

# Kunne det være cancer eller noget andet alvorligt ...?

Tidligere kunne patienter vente i måneder eller halve år på at få svar på overskriftens spørgsmål. Det var psykisk belastende, ofte socialt og arbejdsmæssigt invaliderende og ved alvorlig sygdom potentielt prognoseforværende.

Er det hele da ikke løst med »kræftpakkerne«? Svaret er nej, men kræftpakkebegrebet er blevet synonymt med en række meget væsentlige og rosværdige forbedringer i sygehusvæsenets behandling af cancer. Vi har siden 2007 set store forbedringer af logistikken i sygehusenes patientforløb; de nationale multidisciplinære cancergrupper har på forbilledlig vis søgt at etablere national konsensus om behandlingsstrategier; på de enkelte afdelinger tilrettelægges behandlingen nu typisk i et snævert multidisciplinært samarbejde; der er sket optimering af apparatur og personalesammensætning, og behandlingen centraliseres løbende, så passende ekspertise opnås. Det er en ganske imponerende indsats, som ikke må glemmes i en løbende diskussion om detaljer og svigt i den komplicerede indsats. I det lys er det glædeligt at se arbejdet af *Jensen & Maina* [1]. De beskriver og viser effekt af forbedringerne, og dermed følger studiet sig til en lang række, som viser, at *delay* i sundhedsvæsenet sammen med en række andre forhold kan påvirke sygdomsprognosen.

Kræftpakkerne ikke er hele løsningen, fordi højst 50% af de kræftsyrge ved begyndelsen af forløbet i almen praksis opfylder kravene til et pakkeforløb [2]. 80-85% af de over 36.000 årlige kræfttilfælde, hvoraf ca. 16.000 ender letalt, debuterer med et symptom, og typisk starter udredningen med en henvendelse til almen praksis. Patienterne med de nyopståede cancer tilfælde kan inddeles i tre kategorier: 1) en gruppe med alarmsymtomer, 2) en gruppe af patienter med *low risk, but not no risk* og 3) en mindre, men svært diagnosticerbar gruppe med ukarakteristiske symptomer [3]. Viden om de tre grupper og patientens krav på hurtig diagnostik har via forskellige tiltag og ventetidsgarantier siden årtusindskiftet ført til en stille revolution, hvad angår svar på overskriftens simple spørgsmål, som stilles ved 6% af de mere end 20 mio. årlige praksiskonsultationer [4]. Der er nu tre hovedveje til en hurtig diagnose: De maksimalt 50% med begrundet kræftmistanke henvises til en kræftpakke, de ca. 20%, hvor lægen er usikker, eller hvor diagnosen er vanskelig, henvises til et af de nu mere end 15 diagnostiske centre i landet, og patienter i *low risk, but not no risk*-gruppen får med de aftalte forbedrin-

ger i finansloven for 2015 hurtig og let adgang til diagnostiske undersøgelser, der kan give ja/nej-svaret. Hvis denne tilgang til diagnostik udbredes og tilpasses alle specialer, er det et kæmpeskridt mod målet om et sammenhængende sundhedsvæsen med patientens behov i fokus.

Glæden over de store fremskridt dæmpes af, at vi trods årlige fremskridt formentlig endnu ikke er helt på niveau med de lande, vi helst vil sammenligne os med [5]. En del af forklaringen er nok den danske livsstil (især et højt forbrug af tobak og alkohol), som kan give et dårligere udgangspunkt for behandling, men vi skal også have et skarpt fokus på at sikre korrekt viden i alle befolkningsgrupper og på kvalitetsbrist i enkelt-sager og i den samlede indsatskæde samt på, om alle oplever almen praksis som responsiv og lettilgængelig [3].

Vi kan endnu møde mørkemænd, som benægter betydningen af kortere ventetider, og vi kan endnu og til i internationale tidsskrifter se forsimplede analyser, hvor man angiver, at ventetiden i sundhedsvæsenet ikke betyder noget. Ofte skyldes disse fejlslutninger manglende kendskab til begrebet *confounding by indication*, som beskriver, at de, der ved henvisning er alvorligst syge og derfor a priori har den alvorligste prognose, ofte får den korteste ventetid ved visitering i et »ventelistesundhedsvæsen«, og dette kan give fejlslutninger ved ukritisk at sammenholde ventetid med prognose. Danmark er lykkeligvis ved at forlade dette ventelistesundhedsvæsen, og det er måske et af de vigtigste skridt mod at eliminere social ulighed i prognose.

## LITTERATUR

1. Jensen KH, Maina PJ. Cancer pathways are associated with improved long-term survival. *Dan Med J* 2015;62(2):A5000.
2. Nielsen TN, Hansen RP, Vedsted P. Kræftpatienters symptompræsentation i almen praksis. *Ugeskr Læger* 2010;172:2827-31.
3. 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(suppl):S65-S69.
4. Hjertholm P, Moth G, Ingeman ML et al. Predictive values of GPs' suspicion of serious disease: a population-based follow-up study. *Br J Gen Pract* 2014;64:e346-e353.
5. Engholm G, Ferlay J, Christensen N et al. NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 7.0 (17.12.2014). [www.ancre.nu](http://www.ancre.nu) (31. jan 2015).

## LEDER

Frede Olesen &  
Peter Vedsted

Ugeskr Læger  
2015;177:V67266

## KORRESPONDANCE:

Frede Olesen,  
Forskningsenheden for Almen  
Praksis, Aarhus Universitet.  
E-mail: fo@feap.dk

## INTERESSEKONFLIKTER:

Forfatterens ICMJE-formularer  
er tilgængelige sammen med  
lederen på Ugeskriftet.dk