

# Indflydelsen af den henvisende læges kliniske vurdering på ventetidsgarantien for brystkræft i Frederiksborg Amt

Klinikchef Jack Hoffmann

Hørsholm Sygehus, Brystkirurgisk Klinik

## Resume

**Introduktion:** Sundhedsministeriets ventetidsgaranti for brystkræft blev indført i 2000. Undersøgelsen havde til formål at vurdere, om garantien fungerer efter hensigten.

**Materiale og metoder:** På Brystkirurgisk Klinik på Hørsholm Sygehus blev der foretaget en prospektiv registrering af den henvisende læges henvisningsmønster i en firemånedersperiode. Følgende data blev registreret: henvisningsdiagnosen, slutdiagnosen og ventetid fra modtagelsen af henvisningen til det ambulante besøg.

**Resultater:** Der var i alt 1.829 kvinder, som blev henvist i perioden. Henvisningsdiagnosen var cancer obs. pro hos 90 kvinder. Blandt disse havde 38 kvinder cancer (42,2%). Henvisningsdiagnosen var en ikkemistænkelig knude, blodigt eller klart sekret, forandringer i huden eller på brystvorten hos 534 kvinder. I alt 58 kvinder havde cancer (10,9%). Blandt kvinder henvist med fibroadenomatose, palpable lymfeknuder eller ikke blodigt sekret var incidensen af cancer syv ud af 208 (3,4%). Ventetidsgarantien for kvinder henvist på grund af mistanke om cancer var opfyldt i 100% af tilfældene. Middelventetid var fem dage.

**Diskussion:** Det var logistisk set muligt at opfylde ventetidsgarantien i 100% af tilfældene. Garantien retningslinjer »fangede« dog kun 31% af kvinderne med brystkræft. Hvis man udvider garantien indgangskriterier til at inkludere alle kvinder med palpable knuder, blodigt/klart sekret og hud- eller papilforandringer vil garantien omfatte knap 80% af kvinderne med brystkræft. Henvisningstærsklen skal hæves for at skabe den nødvendige plads i systemet. Dette kræver en informationsindsats, som rettes mod de henvisende læger.

Sundhedsministeriets ventetidsgaranti for brystkræft [1] blev indført i marts 2000. Garantien fastlægger, at kvinder henvist pga. mistanke om brystkræft skal indkaldes til diagnostisk vurdering inden for 14 dage. Forudsætningen, for at ventetidsgarantien kan overholdes, er, at den henvisende læge kan differentiere mellem maligne og benigne fund i brystet med tilstrækkelig nøjagtighed. Hvis den henvisende læge overdiagnosticerer brystkræft, oversvømmes de »akutte« diagnostiske resurser, og garantien kan ikke overholdes. Er brystkræft underdiagnosticeret ved klinisk undersøgelse, kommer mange kvinder til at vente længere på en vurdering, end det er garantiens hensigt.

Akilleshælen i Sundhedsministeriets ventetidsgaranti er således den henvisende læges diagnostiske træfsikkerhed. Af den grund fandtes det interessant at analysere den henvisende læges henvisningsmønster i henhold til ventetidsgarantien.

## Patienter og metoder

Brystkirurgisk Klinik, Hørsholm Sygehus, er en specialafdeling udelukkende til behandling af kvinder med mammalidelser [2]. Klinikken betjener hele Frederiksborg Amt. Samtlige henvisninger til udredning og behandling af kvinder med mammalidelser i Frederiksborg Amt stiles til Brystkirurgisk Klinik. Klinikchefen er ansvarlig for visitation og prioritering af henvisninger.

Henvisningen skrives på en speciel henvisningsseddel. På sedlens bagside findes vejledning om henvisningsproceduren. Henvisningerne visiteres og prioriteres ifølge den henvisende læges oplysninger.

Når den henvisende læge vurderer tilstanden som suspekt for cancer, tilstræbes det at indkalde kvinden inden for en uge (kategori I). Det er denne kategori, som er omfattet af den lov-mæssige behandlingsgaranti på 14 dage. Det tilstræbes, at alle kvinder med: 1) palpable knuder i brystet som ikke umiddelbart virker suspekter, 2) blodigt eller klart udflåd fra papil eller 3) læsioner på huden, brystvorten eller areola, indkaldes til ambulatoriet inden for 14 dage (kategori II).

Når det drejer sig om kvinder henvist med: 1) fibroadenomatose eller fortætninger, som ikke er klinisk suspekter, 2) palpable, ikkesuspekter lymfeknuder, 3) udflåd, som ikke er blodigt eller klart eller 4) brystmerter, der ønskes vurderet, indkaldes kvinden inden for fire uger (kategori III).

Kvinder i kategori I-III visiteres primært til undersøgelse hos kirurgen i ambulatoriet. I ambulatoriet foretager kirurgen en klinisk undersøgelse. I samme seance foretages der mammografi, og hvor dette er indiceret; ultralydsskanning, cysteaspiration, finnålsaspirationscytologi og/eller grov nålsbiopsi.

Kvinder med brystmerter eller fibroadenomatose, hvor den henvisende læge ikke har anmodet om vurdering hos en kirurg, eller kvinder, der ønsker screening (der er intet formelt screeningsprogram i Frederiksborg Amt), visiteres uden forudgående besøg hos en kirurg til mammografi (gråzonescreening) (kategori IV). Mammografi suppleres oftest med en ultralydsskanning.

For at vurdere den henvisende læges henvisningsmønster og relatere dette til ventetidsgarantien blev der foretaget en prospektiv registrering i en firemånedersperiode fra den 1. august 2003 til den 30. november 2003. Følgende data blev registreret:

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

**Tabel 1.** Henvisningsdiagnoser og kræftincidenser: 1.829 kvinder.

Henvisningsårsag	Kategori	n	Cancer			
			DCIS, antal	invasiv cancer, antal	antal i alt	% af n
Cancer obs. pro	I	90	2	36	38	42,2
Ikkesuspekt knude	II	433	5	46	51	11,8
Cyste	II	63	0	5	5	7,9
Blodigt/klart sekret	II	18	0	1	1	5,6
Hudforandringer	II	8	0	0	0	0,0
Papilforandringer	II	6	0	1	1	16,7
Hæmatom	II	6	0	0	0	0,0
Fibroadenomatose	III	115	1	5	6	5,2
Mastalgi	III	21	0	0	0	0,0
Ikke blodigt/klart sekret	III	26	0	0	0	0,0
Palpable lymfeknuder	III	46	0	1 <sup>a</sup>	1	2,2
»Screening«	IV	927	3	16	19	2
Familier disposition	ekskluderet	47	0	0	0	0,0
Betændelse	ekskluderet	15	0	0	0	0,0
Problem med protese	ekskluderet	8	0	0	0	0,0
I alt		1.759	11	111	122	6,9

a) malignt lymfom; DCIS: ductal carcinoma in situ.

**Tabel 2.** Henvisningsdiagnosen og slutdiagnosen, antal.

Henvisningsårsag	Cancer	Benign tumor	Cyste	Fibro-ade-nomatose	Ak-sillær lymfe-knude	Acces-sorisk kirtel-væv	Hud-tumor	Betæn-delse	Fedt-nekrose	Galak-tocele	Hæ-ma-tom	Dukt-ektasi	Eksem	Duk-tus papil-lom	Ate-rom	I alt
Cancer obs. pro	38	11	18	13	1	0	0	5	0	0	1	1	2	0	0	90
Ikkesuspekt knude	51	74	74	193	12	5	6	3	3	4	1	6	1	0	0	433
Cyste	5	5	33	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	63
Blodigt/klart sekret	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0	0	0	18
Ikke blodigt/klart sekret	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	23	0	0	0	26
Hudforandringer	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	8
Papilforandringer	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	6
Hæmatom	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	6
Fibroadenomatose	6	11	8	87	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	115
Mastalgi	0	2	1	17	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21
Palpable lymfeknuder	1	1	1	14	25	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	46
Positiv screening	19	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25
I alt	122	106	140	351	38	10	6	10	3	5	7	49	3	3	4	857

1) henvisningsdiagnose, 2) slutdiagnose og 3) ventetider fra modtagelsen af henvisningen til det ambulante besøg.

### Resultater

I registreringsperioden blev der henvist 1.829 kvinder til visitation på Brystkirurgisk Klinik (**Tabel 1**). I alt 70 kvinder blev ekskluderet fra undersøgelsen, idet henvisningsårsagerne ikke var relevante for opgørelsen. Det drejede sig om 47 kvinder henvist til udredning for familiære dispositioner for mammacancer, 15 kvinder henvist med betændelse og otte kvinder, der havde problemer med siliconeproteser.

I alt fik 111 kvinder stillet diagnosen invasivt karcinom, og 11 kvinder fik stillet diagnosen ductal carcinoma in situ (DCIS). Det svarede til i alt 122 kvinder (**Tabel 1**).

De 927 kvinder i kategori IV blev visiteret til gråzone-screening. Hos 25 kvinder (2,7%) viste undersøgelsen mistanke om kræft, og der blev foretaget ultralydvejledt biopsi. Disse

25 kvinder blev henvist til afgivelse af svar på Brystkirurgisk Klinik og blev inkluderet i ventetidsstatistikken. I alt 16 biopsier viste tegn på invasiv cancer, og tre viste tegn på DCIS. Seks kvinder fik afkræftet mistanken. De andre 902 kvinder i denne gruppe blev ekskluderet fra den videre analyse.

Der resterende 857 kvinder til vurdering: Af de 90 kvinder i kategori I (kvinder, som var omfattet af ventetidsgarantien) fik 36 konstateret invasiv cancer, og to fik konstateret DCIS, hvilket svarede til i alt 38 kvinder (42,2%). Blandt de 534 kvinder i kategori II havde 53 invasiv cancer, og fem havde DCIS, hvilket svarede til i alt 58 kvinder (10,7%). I kategori III var der 208 kvinder. Fem kvinder havde invasiv mammacancer, en kvinde havde malignt lymfom, og en kvinde havde DCIS, hvilket svarede til i alt syv kvinder (3,4%). Slutdiagnoserne vises i **Tabel 2**. Af de 122 kvinder, som fik konstateret kræft, fandtes 31,1% i kategori I (omfattet af ventetidsgarantien), og 47,5% i kategori II (ikke omfattet af ventetidsgarantien) (**Tabel 3**).

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 3. Fordeling af cancer ifølge henvisningskategori.

Kategori	Cancer	%
I	38	31,1
II	58	47,5
III	7	5,7
IV	19	15,6
I alt	122	100,0

## Ventetider

Blandt de 115 kvinder med henvisningsdiagnosen cancer eller cancer obs. pro (90 kvinder fra den henvisende læge og 25 kvinder fra Billeddiagnostisk Afdeling) ventede 112 kvinder mellem 1-7 dage. En kvinde ventede i otte dage, en i 11 dage, og en ventede i 13 dage (middelventetid fem dage). Ud af de resterende 742 kvinder, som ikke var omfattet af garantien, var der 534 kvinder i kategori II, og 208 kvinder i kategori III. Kvinderne i kategori II ventede mellem syv og 21 dage (middelventetid 12 dage). I kategori III var ventetiden mellem 14 og 35 dage (middelventetid 24 dage).

## Diskussion

Ventetidsgarantien blev indført for at give kvinder henvist pga. mistanke for brystkræft hurtig adgang til diagnose og behandling. Konceptet er foreneligt med anbefaling fra The European Society of Mastology (EUSOMA) [3] og er også indført i andre lande [4, 5].

Den almene opfattelse, specielt blandt lægfolk, om at kortvarige forsinkelser i diagnosen (under tre måneder) influerer på overlevelsen, er ikke videnskabeligt underbygget [4, 5, 6].

Fordelen ved ventetidsgarantien er af ren psykologisk værdi. Det vil sige, at kvinder, som er henvist pga. mistanke for brystkræft undgår lange uudholdelige ventetider.

Ventetidsgarantien er imidlertid belastende for systemet og kræver ikke bare ekstra resurser, men også god vilje blandt personalet for at kunne fungere optimalt. Det synes derfor relevant at analysere, om man med ventetidsgarantien har opnået den tilsigtede effekt.

Det første spørgsmål, der skal besvares, er, om ventetidsgarantien er opnåelig i praksis. Svaret på dette spørgsmål er et utvetydigt ja. Både i undersøgelsesperioden og i løbet af de sidste treethalvt år har Brystkirurgisk Klinik, Hørsholm Sygehus, opfyldt ventetidsgarantien 100%.

Det næste spørgsmål er, hvor gode de henvisende læger er til at skelne mellem benigne og maligne lidelser. Ventetidsgarantiens succes står og falder netop med dette punkt. Tolkning af brystets kliniske tegn er svært. Hos kirurgiske eksperter er en klinisk kræftdiagnose kun korrekt i syv ud af ti tilfælde [7]. Træfsikkerheden hos de mindre rutinerede falder til ca. 30% [5, 8, 9]. I Frederiksborg Amt var henvisningsdiagnosen »cancer obs. pro« korrekt i 42% af tilfældene. Dette må betragtes som en acceptabel diagnostisk specificitet. En dårligere træfsikkerhed kunne afspejle enten ringe kliniske evner eller for-

søg på at »snyde« systemet ved at dramatisere de kliniske fund, for at få kvinden hurtigere igennem systemet [4]. Der er ingen tegn på, at dette sker i Frederiksborg Amt.

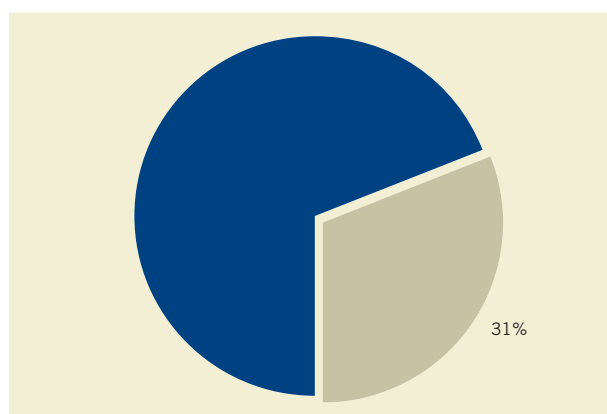
Det andet kvalitetsmål er en vurdering af den henvisende læges diagnostiske sensitivitet, altså sandsynligheden for, at kvinden ikke har cancer, når den henvisende læges kliniske vurdering ikke har givet anledning til diagnosen »cancer obs. pro«. Her var tallet 91,2%. Med andre ord var der i kategori II og III kun 65 cancere blandt de 742 kvinder, som var uden for ventetidsgarantiens målgruppe.

Denne statistik virker umiddelbart tilfredsstillende. Men, når man ser på data fra en anden vinkel er situationen mindre hensigtsmæssig: Kun 31% af kvinderne med kræft fik fordel af ventetidsgarantien (Figur 1). Havde man også inkluderet kategori II i garantien, ville man have »fanget« 78,6% af de relevante kvinder (Tabel 3).

De lovbelagte garantibestemmelser kræver ikke en specifik symptomatologi som grundlag for kategorisering under garantiens rammer. Der er formentlig afdelinger, der i forbindelse med visitation til udredning af brystlidelser, allerede anvender de symptomer, der er nævnt under kategori II, som tegn, der kan give mistanke om brystkræft, og derfor henregner denne kategori under ventetidsgarantiens bestemmelser om maksimalt 14 dages ventetid på udredning.

Baseret på tankegangen, at hurtig indkaldelse er af psykologisk snarere end onkologisk betydning, har man i Frederiksborg Amt siden 1998 [2] etableret et system, hvor ventetidsgarantiens retningslinjer ikke har den store betydning. Alle kvinder med symptomer, der kan tyde på cancer (kategori II), selv om der ikke var oplagte maligne tegn, (kategori I) tilstræbtes indkaldt inden for 14 dage. Dette mål er opnået, idet klinikens middelventetid for kategori II er 12 dage. Vi har således ubevidst løst problemet, som det er beskrevet i det forrige afsnit.

Det sidste spørgsmål er, hvordan man skaber den nødvendige plads i ambulatoriet til hurtig indkaldelse af både kategori I og II. Kvinder bliver daglig bombarderet med information om risikoen for at få brystkræft og brystkræftens varsels-tegn. Tærsklen for henvendelse til en læge er derfor meget lav.



Figur 1. Andelen af kvinder med brystkræft, som får fordel af ventetidsgarantien.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

Tendensen til, at lægen henviser kvinden videre til vurdering af brystsymptomerne hos en specialist, stiger i takt med lægens usikkerhed og frygt for at overse kræft. Dette kræver en informationsindsats, som rettes mod de henvisende læger [5]. I Frederiksborg Amt har Brystkirurgisk Klinik derfor i flere år tilbudt regelmæssig undervisning i benigne mammalidelser samt offentliggjort skriftlige vejledninger om disse lidelser.

Denne undersøgelse har vist, at risikoen for kræft hos kvinder, der henvender sig med fibroadenomatose, mastalgi, ikke-blodigt papilsekret eller forstørrede lymfeknuder i aksillen, er meget lav (kategori III). Dette er bekræftet i andre undersøgelser, specielt hos kvinder under 35 år [4, 10, 11]. Med denne viden samt et godt alment kendskab til benigne mammalidelser, bør henvisningstærsklen fra primærsektoren til specialklinikken for kategori III være høj, og dermed skabe plads i klinikken til kvinder, hos hvem kræft er mere sandsynlig.

Kvinder i kategori III har symptomer, der sjældent afspejler malignitet og oven i købet ofte forsvinder efter nogle ugers ventetid. Det er derfor forsvarligt, hvis den henvisende læge alligevel finder det nødvendigt at henvise denne kategori, at disse kvinder venter fire uger inden vurdering i specialklinikken. Det kræves dog, at den henvisende læge er dygtig til at forklare tilstandens patogenese og forventede forløb og kan overbevise kvinden om, at sandsynligheden for, at symptomerne er tegn på cancer, er yderst begrænset (3,4% i denne opgørelse).

Konklusionen af denne undersøgelse er, at Sundhedsministeriets ventetidsgaranti er opnåelig ud fra en logistisk synsvinkel. Undersøgelsen viser dog, at garantien kun »fanger« ca. 30% af målgruppen, nemlig kvinder med brystkræft. For at opnå, at knap 80% af kvinder med brystkræft omfattes af garantien, kræves det, at alle kvinder med tegn, der kan tyde på brystkræft f.eks. palpable knuder i brystet, inkluderes

i garantien, også selv om den henvisende læge ikke tolker fundet som suspekt. Plads i systemet til disse ekstra henvisninger skaffes ved at tilbyde information om benigne mammalidelser til de henvisende læger. Hensigten med denne information er at øge de henvisende lægers diagnostiske selvsikkerhed, og sætte dem i bedre stand til selv at behandle kvinder med ikke mistænkelige symptomer (f.eks. fibroadenomatose, mastalgi, ikke-blodigt papilsekret), og herved undgå unødige henvisninger til specialister.

Korrespondance: Jack Hoffmann, Brystkirurgisk Klinik, Hørsholm Sygehus, DK-2970 Hørsholm.  
E-mail: jaho@fa.dk

Antaget: 11. oktober 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

#### Litteratur

1. Bekendtgørelse 2000-03-08 nr. 161 om behandling af visse livstruende sygdomme.
2. Hoffmann J. To års erfaring med en amtslig specialklinik for behandling af mammalidelser. Ugeskr Læger 2000;162:5086-8
3. Eusoma Secretariat. The requirements of a specialist breast unit. Eur J Cancer 2000;36:2288-93.
4. Agaba AE, Bagul A, Adenugba JB et al. Audit of patient's waiting time to see their family doctor prior to referral to a fast-access breast clinic in the era of a guaranteed 2-weeks wait. The Breast 2002;11:430-3.
5. Sauven P. Impact of the "2 week wait" on referrals to breast units in the UK. The Breast 2002;11:262-4.
6. Andrew BT, Bates T. Delay in the diagnosis of breast cancer: medico-legal implications. The Breast 2000;9:223-37.
7. Boyd NF, Sutherland HJ, Fish EL. Prospective evaluation of physical examination of the breast. Am J Surg 1981;142:331-4.
8. Hindle WH. Breast mass evaluation. Clin Obstet Gynecol 2002;45:750-7.
9. Morrow M, Wong S, Venta L. The evaluation of breast masses in women younger than 40 years of age. Surgery 1998;124:634-41.
10. Seltzer MH. Breast complaints, biopsies, and cancer correlated with age in 10.000 consecutive new surgical referrals. The Breast Journal 2004;10:111-7.
11. Roshan Lall C, Leinster S, Mitchell S et al. Current patterns of referral in breast disease. The Breast 2000;9:334-7.

## Narkolepsi hos en otteårig dreng

Reservelæge Lene Ruge Møller & overlæge John R. Østergaard

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital, Risskov, og  
Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus, Børneafdelingen

Narkolepsi forekommer hos 20-60 pr. 100.000 personer i den vestlige verden, heraf har 33-50% symptomer inden 15-årsalderen [1, 2]. Manglende viden om sygdommen kan være årsag til, at diagnosen yderst sjældent stilles hos børn i Danmark.

Narkolepsi kendes ved søvnighed og søvnanfald, katapleksianfald (muskeltonustab) hypnagog og hallucinationer (mare-ridtignende oplevelser i vågen tilstand), søvnparalyse og mange opvågninger i løbet af natten [1]. Hos børn er vægtøgning ofte et tidligt tegn [3]. Samtlige symptomer forekommer

sjældent hos børn, og træthed kan være det eneste symptom i mange år, hvilket vanskeliggør diagnosen [1, 2, 4, 5]. Årsag til narkolepsi menes at være destruktion af celler i hypothalamus, disse secernerer et neuropeptid, hypocretin, som spiller en ikke afklaret rolle i søvnregulering [2, 4, 5].

#### Sygehistorie

Patienten var en otte år gammel dreng. Fødslen var forløbet normalt efter en normal graviditet. Drengen havde feber-