

Hvordan fungerer de diagnostiske enheder?

I perioden 2007-2012 blev der, afhængigt af region, oprettet mellem 14 og 26 kræftpakker [1]. Den seneste kræftpakke er den diagnostiske enhed, hvor henvisningskriteriet er mistanke om alvorlig sygdom.

I en nyligt publiceret artikel beskriver en gruppe fra Region Midtjylland [2] de første 323 patienter, der fra 2011 til 2013 blev henvist til en diagnostisk enhed. I arbejdet beskrives det, at antallet af henvisninger voksede markant over de første tre år, hvilket kan afspejle, at det tager tid at implementere en ny kræftpakke.

Artiklen kan ikke give svaret på antallet af relevante henvisninger, ej heller hvor lang tid det tager de henvissende instanser at inkorporere muligheden for at benytte sig af styrken i de diagnostiske enheder. Styrke er der: Fra første besøg til diagnose gik der i gennemsnit ti dage, og selvom længden af en mulig forsinkelse fra modtagelse af henvisning til første besøg ikke er beskrevet i artiklen, er det stadig imponerende hurtigt.

Desværre fremgår det, at en væsentlig del af patienterne med en malign diagnose blev diagnosticeret i et avanceret stadium af deres cancersygdom – et misforhold mellem den rapide diagnose efter henvisning og en erkendelse af, hvor lang tid sygdommen må have været undervejs. Arbejdet giver ikke svar på alle spørgsmål. Hvor ofte har patienterne været i kontakt med en del af sundhedssystemet? Hvor lang tid har der været symptomer? Hvilke forsinkelsesmekanismer optræder der? Forhåbentlig vil fremtidige analyser af patienter, som bliver henvist til de diagnostiske enheder, kunne anvendes til folkeoplysning og til læring for os alle. Disse analyser vil dog kræve et større patientmateriale end det, der præsenteres i [2].

Spørgeskemaer, som er blevet givet til tilfældigt udvalgte raske personer og omhandler, hvor ofte personer oplever alarmsymptomer, demonstrerer vanskeligheden ved at anvende alarmsymptomer til cancerdiagnostik. F.eks. havde halvdelen af den adspurgte population følt sig træt over de seneste fire uger, og frekvensen af en lang række alarmsymptomer var overraskende høj [3]. Alle skal derfor ikke henvises; det kræver en læge med kendskab til patienten at reagere relevant på symptomerne. Der blev fundet malignitet hos 18% af patienterne. Den høje procentsats vidner om, at de henvisende læger er gode til at identificere de rigtige patienter. Omvendt kan den høje andel med malignitet give anledning til at stille spørgsmålet om, hvorvidt flere kunne være henvist.

Artiklen giver ikke svar på, om et højere antal henvisninger ville medføre, at cancerpatienter blev identificeret tidligere eller i et højere antal. Den kan heller ikke fortælle, om andelen af patienter med en malign diagnose er det rigtige parameter at måle på.

Artiklens gennemgang af symptomer hos de henviste, inkl. en gennemgang af patienternes blodprøver og resultater af gastro- og koloskopier og alle ovennævnte undersøgelses mangler på både positiv og negativ prædiktiv værdi illustrerer, hvor diffus en patientgruppe der er tale om i de diagnostiske enheder.

Udredningen af halvdelen af de henviste patienter blev afsluttet uden en diagnose. Hvor efterlades de patienter? Skal de tilbage til praksis? Udgør de en særlig gruppe med højere risiko for senere at få cancer?

Vi, der arbejder i en diagnostisk enhed, opfatter det som et patientvenligt tilbud. Man kan på meget kort tid og med en høj grad af sikkerhed få be- eller afkræftet en malign diagnose. Det er imidlertid også en resursekrævende kræftpakke, der fordrer mange speciallægetimer og omkostninger til mange undersøgelser, som også involverer andre afdelinger.

Trods resursekravene er der ikke tvivl om, at de diagnostiske enheder er kommet for at blive. Hvordan de udnyttes optimalt er ikke fastlagt, og opgavefordelingen imellem de praktiserende læger og de diagnostiske enheder varierer imellem regionerne. Vi må vente på de data, der viser, hvilken model der fungerer bedst.

LITTERATUR

1. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformatio/> (23. sep 2015).
2. Bislev LS, Bruun BJ, Gregersen S et al. Prevalence of cancer in Danish patients referred to a fast-track diagnostic pathway is substantial. *Dan Med J* 2015;62(9):A5138.
3. Elnegaard S, Andersen RS, Pedersen AF et al. Self-reported symptoms and healthcare seeking in the general population – exploring "The Symptom Iceberg". *BMC Public Health* 2015;15:685.

LEDER

Kim David

Ugeskr Læger
2015;177:V67712

KORRESPONDANCE:

Kim David,
Diagnostisk Enhed,
Hvidovre Hospital.
E-mail: kim.peter.david@regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER:
Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk