opgave- og ansvarsfordeling sker på et velargumenteret grundlag frem for at være baseret på tilfældigheder.

6.3 Overgange og samarbejde mellem almen praksis og udredningsenhederne

Praksisnære undersøgelser af standardiserede procedurer i sundhedsvæsenet har vist, at vel fungerende standarder kun fungerer som sådan på grund af – ikke på trods af – at der sker en vis grad af tilpasning i praksis. Dette er ikke ensbetydende med, at den eksisterende praksis skal fortsætte uforandret, men en erkendelse af, at implementeringen af standardiserede procedurer kræver en tilpasning for at kunne forandre det eksisterende (33). Denne undersøgelse viser også, hvordan der er forskellige betingelser for organisering af udredningsenhederne afhængigt af hospitalernes størrelse, og af hvorvidt enhederne er indlejret i medicinske afsnit med henholdsvis bred eller sub-specialiseret profil. Derudover ses der forskellig forvaltning af kravet om blodprøver og billeddiagnostik forud for de praktiserende lægers henvisning til et MAS-forløb, bl.a. ud fra lokale vurderinger af, hvorvidt dette krav vil fungere som en barriere for de praktiserende lægers henvisninger til MAS. Diskussionen om ensretning af MAS-forløbet bør helt overordnet ske med blik for, hvornår afvigelser fra standarderne er udtryk for velbegrundet tilpasning til lokale omstændigheder, eller hensyn til den enkelte patients behov, og hvornår afvigelser ikke er, og måske derimod udgør en ulempe.

Et af de steder, hvor balancen mellem standardisering og lokal fleksibilitet træder tydeligt frem vedrører den filterfunktion som den indledende diagnostik udgør, og som skal afgøre, om patienter fortsætter i et MAS-forløb i en udredningsenhed. Det aktuelle billede er, at filterfunktionen i langt de fleste tilfælde er placeret i almen praksis (frem for i udredningsenheden), og indebærer krav om, at de praktiserende læger gennemfører et minimum af diagnostiske undersøgelser forud for en henvisning til MAS. Undersøgelse viser også, at der på tværs af landet og på tværs af almen praksis og udredningsenheder argumenteres for denne model. Både praktiserende læger og læger i udredningsenhederne vurderer, at de praktiserende læger ikke misbruger adgangen til bestilling af diagnostiske undersøgelser, og at der fra et fagligt synspunkt derfor ikke er grund til, at filterfunktionen ligger hos udredningsenhederne. Fra et organisatorisk synspunkt er det tilmed meningsfuldt, at der sker en filtrering af patienter hos de praktiserende læger, dels for at undgå, at enhederne svømmer over med patienter, dels for at sikre, at patienter, som kunne sendes direkte i et organspecifikt kræftpakkeforløb, ikke først sendes ad en omvej via et MAS-forløb. Trods denne relativt brede konsensus er perspektiverne i at udbrede denne organisering af filterfunktionen som national standard ikke ligetil. Det afspejler sig bl.a. ved, at man i enkelte udredningsenheder opererer med en fleksibel adgang, hvor nogle patienter tages ind, uden at den indledende diagnostik er gennemført i almen praksis. Denne fleksibilitet begrundes bl.a. med lokale vurderinger af, at arbejdspresset blandt de praktiserende læger er stort, og at alt for håndfaste krav til de praktiserende lægers henvisningsprocedurer kan udgøre en henvisningsbarriere for nogen. Desuden blev det i interviewene fremhævet, at den praktiserende læges mistanke om alvorlig sygdom kan være så stærk, at det giver mening at omgå henvisningskravene i nogle tilfælde. Disse elementer peger således på nogle ulemper og risici, hvis en national standardisering af indledende diagnostik udmøntes som ufravigelige henvisningskrav til almen praksis. En national standardisering af, hvem der udøver filterfunktionen, er imidlertid stadig relevant i forhold til at skabe en sammenlignelig monitorering af forløbene – i de tilfælde, hvor filterfunktionen er systematisk forskudt

til udredningsenhederne, medfører det, at udredningsopgaven her vil indebære væsentligt flere patienter, som kan afsluttes hurtigere. En national standardisering af filterfunktionens placering er dermed stadig anbefalelsesværdig af hensyn både til sammenligneligheden i monitorering af forløbstider, men muligvis også evt. andre fremadrettede monitoreringsformer. Men med til denne anbefaling hører også en opmærksomhed på de ovennævnte risici og ulemper forbundet med at indledende diagnostiske undersøgelser udmøntes som ufravigelige henvisningskrav og dermed en anbefaling om at tillade en vis fleksibilitet i adgangskravene til MAS.

Anbefaling 6 – afbalanceret national standardisering af indledende diagnostik

De indledende diagnostiske undersøgelser forud for evt. henvisning til MAS (filterfunktionen) kan med fordel varetages af de praktiserende læger for at sikre en effektiv filterfunktion og undgå unødige henvisninger og ansvarsoverdragelser til sekundær sektor. Det skal i alle tilfælde være sådan, at almen praktiserende læger ikke kun bestiller, men også vurderer prøvesvar i den indledende diagnostiske fase.

Lokale variationer på, om filterfunktion placeres i almen praksis eller i udredningsenhed, er problematisk i forhold til at skabe en sammenlignelig monitorering af forløbene – i de tilfælde, hvor filterfunktionen forskydes til udredningsenhederne, medfører det, at udredningsopgaven her vil indebære væsentligt flere patienter, som kan afsluttes hurtigere. En national standardisering af filterfunktionens placering er dermed anbefalelsesværdig af hensyn både til sammenligneligheden i monitorering af forløbstider, men muligvis også evt. andre fremadrettede monitoreringsformer. Der følger dog også risici og ulemper med, hvis en sådan standardisering udmøntes som ufravigelige henvisningskrav til almen praksis: Der er risici for at skabe henvisningsbarrierer, og i enkelte tilfælde kan den praktiserende læge have faglige begrundelser for at afvige fra standarden. Det anbefales derfor også, at en national standardisering ikke udmøntes som ufravigelige henvisningskrav, uden mulighed for tilpasning til den enkelte patientforløb.

Ovenstående er ikke et argument for, at der ikke skal stilles krav til og laves konkrete aftaler mellem de enkelte parter, som deltager i opgaveløsning. Tværtimod er det et argument for at efterstræbe ensartethed på tværs af landet, og samtidig styrke og bygge videre på de muligheder for dialog mellem de involverede aktører, som allerede findes, med henblik på at sikre hensigtsmæssige patientforløb og rettidig diagnostik også for de patienter, hvor de standardiserede forløb fraviges.

6.4 Fortsatte vidensbehov

Denne undersøgelse er gennemført som en interviewundersøgelse, der afsøger relevante aktørers vurderinger af fordele og ulemper ved forskellige måder at organisere arbejdet omkring udredning af patienter med uspecifikke symptomer, samt praktiserende lægers forskellige strategier og præferencer i udredningen af denne patientgruppe. Som ovenstående vidner om, giver det anledning til at fremhæve en række områder, hvor organisering, arbejdsdeling og samarbejde kan forbedres, men designet egner sig ikke til at afgøre de konkrete fordele ved forskellige modeller, og hvilke der dermed kan udpeges som en model til efterlevelse i hele landet. Undersøgelsen giver desuden anledning til at fremhæve områder, hvor der fortsat mangler viden (afsnit 5.4.2), herunder faglige spørgsmål relateret til valg af diagnostiske undersøgelser, spørgsmål relateret til kvaliteten af de diagnostiske forløb (fx stilles de rette diagnoser, og overser man noget), og spørgsmål relateret til patienters vej igennem det diagnostiske landskab, herunder et tidsligt overblik over antal og art af kontakter. Nedenfor opsummeres efterspørgslen på viden, som kom frem i interviewundersøgelsen.

Videnshuller fremhævet af informanterne i interviews:

- Overset sygdom:
 - Overser vi noget hos de patienter, der afsluttes uden diagnose, og kommer retur til egen læge? Får patienten en diagnose på alvorlig sygdom 6-12 mdr. efter MAS-forløbet?
- Initiering og afslutning af MAS-forløbene:
 - Hvorfra initieres MAS-forløbet? Er der forskel på resultatet, hvis forløb initieres af egen læge, anden hospitalsafdeling? Er der forskel på udkommet af de forløb, hvor den praktiserende læge sender patient direkte i MAS, i forhold til de forløb, hvor hun/han selv er tovholder en del af vejen?
 - Hvordan afsluttes patienterne i MAS-forløb? Retur til egen læge, i organspecifikt kræftpakkeforløb, andet?
- Monitorering af udførte undersøgelser i MAS-forløbet
 - Er indholdet i MAS-forløbene det rigtige? Hvilke undersøgelser er evt. overflødige? Hvilke undersøgelser er der brug for bedre adgang til?
- Patientens rute til diagnose:
 - Ruten til diagnose for de kræftpatienter, der ikke udredes via direkte henvisning til en kræftpakke (ikke kun MAS-patienter). Kontakter til sundhedsvæsenet, tidsintervaller, undersøgelser. Skal inkludere data fra almen praksis og bl.a. muliggøre analyse af mønstre til fremadrettet opsporing
 - Hvilke(n) diagnose(r) kommer patienten til udredningsenheden med, hvilke diagnoser afsluttes patienten med?

Disse spørgsmål lader sig ikke besvare uden brug af mere objektive data, men udfordringen synes dels at være tilgængeligheden af relevante data – herunder data, der dækker forløbet i almen praksis – dels at den variation, som kendetegner området både i relation til organisering og dataregistrering, gør det svært at lave sammenligninger på tværs af udredningsenheder og regioner. Trods ønsket herom eksisterer der således ikke for nuværende et tilstrækkeligt fuldstændigt nationalt datasæt eller en national kvalitetsdatabase, som kan bidrage til at udfylde nogle af de nævnte videnshuller på nationalt plan.¹⁰ Til gengæld lader det til, at der er basis for at gennemføre mindre (lokale eller regionale) dataudtræk med henblik på forskning, supplerende monitoreringsaktiviteter og kvalitetsudviklingsprojekter, som kan udbredes til andre regioner eller udredningsenheder.

Anbefaling 7 – behov for forskningsbaseret udvikling af nye nationale kvalitetsindikatorer

Den aktuelle monitorering af forløbstider tillægges ikke faglig værdi af informanterne i denne undersøgelse. Derimod er der tydelig efterspørgsel på et andet fokus i monitoreringen, som kan understøtte kvalitetssikring og -udvikling. Her er der blandt informanterne flere forskellige inputs til relevante kvalitetsindikatorer. Derfor anbefales det, at det faglige netværk omkring udredningsenhederne går sammen om at definere, hvilke kvalitetsindikatorer der kan indgå i en fremadrettet monitorering af området. Denne proces bør ledsages af sundhedstjenesteforskning i, hvilke indikatorer der egner sig bedst til kvalitetssikring og -udvikling på området.

¹⁰ En nylig rapport fra Kræftens Bekæmpelse indeholder en udfoldet anbefaling til monitorering af området, som delvist overlapper med videnshullerne fremhævet ovenfor (18).

Litteratur

- (1) PLO, Kræftens Bekæmpelse. Kræftpatienter og almen praksis: En styrket indsats. København: PLO & Kræftens Bekæmpelse; 2017.
- (2) Nielsen TN, Hansen RP, Vedsted P. Præsentation af symptomer i almen praksis hos patienter med cancer. Ugeskr Laeger 2010;172(41):2827-2831.
- (3) Jensen H, Tørring ML, Olesen F, Overgaard J, Vedsted P. Cancer suspicion in general practice, urgent referral and time to diagnosis: a population-based GP survey and registry study. BMC Cancer 2014;14(1):1-11.
- (4) Vedsted P, Olesen F. A differentiated approach to referrals from general practice to support early cancer diagnosis: the Danish three-legged strategy. Br J Cancer 2015;112(1):65-69.
- (5) Sundhedsstyrelsen. Diagnostisk pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, der kunne være kræft. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
- (6) Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb for metastaser uden organspecifik kræfttype. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
- (7) Regeringen. Jo før – jo bedre: Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2014.
- (8) Hauge AM, Vinge S, Kjellberg J, Højgaard B. Kræftudredning uden for kræftpakkerne: Analyse: Hvordan fungerer udredningen i almen praksis og i diagnostisk pakkeforløb? København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2018.
- (9) Damhus CS, Siersma V, Dalton SO, Brodersen J. Non-specific symptoms and signs of cancer: different organisations of a cancer patient pathway in Denmark. Scand J Prim Health Care 2021;39(1):23-30.
- (10) Hauge AM. Kræftpakkerne fungerer som en motorvej– men hvem har styr på lokaltrafikken? 2019; Available at: <https://bpno.dk/artikler/kræftpakkerne-fungerer-som-en-motorvej-men-hvem-har-styr-paa-lokaltrafikken/>.
- (11) Christensen BK. Professor: Kræftudredningen i Danmark er dybt kaotisk. 2021; Available at: <https://sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/4555-professor-kræftudredningen-i-danmark-er-dybt-kaotisk.html>.
- (12) PLO, Danske Regioner. Vision for almen praksis i 2030. København: PLO & Danske Regioner; 2020.
- (13) Sundhedsstyrelsen. National kræftplan: Status og forslag til initiativer i relation til kræftbehandlingen. København: Sundhedsstyrelsen; 2000.
- (14) Sundhedsstyrelsen. Kræftplan II: Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forbedringer af indsatsen på kræftområdet. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- (15) Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats på kræftområdet: Et sundhedsfagligt oplæg. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
- (16) Kræftens Bekæmpelse. Diagnostiske strategier: En begrebsafklaring. København: Kræftens Bekæmpelse; 2015.
- (17) Statsrevisorerne. Rigsrevisionens beretning afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger: Rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter. København: Statsrevisorerne; 2018.

- (18) Kræftens Bekæmpelse. Viden om kvalitet i opsporing og diagnostik af kræft. København: Kræftens Bekæmpelse; 2020.
- (19) Sørensen F, Lerche A, Jakobsen M. Notat: Initiativer vedr. tidlig opsporing af kræft i almen praksis. Vejle: Region Syddanmark; 2016.
- (20) Hansen RP, Søndergaard J, Sørensen H, Olesen F. 1210 Poster: Delay in cancer diagnosis—is there a problem? EJC Supplements 2007;4(5):163-164.
- (21) Hamilton W. Cancer diagnosis in primary care. Br J Gen Pract 2010 Feb;60(571):121-128.
- (22) Virgilsen LF, Jensen H, Pedersen AF, Zalounina Falborg A, Vedsted P. Patient's worry about cancer and the general practitioner's suspicion of cancer or serious illness: A population-based study in Denmark. European Journal of Cancer Care 2021;30:1-11.
- (23) Harris M, Brekke M, Dinant GJ, Esteva M, Hoffman R, Marzo-Castillejo M, et al. Primary care practitioners' diagnostic action when the patient may have cancer: An exploratory vignette study in 20 European countries. BMJ Open 2020 Oct 31;10(10):1-10.
- (24) Smith CF, Tompson AC, Jones N, Brewin J, Spencer EA, Bankhead CR, et al. Direct access cancer testing in primary care: A systematic review of use and clinical outcomes. Br J Gen Pract 2018 Sep;68(674):594-603.
- (25) Fredberg U, Olsen F. Regionsdirektøren har ikke forstået grundlaget for lavdosis-CT-sagen. 2020; Available at: <https://www.sundhedspolitisktidsskrift.dk/meninger/kommentarer/3814-regionsdirektoren-har-ikke-forstaet-grundlaget-for-lavdosis-ct-sagen.html>.
- (26) Sundhedsdatastyrelsen. Diagnostisk pakkeforløb for alvorlig sygdom. København: Sundhedsdatastyrelsen; 2019.
- (27) De Bruijn H. Performance measurement in the public sector: strategies to cope with the risks of performance measurement. International Journal of Public Sector Management 2002;15(7):578-594.
- (28) Diana M. MEASURING PERFORMANCE IN THE PUBLIC SECTOR: BETWEEN NECESSITY AND DIFFICULTY. Studies in Business & Economics 2014;9(2):40-50.
- (29) Sansone C, Harackiewicz JM. Intrinsic and extrinsic motivation: The search for optimal motivation and performance. Cambridge, MA: Academic Press; 2000.
- (30) Benabou R, Tirole J. Intrinsic and extrinsic motivation. The review of economic studies 2003;70(3):489-520.
- (31) Fritzen M. Registrering af maksimale ventetider på patienter i diagnostisk pakkeforløb: Har lægesekretæren redskaberne til at registrere korrekt og tidstro? Herlev: Center for Offentlig Kompetenceudvikling; 2019.
- (32) Madsen MH, Klausen MB, Kousgaard MB, Bundgaard M, Mikkelsen TH, Kristensen MT, et al. Kvalitetsklynger i almen praksis: En kvalitativ undersøgelse af klyngernes første år. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2020.
- (33) Timmermans S, Berg M. Standardization in action: achieving local universality through medical protocols. Soc Stud Sci 1997;27(2):273-305.

VIDEN
VELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD