

Praktiserende lægers holdning til udredning af lungecancer og organisering af udredningen

Læge Marianne Bjerager, overlæge Torben Palshof, professor Ronald Dahl & professor Frede Olesen

Aarhus Universitet, Institut og Forskningsenhed for Almen Praksis, og Århus Sygehus, Onkologisk Afdeling og Lungemedicinsk Afdeling

Resume

Introduktion: Formålet med studiet var at undersøge, om der er en nihilistisk holdning til udredning af lungecancer blandt praktiserende læger i Danmark og at få lægernes vurdering af det diagnostiske udredningsforløb.

Materiale og metoder: Et spørgeskema blev sendt ud til 1.186 tilfældigt udvalgte praktiserende læger. Spørgeskemaets centrale dele omhandlede: mulighederne for at forbedre den forebyggende indsats, holdninger til lungecancerudredning, meninger om ventetider i udredningen og lægernes kliniske praksis.

Resultater: I alt 848 (71%) læger besvarede spørgeskemaet. Kun 12% var enige i, at lungecancer havde en så dårlig prognose, at det reelt ingen hast havde med at få stillet diagnosen. 22% var enige i, at forlænget udredningstid sjældent ville betyde noget for prognosen. Kvinderne var mindst nihilistiske. Ca. halvdelen mente, at udredningstiden for patienter med lungecancer var for lang. Der var dog stor variation fra amt til amt. Hovedparten af lægerne fulgte Dansk Lunge Cancer Gruppens rekommandationer for udredning af lungecancer, især de ældre læger, der også oftest angav, at de aftalte kontrol efter lungeinfektioner. Mere end hver fjerde læge var tilbageholdende med at bruge ordene kræft/cancer i henvisninger.

Konklusion: I undersøgelsen kunne det ikke påvises, at der blandt praktiserende læger generelt var en nihilistisk holdning til lungecancer. Det så ud til, at ældre læger udviste størst agtpågivenhed i udredningen. Tilfredsheden med ventetider varierede betydeligt amterne imellem. Mange læger var tilbageholdende med at bruge ordet kræft/cancer i henvisningerne.

Lungecancer er en af de hyppigste cancersygdomme i Danmark med ca. 3.600 nye tilfælde om året [1]. Lungecancer er den hyppigste årsag til cancerdød hos både mænd og kvinder [2]. En praktiserende læge ser i gennemsnit en ny lungecancerpatient om året. Ca. tre fjerdedele af patienterne har spredning af sygdommen på diagnosetidspunktet [3], og dødeligheden i denne gruppe er meget høj inden for det første år. Femårsoverlevelsen blev i 2002 opgjort til at være 7% [4], hvilket er lavere end i de øvrige nordiske lande [5]. En sammenligning af patienter fra Danmark, Norge og Finland viste, at den lavere femårsoverlevelse i Danmark til dels kunne tilskrives, at patienter i Danmark diagnosticeres på et senere stadium end pa-

tienterne i Norge og Finland [6]. Den dårlige prognose kunne give grobund for en nihilistisk holdning til lungecancer og dermed bidrage til sen diagnostik, hvilket også er blevet fremhævet flere steder [7, 8]. En anden mulig forklaring på den relativt dårligere prognose i Danmark kunne være forsinkelse i den diagnostiske proces og stadieforskydning som følge af ventetider på undersøgelser.

Hovedformålet med denne undersøgelse var at afdække, om der blandt praktiserende læger i Danmark fandtes en nihilistisk holdning til diagnosticering og behandling af lungecancer, og om de praktiserende læger var tilfredse med organiseringen af udredningen.

Materiale og metoder

På baggrund af litteraturstudier og to fokusgruppeinterview med i alt otte praktiserende læger, to lungemedicinere, en thoraxkirurg og en onkolog blev der udarbejdet et spørgeskema. Spørgeskemaet blev først pilottestet blandt fem forskningserfarne praktiserende læger. Det blev derefter rettet til og sendt ud i anden pilottest til 30 tilfældigt udvalgte praktiserende læger med opfordring til at kommentere spørgsmålene og foreslå ændringer. Herefter blev der foretaget yderligere ændringer.

For at opnå acceptable sikkerhedsgrænser valgte vi at sende spørgeskemaet til ca. en tredjedel af de praktiserende læger i Danmark. Via registreringsafdelingen i Lægeforeningen blev der udtrukket en liste med 1.201 tilfældigt udvalgte praktiserende læger med oplysninger om konsultationsadresse, køn, alder og kandidatår. Spørgeskemaet blev i september 2002 sendt ud til 1.186 praktiserende læger. Femten blev ekskluderet, fordi de havde deltaget i fokusgruppeinterview eller pilottestning af spørgeskemaet. Fem uger efter udsendelsen af spørgeskemaet blev der sendt en påmindelse til 492 læger (42%), der endnu ikke havde svaret.

Spørgeskemaet

Spørgeskemaets centrale dele handlede om lægernes mening om mulighederne for at forbedre den forebyggende indsats, om deres holdning til lungecancerudredning, deres mening om ventetider og deres kliniske praksis. Desuden var der spørgsmål om relevante demografiske data. Alle svar blev afgivet på en firepunktsskala fra »helt enig« til »helt uenig« plus en »ved ikke«-kategori.

Godkendelse

Undersøgelsen blev godkendt af PLO og DSAM's Udvalg vedrørende multipraksisundersøgelser (MPU).

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Lægernes besvarelse af spørgsmål til belysning af evt. nihilistisk holdning til udredning. 95% konfidensintervaller i parentes.

Udsagn	n	»Helt enig«/»enig« % ^a	n	Odds-ratio for at svare »helt enig«/»enig«	
				for køn ^b	for alder/år ^c
Lungecancer har en så dårlig prognose, at det reelt ingen hast har med at få stillet diagnosen	845	12,2 (10,1-14,6)	830	0,52 (0,31-0,86)	0,98 (0,95-1,02)
Førlænget udredningstid betyder sjældent noget for prognosen for lungecancerpatienter	843	22,4 (19,7-25,4)	784	0,57 (0,38-0,85)	0,99 (0,96-1,01)
Øget fokus på tidlig lægekontakt ved symptomer vil næppe føre til tidligere diagnostik af lungecancer	844	25,7 (22,9-28,8)	800	0,76 (0,53-1,09)	1,01 (0,98-1,03)
Jeg vil generelt karakterisere mig selv som meget aktiv, når det gælder udredning af lungecancer	843	86,5 (84,0-88,6)	799	1,38 (0,77-2,48)	0,99 (0,95-1,03)

a) »Ved ikke« udgør 1,3-6,6%; b) Kvinder i forhold til mænd, korrigeret for alder; c) Korrigeret for køn.

Tabel 2. Ventetider på udredningsundersøgelser. Tilfredshed fordelt på amterne. Antal »helt enige«/»enige« i procent med 95% konfidensintervaller i parentes.

Amt/amtskommune	For patienter med ukarakteristiske symptomer er den samlede udredningstid (fra påbegyndt udredning til endelig diagnose) for lang		Ventetiden, fra hospitalet overtager ansvaret for patientens udredning til endelig behandling påbegyndes, er for lang
	»helt enig«/»enig«	»helt enig«/»enig«	
Vestsjællands (n = 61)	83,6 (72,2-91,0)	59,0 (46,5-70,5)	59,0 (46,5-70,5)
Sønderjyllands (n = 40)	82,5 (67,7-91,6)	75,0 (59,6-86,0)	65,0 (49,5-77,9)
Storstrøms (n = 34)	76,5 (59,8-87,8)	67,6 (50,7-81,0)	50,0 (34,1-65,9)
Roskilde (n = 39)	71,8 (56,1-83,6)	53,8 (38,6-68,4)	61,5 (45,9-75,1)
Fyns (n = 75)	68,0 (56,8-77,5)	58,7 (47,4-69,1)	48,0 (37,1-59,1)
Frederiksborg (n = 59)	66,1 (53,3-76,9)	54,2 (41,7-66,3)	49,2 (36,8-61,6)
Nordjyllands (n = 72)	65,3 (53,7-75,3)	47,2 (36,1-58,6)	55,6 (44,1-66,5)
Københavns Amt (n = 93)	65,2 (55,0-74,2)	48,4 (38,5-58,4)	48,4 (38,5-58,4)
Viborg (n = 23)	65,2 (44,8-81,3)	34,8 (18,7-55,2)	34,8 (18,7-55,2)
Ringkjøbing (n = 41)	63,4 (48,1-76,5)	57,5 (42,2-71,5)	48,8 (34,3-63,5)
Vejle (n = 67)	56,1 (44,1-67,4)	32,8 (22,8-44,8)	29,9 (20,2-41,7)
Århus (n = 116)	56,0 (47,0-64,7)	40,0 (31,5-49,1)	31,0 (23,3-40,0)
Ribe (n = 33)	53,1 (36,4-69,1)	15,2 (6,2-31,4)	21,2 (10,4-38,0)
Bornholm Regionskommune (n = 8)	37,5 (13,5-69,6)	37,5 (13,5-69,6)	50,0 (21,5-78,5)
Københavns Kommune (n = 65)	36,9 (26,2-49,1)	13,8 (7,2-24,5)	20,0 (11,9-31,4)
Frederiksberg (n = 17)	29,4 (13,0-53,4)	11,8 (2,0-35,6)	11,8 (2,0-35,6)
Alle (n = 843) ^a	62,7 (59,4-65,9)	45,4 (42,1-48,8)	43,0 (39,7-46,3)

a) »Ved ikke« udgør 2,6-8,1%.

Statistik

Til de statistiske udregninger blev der anvendt Stata 8.0. I analysen blev besvarelserne dikotomiseret således, at grupperne »helt enig« og »enig« blev slået sammen. Logistisk regression blev anvendt til undersøgelse af forskelle i besvarelserne mht. køn, alder og praksistype (sololæge- vs. flerlægepraksis). »Ved ikke«-kategorien blev kodet som bortfald i analyserne. I bortfaldsanalysen brugte vi tosidet t-test og χ^2 -test.

Resultater

Af de 1.186 udsendte spørgeskemaer kom 870 retur, heraf var de 22 blanke. I alt besvarede således 848 (71%) spørgeskemaet. Gennemsnitsalderen blandt respondenterne var lidt lavere end blandt ikke-respondenter (51,3 år vs. 52,8 år, $p = 0,002$),

og der var signifikant flere kvinder blandt respondenterne (32,3% vs. 23,1%, $p = 0,001$). Det mediane kandidatår var 1978 både for respondenterne og ikke-respondenterne.

Mulighed for forbedring af den forebyggende indsats

74% af lægerne mente, at den forebyggende indsats, der foregik i deres egen praksis, kunne intensiveres, og 90% var enige i, at den forebyggende indsats, der foregik i sundhedsvæsenet generelt, burde intensiveres. Der var ingen forskel med hensyn til køn, alder og praksistype.

Holdning til lungecancerudredning

70% af lægerne mente, at øget fokus på tidlig lægekontakt ville føre til tidligere diagnostik af lungecancer (Tabel 1), og 86%

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 3. Udsagn om klinisk praksis. 95% konfidensintervaller i parentes.

Udsagn	n	»Helt enig«/»enig« % ^a	n	Odds-ratio for at svare »helt enig«/»enig«	
				for køn ^b	for alder/år ^c
Patienter over 40 år uden fokale gener, men med almene symptomer, f.eks. træthed og nedsat appetit, henviser jeg til røntgen af thorax, hvis de er storrygere (>15 cigaretter daglig)	845	85,1 (82,5-87,3)	829	2,27 (1,38-3,72)	1,06 (1,03-1,10)
Ved længerevarende knoglesmerter af ukendt genese hos en person over 40 år tager jeg altid røntgen af thorax	844	69,1 (65,9-72,1)	813	0,88 (0,63-1,25)	1,02 (1,00-1,05)
En 60-årig storryger med kronisk bronkitis og hæmoptyse i over en uge vil jeg altid henvise til bronkoskopi, også selv om røntgen af thorax viser normale forhold	844	85,9 (83,4-88,1)	822	1,46 (0,88-2,40)	1,01 (0,98-1,05)
Hos en tidligere lungerask ryger over 40 år med hoste gennem seks uger vil jeg altid tage røntgen af thorax	847	98,1 (96,9-98,9)	843	1,72 (0,51-5,75)	1,03 (0,96-1,11)
Storrygere (>15 cigaretter daglig) over 40 år, som i øvrigt er raske, får i min praksis altid taget kontrolrøntgen af thorax efter en behandling for pneumoni	848	50,0 (46,6-53,4)	838	0,94 (0,69-1,29)	1,05 (1,03-1,07)
En klinisk sikker lungeinfektion hos en patient, der er over 40 år og ellers ikke har lungesygdom, får mig normalt til at aftale en kontrolkonsultation	847	66,6 (63,3-69,7)	838	1,14 (0,82-1,59)	1,05 (1,03-1,07)

a) »Ved ikke« udgør 0,0-3,2%; b) Kvinder i forhold til mænd, korrigeret for alder; c) Korrigeret for køn.

angav, at de var meget aktive i udredningen af lungecancer. 12% af lægerne var enige i, at lungecancer havde en så dårlig prognose, at det reelt ingen hast havde med at få stillet diagnosen, mens 22% var enige i, at forlænget udredningstid sjældent betød noget for prognosen. Signifikant flere mænd end kvinder erklærede sig enige i de to sidste spørgsmål ($p = 0,012$ og $p = 0,006$). Derudover var der ingen forskel med hensyn til køn, alder og praksistype.

Udredningstider

I undersøgelsen blev der skelnet mellem udredningstiden for patienter med ukarakteristiske symptomer og udredningstiden for patienter, der blev udredt specifikt på mistanke om lungecancer.

Næsten to tredjedele af lægerne fandt, at udredningstiden for patienter med ukarakteristiske symptomer var for lang. Lidt under halvdelen fandt, at ventetiden på undersøgelser, der var ordineret af egen læge med henblik på udredning af lungecancer, var for lang, og 43% fandt, at hospitalernes udredningstid var for lang. For de sidste to spørgsmål var utilfredsheden mest udbredt blandt ældre læger ($p = 0,002$ og $p = 0,007$). Der var ingen forskel med hensyn til køn og praksistype. Der var meget stor variation amterne imellem (Tabel 2), idet andelen af læger, der var utilfredse med udredningstiderne, var højest i Sønderjyllands, Vestsjællands og Storstrøms Amt og lavest blandt lægerne i Københavns og Frederiksberg Kommune.

Diagnostisk praksis

Der var seks spørgsmål, der omhandlede den kliniske praksis ved diagnostik. Fire af dem omhandlede situationer, som

Dansk Lunge Cancer Gruppe (DLCG) har udgivet rekommandationer for. De sidste to spørgsmål omhandlede kontrol efter lungeinfektioner. 69-98% angav, at de fulgte DLCG's rekommandationer (Tabel 3). 50% angav, at de tog kontrolrøntgenbilleder af thorax efter pneumoni hos storrygere over 40 år, og 67% angav, at de aftalte kontrolkonsultation efter sikker lungeinfektion med tidligere lungeraske patienter over 40 år. Signifikant flere kvinder angav, at de henviste storrygere med almene symptomer til røntgenundersøgelse af thorax, ellers var der ingen forskel på køn. Jo ældre lægerne var, jo højere andel af dem angav, at de fulgte DLCG's rekommandationer, og jo flere lavede aftaler om kontrol efter pneumoni. Der var ingen forskel på praksistype.

De læger, der svarede »helt enig« til udsagnet om, at de var meget aktive, når det gjaldt udredning af lungecancer, angav også i højere grad, at de fulgte DLCG's rekommandationer.

Brug af ordene cancer og kræft i henvisningerne

Tre af spørgsmålene omhandlede brug af ordene cancer/kræft i henvisningerne (Tabel 4). 28% undlod ofte at nævne ordene cancer/kræft i henvisningerne for ikke at gøre patienterne unødigt bekymret, og 40% var bange for at miste troværdighed ved at bruge ordet for ofte. 45% angav, at mistanken om kræft skulle være stor, før de brugte ordene cancer/kræft i henvisningerne. Flest sololæger angav, at de var enige i det sidste udsagn ($p = 0,023$), mens der ikke var nogen forskel afhængig af praksistype på de øvrige udsagn. Der var ingen forskel med hensyn til køn og alder.

Diskussion

I undersøgelsen har vi ikke kunnet påvise en generelt nihil-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 4. Udsagn om brug af ordet cancer i henvisninger. 95% konfidensintervaller i parentes.

Udsagn	n	»Helt enig«/»enig« % ^a	n	Odds-ratio for at svare »helt enig«/»enig«	
				for køn ^b	for alder/år ^c
Mistanke om cancer skal være stor, før jeg bruger ordet cancer/kræft i en henvisning	844	44,7 (41,3-48,0)	833	0,77 (0,56-1,05)	1,0 (0,98-1,02)
Jeg vil nødig miste troværdighed ved for ofte at bruge ordet cancer i mine henvisninger	842	39,3 (36,1-42,7)	817	1,12 (0,81-1,54)	1,03 (1,0-1,05)
Jeg undlader ofte at nævne ordet cancer/kræft i henvisningspapirer for at undgå at gøre min patient bekymret	844	27,4 (24,5-30,5)	831	1,08 (0,76-1,53)	1,03 (1,0-1,05)

a) »Ved ikke« udgør 0,8-2,5%; b) Kvinder i forhold til mænd, korrigeret for alder; c) Korrigeret for køn.

stisk holdning til udredning af lungecancer blandt praktiserende læger i Danmark. Hovedparten af lægerne mente, at det var både muligt og ønskeligt at intensivere den forebyggende indsats, og de fleste mente, at øget fokus på tidlig lægekontakt ville medføre tidligere diagnostik. Langt de fleste praktiserende læger angav, at de fulgte DLCCG's anbefalinger, når det gjaldt henvisning af patienter, der var under mistanke for at lide af lungecancer.

Forskellen mellem lægetyper og praksistyper var små, men det er interessant, at kvindelige læger angav at have den mindst nihilistiske holdning til udredning af lungecancer, og at ældre læger udviste mest omhyggelighed i forbindelse med diagnostik og kontrol ved lungelidelser, der kunne være korreleret med cancer.

Selv om spørgsmålet om den kliniske betydning for patienterne af forlænget udredningsforløb ikke entydigt kan besvares, fandt lægerne det rimeligt at arbejde frem mod tidligere diagnostik og hurtigere udredning. Det er vist, at graden af psykisk belastning hos patienter, der får diagnosticeret kræft, stiger med længden af ventetiden på udredning og behandling [9]. Derimod har man i de undersøgelser, hvori man har set på sammenhængen mellem varigheden af det diagnostiske forløb og prognosen for patienter med lungecancer, ikke kunnet påvise nogen signifikant sammenhæng mellem hurtigt udredningsforløb og prognose [10-12], hvilket er blevet forklaret med, at patienter med et aggressivt sygdomsforløb ofte har kortere diagnostiske forløb end patienter med mindre aggressive tumorformer [13]. Det potentielt prognostisk alvorlige ved en lang udredningstid blev omvendt påvist i en prospektiv undersøgelse, hvori man fulgte 29 patienter, der var henvist til strålebehandling. I ventetiden havde seks af patienterne progression eller forværring i almentilstanden, således at det ikke længere var muligt at tilbyde kurativt intensiveret strålebehandling [14]. Der er således alt i alt god grund til at forsøge at minimere ventetiden på udredning og behandling for patienter med lungecancer.

Undersøgelsen viste, at læger generelt er utilfredse med ventetiderne på udredende undersøgelser. Det gælder især ved uspecifikke symptomer. Næsten hver anden praktise-

rende læge fandt, at udredningstiden for patienter, der var under mistanke for at lide af lungecancer, var for lang.

Det er tidligere vist, at femårsoverlevelsen for patienter med lungekræft i perioden 1984-1998 varierede fra amt til amt [15]. Dansk Lunge Cancer Registers (DLCCG) opgørelser viser også stor amtslig variation i opgørelserne over varigheden af lungecancerudredningen [16], og andelen af læger, der var utilfredse med udredningen, varierede også betragteligt fra amt til amt. Der er dog ingen sammenhæng mellem DLCCG's opgørelser over ventetider i de forskellige amter og graden af utilfredshed med udredningstiderne blandt de praktiserende læger. Undersøgelsen giver ikke noget svar på, hvorfor der er så stor forskel på tilfredsheden i de forskellige amter. Det kunne være interessant at undersøge sammenhængen mellem den specifikke organisering af lungecancerudredningen og længden af ventetider i de forskellige amter.

EksPLICIT brug af ordet cancer i henvisningerne fører på nogle afdelinger til hurtigere visitation. Ca. hver tredje læge var tilbageholdende med at bruge ordene kræft eller cancer i henvisningerne, hvilket kan føre til længere udredningstid, og undersøgelsen viser, at der er behov for at opnå bedre konsensus mellem henvisende læger og visiterende læger om korrekt sprogbrug ved henvisning af patienter til udredende undersøgelser.

Styrker, svagheder, validitet og bias

Undersøgelsen opnåede en tilfredsstillende svarprocent. Spørgeskemaet er udarbejdet til den pågældende undersøgelse, da der ikke fandtes egnede validerede spørgeskemaer, der dækkede området. Spørgeskemaet blev søgt optimeret ved litteraturstudier, fokusgruppeinterview og pilottest. Svagheden ved undersøgelser som denne er, at alle ikke nødvendigvis forstår spørgsmålene på samme måde. Det kan især være et problem, når man stiller spørgsmål om respondenternes holdning [17].

Tre måneder før spørgeskemaet blev sendt ud, udsendte DLCCG i fællesskab med Dansk selskab for almen medicin et brev til alle praktiserende læger i Danmark, hvor der blev gjort opmærksom på DLCCG's rekommandationer. Dette kan

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

have medvirket til den høje overensstemmelse mellem anbefalinger og klinisk praksis. På den anden side har man i tidligere undersøgelser fundet, at det kan være svært at få praktiserende læger til at ændre praksis blot ved udsendelse af retningslinjer [18], og betydningen af dette ene brev for lægernes holdning er næppe stor.

Konklusion

Med forbehold for de begrænsninger, der er i en spørgeskemaundersøgelse, må vi konkludere, at en nihilistisk holdning til udredning af lungecancer ikke er udbredt blandt praktiserende læger i Danmark, specielt ikke blandt kvindelige praktiserende læger. Lægerne var åbne over for muligheden af at forbedre den forebyggende indsats. Ca. halvdelen af dem udtrykte utilfredshed med ventetider på undersøgelser i forbindelse med udredning, men der var stor variation imellem de forskellige amter. De fleste læger angav, at de fulgte DLCCG's rekommandationer. Især de ældre læger angav omhyggelighed i forbindelse med diagnostik og kontrol ved lungelidelser, der kunne være korreleret med cancer. Undersøgelsen viste også, at mange praktiserende læger var tilbageholdende med at bruge ordet kræft/cancer i henvisningerne til udredningsundersøgelser, hvilket tyder på behov for at opnå bedre konsensus mellem henvisende læge og visiterende læger om korrekt sprogbrug ved henvisning af patienter til udredende undersøgelser.

Korrespondance: *Marianne Bjerager*, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, Vennelyst Boulevard 6, DK-8000 Århus C.
E-mail: mb@alm.au.dk

Antaget: 15. august 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelser: Center for Evaluering og Medicinsk Teknologi Vurdering samt Århus Amts »Forskningspulje for den kliniske udvikling og forskning i almen praksis og grænsefladerne til de øvrige sektorer i sundhedsvæsenet« takkes for økonomisk støtte.

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Cancerregisteret 2000. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.
2. Sundhedsstyrelsen. Dødsårsagsregisteret 1999. København: Sundhedsstyrelsen, 2002.
3. Palshof T, red. Referenceprogram 2001. Lungecancer – undersøgelse og behandling. København: Dansk Lunge Cancer Gruppe, 2001.
4. Storm HH, Engholm G. Relativ overlevelse for danske kræftpatienter diagnosticeret 1981 til 1997 og fulgt til år 2001. *Ugeskr Læger* 2002;164:2855-64.
5. Janssen-Heijnen ML, Gatta G, Forman D et al. Variation in survival of patients with lung cancer in Europe, 1985-1989. *Eur J Cancer* 1998;34:2191-6.
6. Storm HH, Dickman PW, Engeland A et al. Do morphology and stage explain the inferior lung cancer survival in Denmark? *Eur Respir J* 1999;13:430-5.
7. Koyi H, Hillerdal G, Branden E. Patient's and doctors' delays in the diagnosis of chest tumors. *Lung Cancer* 2002;35:53-7.
8. Kræftstyrelsen. National kræftplan. Status og forslag til initiativer i relation til kræftbehandlingen. København: Sundhedsstyrelsen, 2000.
9. Risberg T, Sorbye SW, Norum J et al. Diagnostic delay causes more psychological distress in female than in male cancer patients. *Anticancer Res* 1996;16:995-9.
10. Jensen AR, Mainz J, Overgaard J. Impact of delay on diagnosis and treatment of primary lung cancer. *Acta Oncol* 2002;41:147-52.
11. Quarterman RL, McMillan A, Ratcliffe MB et al. Effect of preoperative delay on prognosis for patients with early stage non-small cell lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2003;125:108-13.
12. Bozcuk H, Martin C. Does treatment delay affect survival in non-small cell lung cancer? *Lung Cancer* 2001;34:243-52.
13. Myrdal G, Lambe M, Hillerdal G et al. Effect of delays on prognosis in patients with non-small cell lung cancer. *Thorax* 2004;59:45-9.
14. O'Rourke N, Edwards R. Lung cancer treatment waiting times and tumour growth. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2000;12:141-4.
15. Madsen FF, Nørskov B, Frølund L et al. Lungekræft: forskelle i overlevelsen i danske amter. *Ugeskr Læger* 2002;164:483-7.
16. Dansk Lunge Cancer Register. Årsrapport 2002. København: Dansk Lunge Cancer Gruppe, 2003.
17. Olsen H. Tal taler ikke uden ord – et metodeeksperiment om danske respondents sprogsensitivitet i politologiske og sociologiske surveyundersøgelser. *Politica* 1997;3:295-310.
18. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S et al. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ* 1998;317:858-61.