

Rapport

National database for tidlig opsporing af kræft og diagnostiske pakkeforløb

Kortlægning af muligheder og
udfordringer

© Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2026

Udgiver
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Hedeager 3
8200 Aarhus N

www.sundk.dk

Version 1.0
Versionsdato: 03. juni 2026

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

Konklusion og anbefalinger	4
Formål og baggrund	7
Formål	7
Baggrund	7
Læsevejledning	7
Resultater	8
Overordnede kvalitetsudfordringer	8
Organisering af området	9
Opbakning til databasen	10
Population	11
Udredning inden henvisning til hospital	12
Henvisning til udredende enhed på hospital	13
Udredning efter henvisning til hospital	14
Afslutning på udredningsforløb	16
Databasemodeller	18
Implementerbarhed af databasemodeller	20
Bilag 1: Metodebeskrivelse	21
Bilag 2: Parter v. interessentmøder, workshop og styregruppe	24
Bilag 3: Resultatopsummeringer	25
Litteratur	25
Personlige møder med interessenter	25
Dataopgørelser	25
Workshop	26
Dataønsker til databasen	26
Bilag 4: Workshop - dagsorden	28
Bilag 5: Referenceliste	29

Konklusion og anbefalinger

Samlet set viste kortlægningen at:

- Der er god opbakning til en database på området blandt interessenterne.
- Området er præget af uens organisering på tværs og internt i regionerne.
- Der mangler evidens på området, og der findes ingen kliniske retningslinjer.
- Der er betydelige variationer relateret til udredning af personer, hvor der enten mistænkes kræft eller hvor kræft ikke kan udelukkes – både før og efter en eventuel henvisning til et diagnostisk pakkeforløb.
- Den entydige identifikation af den indledende udredning foretaget af primærsektoren besværliggøres af mangel på tillægskoder ved billeddiagnostik og blodprøvepakken, samt manglende data på området fra primærsektoren.
- Der er betydelig variation i henvisningskriterier, afvisninger mm. Datagrundlaget for dette er svært tilgængeligt.
- Der er betydelig variation i andelen af patienter, der ender med en kræftdiagnose eller andre sygdomme efter udredningsforløbet.
- Det er uvist hvor mange ressourcer (fx CT-TAB) der benyttes til udredningen af gruppe II og III patienter, samt om brugen af udredningen kan medføre overdiagnostik.

Det anbefales at:

- Den nationale database for tidlig opsporing af kræft og diagnostisk pakkeforløb på de diagnostiske centre i Danmark etableres med udgangspunkt i personer, der enten henvises til billeddiagnostisk (CT-TAB) udredning for kræft fra primærsektoren, eller henvises til diagnostisk pakkeforløb.
- Der udpeges en styregruppe for databasen bestående af repræsentanter for Regionerne (de diagnostiske centre), Almen praksis, Praktiserende speciallæger, Klinisk Biokemi, Radiologi, Onkologi samt ledelses- og borger-/patientrepræsentanter.
- Der skal arbejdes for, at der indføres entydige SKS-koder for henvisning fra almen praksis til billeddiagnostik ifm. udredning for mulig kræft.
- Der skal arbejdes for, at der indføres skyggekoder i blodprøvepakken til den primære udredning i primærsektoren, så brugen af blodprøvepakken kan monitoreres.
- Databasen skal være opmærksom på ressourceforbrug ifm. indikatorer, anbefalinger og vejledninger.
- Det anbefales at der igangsættes en indsats omhandlende indhentning af data om afviste henvisninger, så området på sigt kan monitoreres og udvikles.

Opsummering af rapporten

Formålet med rapporten har været at frembringe et informeret grundlag for etableringen af en ny klinisk kvalitetsdatabase for tidlig opsporing af kræft og diagnostisk pakkeforløb på de diagnostiske centre i Danmark.

Som følge af Kræftplan V (KPV), der blev fremlagt af regeringen d. 24. maj 2025, og den efterfølgende udmøntningsaftale mellem Regeringen og Danske Regioner fik SundK til opgave at etablere en national database for tidlig opsporing af kræft og diagnostiske pakkeforløb. Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) iværksatte derfor et arbejde med at kortlægge området for tidlig opsporing af kræft og diagnostiske pakkeforløb med fokus på muligheder og udfordringer ift. at etablere en klinisk kvalitetsdatabase for området, samt beskrive mulige modeller for en database for området.

Kortlægningen har taget udgangspunkt i litteratur, dialog med relevante parter, deltagelse ved netværksmøder, eksplorative dataopgørelser samt en workshop. Undervejs i processen blev der identificeret otte emner, som dækkede de mange synspunkter og forslag, der fremkom. De otte emner var organisering af området, opbakning til databasen, databasepopulation, udredning før hospital, henvisning til hospital, udredning på hospital, afslutning på forløbet samt et overordnet emne med de samlede kvalitetsudfordringer (Figur 1).

Området omfatter de personer, hvor der enten er mistanke om alvorlig sygdom, der kunne være kræft (gruppe II) og personer med vage og uspecifikke symptomer, hvor kræft ikke kan udelukkes (gruppe III). Området dækker dermed ikke personer med alarm symptomer på kræft (gruppe I). Udredningen af patienter i gruppe II og III er begge kendetegnet ved, at der oftest foretages billeddiagnostik inden en eventuel henvisning til udredning på hospital fx via diagnostisk pakkeforløb. Udredningen i diagnostisk pakkeforløb varetages af 21 diagnostiske centre, med en betydelig variation mht. organisering, krav til henvisninger, brug af billeddiagnostik før henvisning samt hvordan der følges op på fx ikke kræftrelaterede fund.

Opbakningen til en klinisk kvalitetsdatabase for tidlig opsporing af kræft og diagnostisk pakkeforløb hos SundK er stigende og på et niveau, hvor databasen vil kunne bidrage til udviklingen af området. Men der bør være løbende fokus på at opretholde opbakningen til databasen.

Overordnet set er området præget af mange kvalitetsudfordringer, hvor variation er det gennemgående tema. Som eksempler på kvalitetsudfordringer oplyste interessenter ved 1:1 møder og ved workshoppen blandt andet: variation mellem diagnostiske centre i organisering, indgangskriterier, populationer, kodepraksis. Herudover blev manglende retningslinjer på området nævnt som en kvalitetsudfordring samt også Almen praksis' rolle i udredningen og adgang til parakliniske undersøgelser. Interessenterne savner yderligere dataopgørelser for hvad der kommer ud af udredningsforløbet, såsom kræftpakkehenvisninger, diagnoser (både kræft og ikke kræft), prognose og samlet udredningstid.

Populationsafgrænsningen er kritisk for databasens fundament for at kunne danne valide opgørelser indenfor området. Det er ikke muligt at identificere en population på baggrund af mistanke om kræft i almen praksis, da disse data ikke er tilgængelige. Der er enighed om at populationen til start bør afgrænses til summen af alle patienter henvist til CT-TAB (CT af Thorax, abdomen og store bækken) af almen praksis eller praktiserende speciallæge samt patienter henvist til diagnostisk pakkeforløb. Ved denne afgrænsning af populationen, vil det estimerede årlige antal patienter i databasen være ca. 70-75.000 personer, hvoraf cirka 12.000 vil gennemgå et diagnostisk pakkeforløb.

Udredningen af patienter, hvor der mistænkes alvorlig sygdom (MAS), herunder kræft, anbefales den primære udredning at foregå i primærsektoren. Denne primære udredning anbefales udført vha. en

prædefineret blodprøvepakke og eventuelt billeddiagnostik (fx CT-TAB) ¹. De primære udredningsmodaliteter til patienter med MAS eller vage symptomer, der kunne være kræft kan ikke identificeres entydigt i registrene, grundet manglende specifikke koder. Ressourceforbruget ifm. billeddiagnostisk udredning ved MAS og vage symptomer er dermed uklart. Det anbefales, at der arbejdes på indførelse af ens kodepraksis og indførelse af entydige SKS og NPU koder. For nuværende kan der identificeres ca. 67.000 CT-TAB per år, som er kodet som henvist fra almen praksis.

Under kortlægningen fremkom et separat emne omkring henvisninger fra primærsektoren til diagnostisk center herunder afviste henvisninger. Emnet fylder også en del i den medicinske dagspresse, og er en kendt problematik på området. Der forefindes ikke opgørelser på problemets reelle omfang. Data om emnet er svært tilgængelig, da data om afviste og omvisiterede henvisninger ikke umiddelbart er tilgængelig via nationale registre. Det anbefales at området bør undersøges nærmere inden databasen kan monitorere dette.

Diagnostiske pakkeforløb har forløbskoder for henvisning modtaget, udredning og afslutning. I 2024 gennemgik 10.156 pakkeforløbet pba. af MAS. Hovedparten (76,5%) af patienterne blev henvist fra almen praksis. Herudover gennemgik yderligere 1.023 pakkeforløbet pga. metastaser med ukendt primærtumor (MUP). Lidt over halvdelen (53,4%) af disse patienter blev henvist fra anden klinisk enhed på et hospital.

Udredningen på hospitalet under det diagnostiske pakkeforløb varierer betragteligt mht. billeddiagnostiske undersøgelser, der foretages på de diagnostiske centre. Fx varierer brugen af CT-TAB fra 41,2% i Region Midtjylland til 81,3% i Region Hovedstaden. Variationen skyldes heterogenitet i patientpopulationer.

Det er et stort ønske fra parterne at der monitoreres på afslutningen af udredningsforløbet ift. slutdiagnose, prognose samt hvortil patienten afsluttes. Dette kan opgøres ud fra Landspatientregisteret version 3 (LPR3) samt fra CPR-registeret. Det er muligt at opgøre både andelen med kræft, andelen henvist til pakkeforløb for kræft, andel med alvorlig sygdom² samt mortalitet. Andelen med kræft synes at være ca. 15% på landsplan uanset om der tages udgangspunkt i CT-TAB undersøgelser eller diagnostiske pakkeforløb men med betydelig variation mellem regioner. Hvorvidt, udredningen medfører overdiagnostik af kræft eller andre sygdomme, er uklart pga. manglende evidens.

Der er blevet beskrevet modeller for en klinisk kvalitetsdatabase for tidlig opsporing af kræft og diagnostisk pakkeforløb, der hver især stiller forskellige krav til implementering. Model 1 (kun diagnostisk pakkeforløb) og model 2 (diagnostisk pakkeforløb + CT-TAB i almen praksis) er indbyrdes tæt relateret, hvilket muliggør trinvis opbygning af databasen, således kan databasen opbygges som model 1, og sideløbende udvides med CT-TAB undersøgelserne til model 2. Relationen mellem modellerne sikrer også en mulig udvidelse af databasen i fremtiden til en udvidet model (model 3). Interessenterne støtter, at der arbejdes mod implementeringen af model 2, men at model 1 kan bruges som springbræt til at etablere arbejdsgange, afrapporteringsflow (fx De Kliniske Kvalitetsdatabasers Afrapporteringsmodel (KKA)) mm. inden databasen er fuldt indfaset.

¹ Disse anbefalede udredningsmuligheder er sammenfaldende med udredningsmulighederne for gruppe III patienter (vage symptomer, hvor kræft ikke kan udelukkes).

² Definition af alvorlig sygdom, skal præciseres før en egentlig opgørelse kan dannes.

Formål og baggrund

Formål

Formålet med denne rapport er at frembringe et informeret grundlag for etableringen af en ny national klinisk kvalitetsdatabase for tidlig opsporing af kræft og diagnostisk pakkeforløb på de diagnostiske centre i Danmark.

Formålet undersøges ved at afdække organisatoriske og kvalitetsmæssige udfordringer, herunder datamuligheder, eksisterende retningslinjer og evidens indenfor området, samt at kortlægge interessenters opbakning til en national klinisk kvalitetsdatabase på området.

Rapporten beskriver slutteligt tre mulige modeller for en database på området.

Baggrund

Den 24. maj 2025 blev Kræftplan V (KPV) fremlagt af regeringen. KPV indeholder 36 initiativer. Initiativ nr. 17 "Skabe bedre behandling gennem tidlig opsporing", beskriver, at der skal dannes et nationalt netværk for de diagnostiske centre i Danmark med inddragelse af almen praksis, dannes en national database for diagnostisk pakkeforløb, samt udarbejdes kliniske retningslinjer for udredningen af patienter med uspecifikke symptomer. I udmøntningen af KPV er den kliniske database udvidet til at omhandle tidlig opsporing af kræft og diagnostisk pakkeforløb.

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK) har fået til opgave at etablere en national database for tidlig opsporing af kræft og diagnostisk pakkeforløb. Sideløbende med etableringen af databasen, arbejder DMCG.dk med at danne et varigt fagligt netværk, for at sikre faglig konsensus samt udarbejdelse og vedligeholdelse af kliniske retningslinjer indenfor området. Danish Comprehensive Cancer Center (DCCC)'s har undervejs i forløbet etableret et forsknings- og udviklingsnetværk for området, hvilket SundK er repræsenteret i.

SundK står for drift, vedligeholdelse og udvikling af ca. 85 landsdækkende kvalitetsdatabaser, hvoraf kræftområdet udgøres af 19 organspecifikke kræftdatabaser samt 3 screeningsdatabaser. De organspecifikke kræftdatabaser er kendetegnede ved at være defineret ud fra en specifik kræftsygdom, at fokusere på behandlingen af denne kræftsygdom, samt at have et ophæng i en specifik DMCG (fx DPCG – Dansk Pancreas Cancer Gruppe) ift. faglig konsensus og kliniske retningslinjer. Dette er i modsætning til opdraget for etableringen af en database for tidlig opsporing af kræft og diagnostisk pakkeforløb, da fokus her er på udredning på tværs af kræftsygdomme, samt at området ikke er dækket af en DMCG.

SundK har derfor iværksat et arbejde med at kortlægge området for tidlig opsporing af kræft og diagnostisk pakkeforløb med fokus på muligheder og udfordringer ift. at etablere en klinisk kvalitetsdatabase for området, samt at beskrive mulige modeller for en database for området.

Læsevejledning

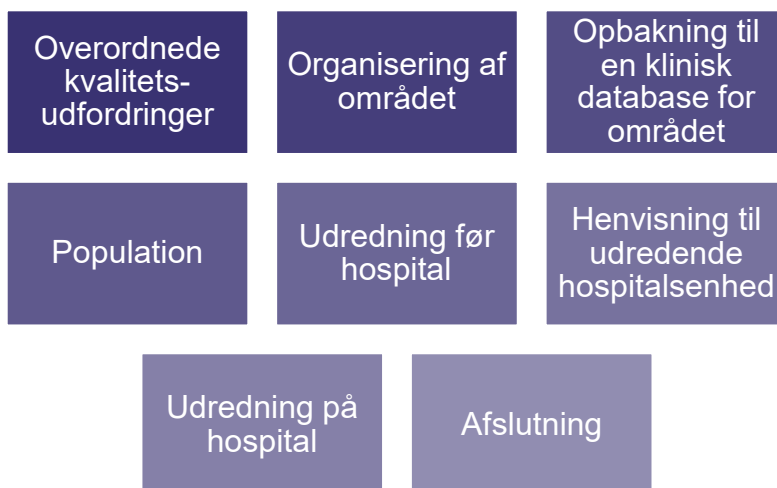
Rapporten består, foruden resume, formål og baggrundsaftsnit, af et resultatafsnit samt en beskrivelse af mulige databasemodeller og bilag. Resultatafsnittet er inddelt i et overordnet afsnit om identificerede kvalitetsudfordringer samt syv underemner, der hver beskriver et område/emne som blev afdækket under kortlægningen. Resultatafsnittet efterfølges af forslag til databasemodeller. Hvert afsnit kan læses selvstændigt, men det anbefales at læse rapporten samlet for at få det bedste indblik i kortlægningen.

Resultater

Led i opgaven med at kortlægge området for tidlig opsporing af kræft og diagnostisk pakkeforløb, med fokus på muligheder og udfordringer ift. at etablere en klinisk kvalitetsdatabase for området, har været at gennemgå relevant faglig litteratur, afholde møder med nøgleinteressenter, lave eksplorative undersøgelser af tilgængelige data, samt afholde samlet workshop for interessenter. For nærmere beskrivelse af metoderne henvises til Bilag 1: Metodebeskrivelse.

Undervejs i processen fremkom mange synspunkter og forslag, som kan understøtte kvalitetsarbejdet i en kommende database for tidlig opsporing af kræft og diagnostisk pakkeforløb. Nogle synspunkter og forslag blev omtalt som nødvendige forudsætninger, andre som oplagte opmærksomhedspunkter og indsatsområder for etableringen af en database.

Op til workshoppen i april 2026 blev forslagene samlet i underemner (Figur 1) og præsenteret sammen med de eksplorative dataopgørelser.



Figur 1: Identificerede emner med kvalitetsudfordringer undervejs i kortlægningen. Egen tilvirkning

Resultaterne fordelt ift. de identificerede underemner gennemgået herunder. For mere detaljerede beskrivelser af fremkomne synspunkter og forslag henvises til Bilag 3: Resultatopsummeringer.

Overordnede kvalitetsudfordringer

Interessenterne gav udtryk for at området tidlig opsporing af kræft og diagnostisk pakkeforløb generelt er præget af mange kvalitetsudfordringer. Hovedtemaet for de kvalitetsudfordringer som interessenterne fremførte var variation. Fremførte kvalitetsudfordringer, der vedrørte variation/uensartethed udgjorde blandt andet:

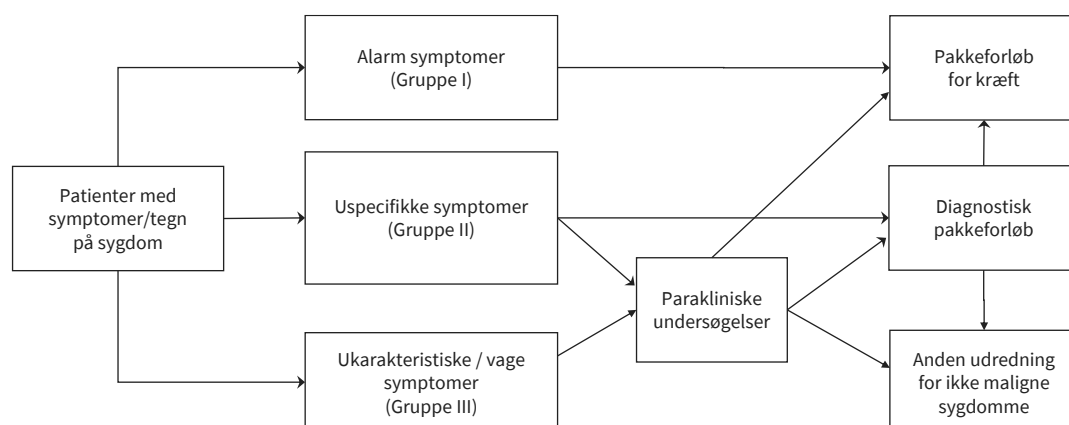
- Indgangskriterier til diagnostisk center
- Brug af udredning inden og under diagnostisk pakkeforløb
- Adgang til undersøgelser i almen praksis
- Tilgængelighed af specielle undersøgelser (fx MRI, PET-CT) ved diagnostisk center
- Uens populationer på diagnostiske centre
- Uensartet organisering af diagnostiske centre

- Manglende standardisering af forløb på diagnostiske centre
- Manglende viden om hvad der er det bedste/korrekte
- Uensartet kodning af diagnostisk pakkeforløb (MAS/MUP) på tværs af regioner
- Manglende retningslinjer / henvisningskriterier
 - til diagnostisk center
 - til billeddiagnostik for gruppe III patienter
- Ikke fagligt funderet område
- Overdiagnostik
- Almen praksis i tvivl om hvortil der skal henvises
- Tilbagehenvisninger / afviste henvisninger / omvisiteringer
- Almen praksis' organisering/grundlag (klinikformer fx regionsklinikker)
- Almen praksis' brug af diagnostisk center
- Tilgængelighed af CT-TAB – specielt for almen praksis
- Svartid på skanning
- Patienters adgang til almen praksis / samme almen praksis læge
- Manglende indsigt i processer hos almen praksis (fx pga. manglende markører)

De mange kvalitetsudfordringer med tilknyttet variation antyder, at databasen vil kunne danne grundlag for udvikling af kvaliteten på området.

Organisering af området

Udredning ved mistanke om kræft i Danmark bliver oftest omtalt som den "tre-benede" strategi, der beskriver tre veje til en kræftdiagnose for patienter, der henvender sig til sundhedsvæsenet med symptomer forud for en kræftdiagnose (1). De tre veje til en kræftdiagnose er beskrevet som optimale udredningsveje for tre specifikke patientgrupper baseret på symptomatologien: Alarm symptomer på kræft (pakkeforløb for kræft), uspecifikke symptomer der kunne være kræft (diagnostisk pakkeforløb), samt vage og ukarakteristiske symptomer (parakliniske undersøgelser) (1, 2). Disse tre grupper er også omtalt som gruppe I-III (3).



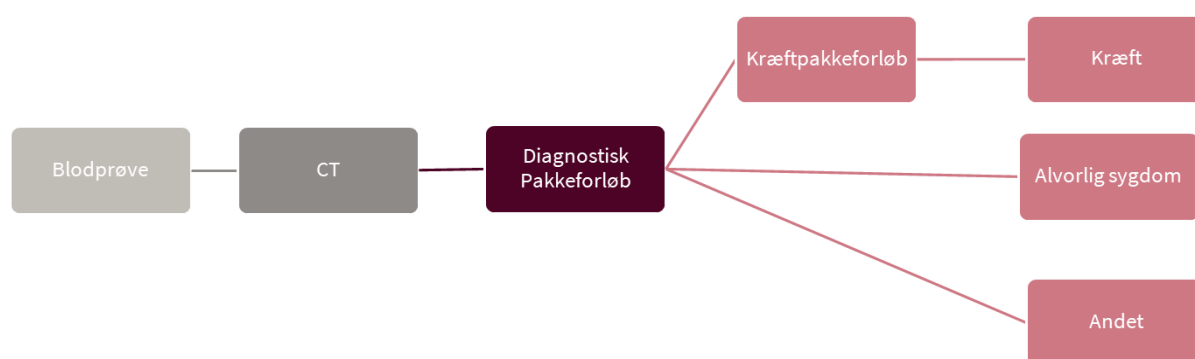
Figur 2: Tre udredningsveje på kræftområdet for personer, der henvender sig med symptomer. Pilene illustrerer optimal vej, men patienten kan bevæge sig imod pilens retning. Egen tilvirkning, inspiration fra Vedsted og Olesen (2009) (1).

Udover de tre udredningsveje illustreret i 'Figur 2' beskrives der i litteratur yderligere to større veje til diagnose: screening og akut indlæggelse (4), som *ikke* er del af denne kortlægning.

To af udredningsvejene for personer med symptomer på kræft har sammenfald i, at der for begge grupper (gruppe II & III) er mulighed for at benytte parakliniske undersøgelser, inden der eventuelt foretages henvisning til diagnostisk pakkeforløb eller andet pakkeforløb for kræft (Figur 2).

For gruppe II patienter er disse parakliniske undersøgelser beskrevet i Sundhedsstyrelsens beskrivelse af Diagnostisk Pakkeforløb (3) og består af en blodprøvepakke og relevant billeddiagnostisk undersøgelse i form af ultralyd, røntgen af thorax eller CT-TAB. Det er oftest CT-TAB der benyttes. Der blev i 2022 indført mulighed for at henvise gruppe III patienter til relevant billeddiagnostiske undersøgelser (i praksis CT-TAB, UL og røntgen af thorax).

Henvisning til videre udredning i diagnostisk pakkeforløb kan foretages både med og uden parakliniske undersøgelser foretaget inden henvisning. Dette betyder at udredningen af patienter i gruppe II og III overordnet set er som i Figur 3.



Figur 3: Patientforløb for gruppe II og gruppe II MAS patienter. Egen tilvirkning.

Udredningen i diagnostisk pakkeforløb varetages af 21 diagnostiske centre i Danmark (2, 3, 5). Der er betydelig variation mellem de 21 centre mht. organisering, krav til henvisninger, brug af billeddiagnostik før henvisning, samt hvordan der følges op på fx ikke kræftrelaterede fund (5). Dette betyder, at der er store forskelle i antal patienter henvist til de enkelte centre, samt i hvor mange af deres patienter der får diagnosen kræft (6-11).

Opbakning til databasen

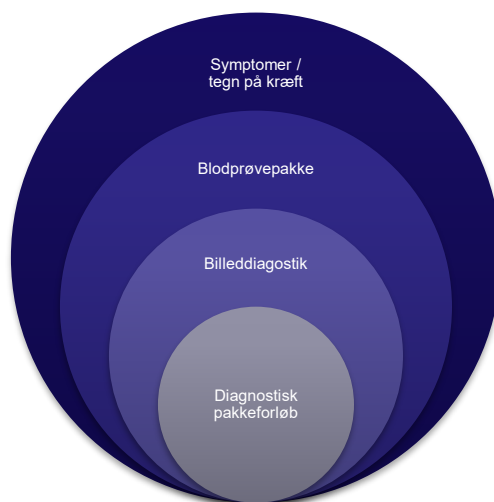
Det er essentielt for muligheden for at etablere en klinisk kvalitetsdatabase, at der er opbakning til databasen for at sikre, at databasen giver nytte til de kliniske miljøer. Opgaven med at etablere en national database for tidlig opsporing af kræft og diagnostisk pakkeforløb er, som anført tidligere, beskrevet i KPV og nærmere defineret i udmøntningsaftalen mellem Regeringen og Danske Regioner.

Netværket for de diagnostiske centre i Danmark har ved tidligere møder diskuteret muligheder for både en national database samt en national DMCG indenfor området. Ved et af de seneste møder var der enighed om, at området var for præmaturligt til DMCG strukturen, samt at en national database ikke umiddelbart var første prioritet, hvis det ikke var til forskningsbrug.

Undervejs i kortlægningsprocessen blev arbejdet med en national database italesat, og det viste sig, at det manglende incitament var relateret til uenighed om muligheden for retningslinjer på området, samt om databasen kunne medvirke til at fremme tidlig opsporing af kræft. Incitamentet for den kliniske database steg undervejs i kortlægningen, og ovenpå den afsluttende workshop vurderes det, at opbakningen til en klinisk kvalitetsdatabase for tidlig opsporing af kræft og diagnostisk pakkeforløb hos SundK er stigende og på et niveau, hvor databasen vil kunne bidrage til udviklingen af området.

Population

Populationen for området er i sin bredeste definition lig med alle personer der har symptomer og tegn, på noget der kunne være kræft. Denne population kan afgrænses til mere specifikke delpopulationer, som defineres ud fra forskellige kriterier såsom undersøgelser, tid, sektor osv. (Figur 4).



Figur 4: Illustration af populationsdelmængder ift. hele populationen med symptomer/tegn, der kunne være kræft. Egen tilvirkning.

Populationsafgrænsningen er kritisk for databasens fundament, da afgrænsningen har betydning for, hvilke parametre der kan beregnes indikatorer på, samt ikke mindst om der kan drages sammenligninger på tværs af de enheder, der foretager udredningen. I litteraturen er der betydelig variation i afgrænsningen af populationer, hvilket medfører variation i studierne om hvem, der er henvist til de enkelte diagnostiske centre, og hvor mange af deres patienter, der ender med en kræftdiagnose (2, 5-7, 9-13). Denne variation betyder, at der ikke kan defineres en optimal populationsafgrænsning ud fra litteraturen.

Alle interessenterne gav udtryk for, at hvis databasen skal kunne udtale sig om variation på et validt grundlag, bør populationen være patienter, hvor der er rejst en mistanke om kræft hos egen læge, speciallæge eller hospital. Det er ikke muligt at fastlægge mistanken om kræft i almen praksis vha. registre pga. manglende data og uklar definition af hvad der indikerer en mistanke. Ved workshoppen var der bred enighed om, at populationen kunne afgrænses ved at en læge agerer på en mistanke som fx når der foretages indledende parakliniske undersøgelser (blodprøver/billeddiagnostisk) i primærsektoren, og/eller når der henvises til diagnostisk center.

Datamæssigt er der udfordringer ved blodprøvepakken bestilt af primærsektoren, da blodprøvepakken ikke er entydigt kodet med en pakkekode i laboratoriregisteret. Det er dog teknisk muligt at sikre en entydig kodning af blodprøvepakken ved at den tilføjes en skyggeprøve³.

Udfordringen med en ikke entydig kodning er også gældende for billeddiagnostiske undersøgelser bestilt af primærsektoren. Udfordringen med kodningen består her af to ting: 1) der findes ikke en unik SKS-kode for billeddiagnostik bestilt af primærsektoren for patienter henvist til udredning for mistanke

³ En skyggeprøve er defineret som en unik prøve, der er en del af pakken, men som ikke medfører en analyse på laboratoriet. Skyggeprøven afgiver en NPU kode, som så kan bruges til at identificere blodprøvepakken.

om kræft. 2) der findes ikke en SKS-kode for hvorvidt henvisningen til CT-TAB er ifm. udredning af gruppe III patienter. Der findes en generel SKS-kode for udredningsforløb foretaget pba. henvisning fra primærsektoren (AFV01A3), men denne kode synes ikke entydig defineret, og brugen af denne synes ikke at være ensartet. Ressourceforbruget ifm. udredning ved CT-skanning på baggrund af henvisning af patienter fra almen praksis ved MAS og vage symptomer er dermed uklart.

Deltagerne gav til workshoppen udtryk for, at det var nødvendigt, at der blev indført en skyggeprøve på blodprøvepakken, samt en specifik SKS-kode for patienter henvist til billeddiagnostik som led i udredning for mistanke om kræft. Dette for at kunne fremtidssikre optimal identifikation og afgrænsning af populationen.

Ved workshoppen støttede deltagerne op om, at populationen til start burde afgrænses til summen af alle patienter henvist til CT-TAB af almen praksis eller praktiserende speciallæge og patienter henvist til diagnostisk pakkeforløb.

Patientvolumen afhænger af populationsafgrænsningen. Ved en afgrænsning som foreslået til workshoppen, vil det estimerede årlige antal patienter i databasen være ca. 70-75.000 personer, en smallere afgrænsning på henviste til diagnostisk center vil populationen være ca. 12.000 per år (jf. Tabel 5).

Udredning inden henvisning til hospital

Udredningen af patienter, hvor der mistænkes alvorlig sygdom (MAS), herunder kræft, eller hvor der er mistanke om metastaser uden kendt primærtumor (MUP), anbefales den primære udredning at foregå i primærsektoren (3). Udover grundig anamnese og objektiv undersøgelse anbefales brug af en blodprøvepakke og eventuelt billeddiagnostik. Disse anbefalede udredningsmuligheder er sammenfaldende med udredningsmodaliteterne for de såkaldte gruppe III patienter (vage symptomer – kræft kan ikke udelukkes).

Blodprøvepakke

Blodprøvepakken, der er beskrevet i diagnostisk pakkeforløb, består af en række individuelle blodprøver som beskrevet i diagnostisk pakkeforløb (3), hvoraf nogle kun analyseres, hvis en af de andre er positive.

Med udgangspunkt i blodprøvepakken, kunne der for 2024 findes 68.497 personer i laboratorieregisteret, der fik foretaget minimum 20 af de anbefalede prøver samme dag. 5,5% (3.765) af disse personer blev efterfølgende henvist til diagnostisk pakkeforløb indenfor 30 dage efter dato for rekvisition af blodprøverne. Til sammenligning kunne der kun findes 13.248 personer, der fik foretaget minimum 24 af prøverne samme dag, hvoraf 4,1% (543) blev henvist til diagnostisk pakkeforløb indenfor 30 dage efter blodprøverne.

Deltagerne til workshoppen bemærkede at almen praksis også bruger blodprøvepakken til andre formål end kræftudredning, og at de i mange tilfælde vælger at bruge andre blodprøvepakker eller enkelte blodprøver over flere dage.

Denne forskel i brugen af blodprøvepakken, antal personer med blodprøvepakken, samt det lave antal personer, der efterfølgende henvises til diagnostisk pakkeforløb, indikerer at blodprøvepakken ikke umiddelbart kan identificeres i laboratoriedatabasen uden en såkaldt skyggeprøve.

Billeddiagnostik eksemplificeret v. CT-TAB

Med udgangspunkt i alle CT-TAB skanninger i et LPR3 forløb, hvor primærsektoren er anført som den henvisende part, kunne der findes 66.366 skanninger i 2024 (Tabel 1). Af disse skanninger blev 2,5%

(1.632) efterfulgt af en henvisning til diagnostisk pakkeforløb. Hovedparten af henviste patienter startede i diagnostisk pakkeforløb pga. mistanke om alvorlig sygdom, der kunne være kræft (MAS), og færre pga. mistanke om metastaser med ukendt primær tumor (MUP).

Tabel 1. CT-TAB skanninger i 2024, hvor primærsektoren er anført som den henvisende part og hvorvidt skanningen blev efterfulgt af en henvisning til et diagnostisk pakkeforløb indenfor 30 dage.

Region	Henvisning til diagnostisk pakkeforløb			Andel henvist i procent		
	MAS	MUP	Total	MAS	MUP	I alt
Nord	226	19	9.760	2,3%	0,2%	2,5%
Midt	678	50	17.868	3,8%	0,3%	4,1%
Syd	134	78	12.817	1,0%	0,6%	1,7%
Hovedstaden	93	3	13.540	0,7%	0,0%	0,7%
Sjælland	226	125	12.381	1,8%	1,0%	2,8%
Total	1.357	275	66.366	2,0%	0,4%	2,5%

Andelen af CT-TAB skanninger, der efterfølges af henvisning til diagnostisk pakkeforløb, er betydelig lavere end i et nyligt publiceret studie fra Roskilde, der viser, at 8,8% af CT-TAB skanninger henvises til diagnostisk pakkeforløb (14). Dette nye studie bygger dog på data fra før revideringen af mange pakkeforløb (inkl. det diagnostiske pakkeforløb), samt før almen praksis fik adgang til CT-TAB for gruppe III patienter. Revideringen af pakkeforløb medførte at mange CT-TAB skanninger, der tidligere blev udført som en del af specifikke pakkeforløb (fx for lungekræft), nu foretages af almen praksis, hvilket dermed har betydning for at selve andelen af henvisninger fra almen praksis til diagnostisk pakkeforløb bliver mindre.

Henvisning til udredende enhed på hospital

Under kortlægningen fremkom et separat emne omkring henvisninger fra primærsektoren til diagnostisk center, herunder afviste henvisninger. Emnet fylder også en del i den medicinske dagspresse (15), og er en kendt problematik (2, 16).

Kvalitetsudfordringen med henvisninger omhandler tre separate emner: krav til indhold i henvisninger, omvisiterede henvisninger samt afviste henvisninger. Informanterne var enige om, at der er stor variation i, hvad henvisningerne bør indeholde, hvilket skaber variation i, hvilke informationer der er i henvisningerne til diagnostiske centre. Denne variation medfører, at mange henvisninger enten afvises eller omvisiteres til andre udredningsenheder (eks. sygdomsspecifikke pakkeforløb). Der forefindes ikke opgørelser på problemets reelle omfang. Data om emnet er svært tilgængelig, da data om afviste og omvisiterede henvisninger ikke umiddelbart er tilgængelig via nationale registre.

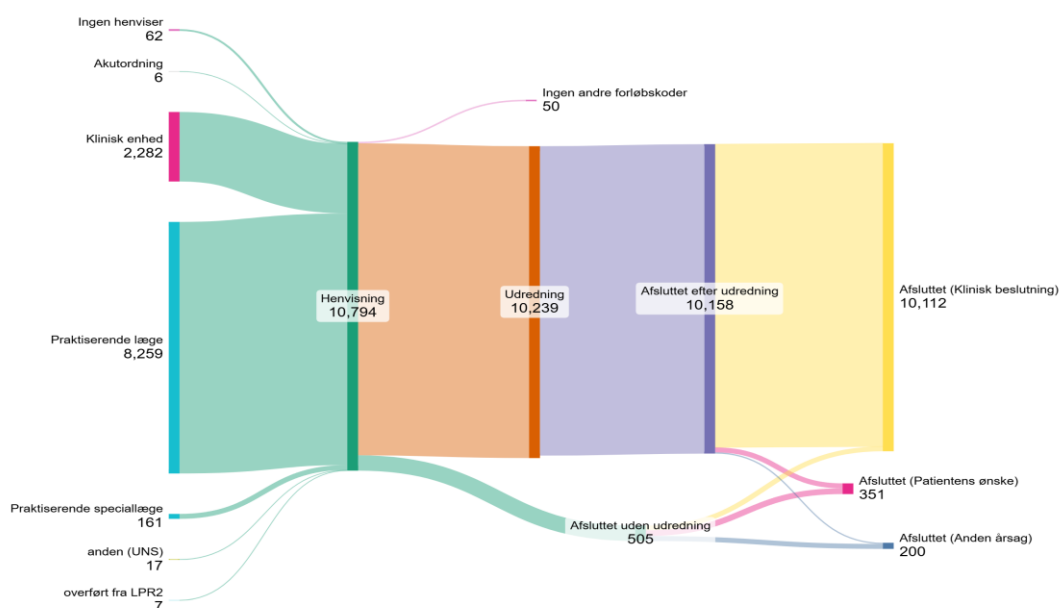
Deltagerne på workshoppen vurderede at emnet er yderst relevant og højaktuel for at kunne minimere variationen mellem diagnostiske centre, men at området bør undersøges nærmere, inden databasen skal monitorere dette.

Udredning efter henvisning til hospital

Antal patientforløb

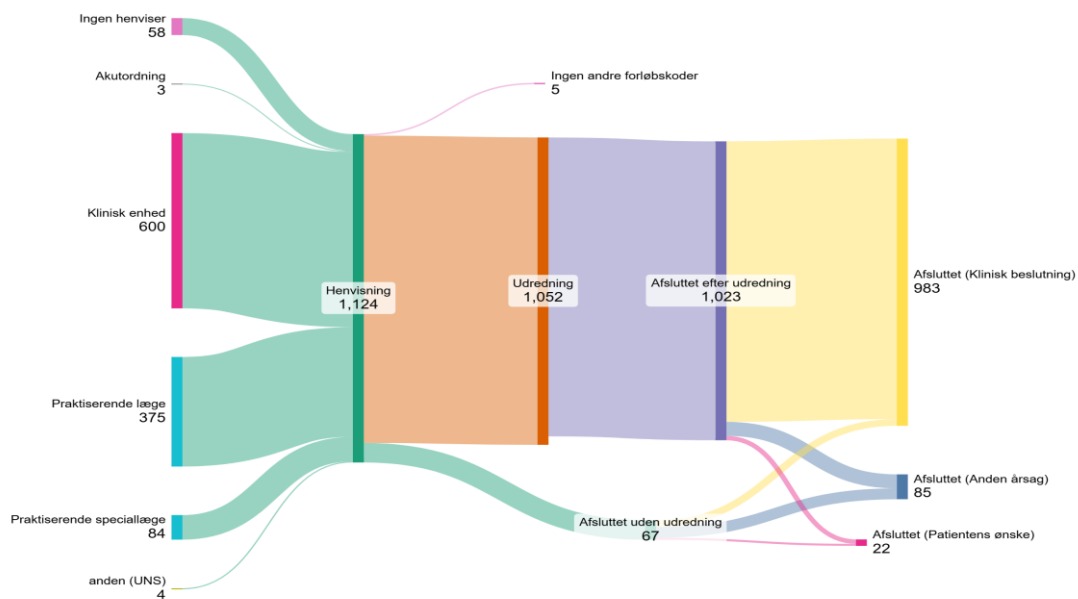
Der findes en udførlig kodevejledning for diagnostisk pakkeforløb med angivelse af målepunkter til national overvågning af pakkeforløb tilsvarende for sygdomsspecifikke pakkeforløb. Diagnostiske pakkeforløb har to forløbskoder: AFA for personer under udredning pga. mistanke om alvorlig sygdom, der kunne være kræft (MAS) og AFD for personer under udredning pga. mistanke om metastase uden kendt primærtumor (MUP).

I 2024 blev 10.794 patienter henvist til et diagnostisk pakkeforløb med MAS (Figur 5). Af disse gennemgik 10.156 udredningen og blev afsluttet efter en klinisk beslutning eller efter patientens ønske. Hovedparten (76,5%) af patienterne blev henvist fra almen praksis.



Figur 5: Sankey plot for MAS henviste diagnostiske pakkeforløb i 2024 i Danmark.

I 2024 blev 1.124 patienter henvist til et diagnostisk pakkeforløb med MUP (Figur 6). Af disse gennemgik 1.023 udredningen og blev klinisk afsluttet eller afsluttet efter patientens ønske. Lidt over halvdelen (53,4%) af patienterne blev henvist fra anden klinisk enhed på et hospital.



Figur 6: Sankey plot for MUP henvisede diagnostiske pakkeforløb i 2024 i Danmark.

Antallet af diagnostiske pakkeforløb med klinisk beslutning i 2024 er dermed opgjort til ca. 11.095, hvilket sammen med efterregistreringer passer overens med Sundhedsdatastyrelsens opgørelse fra april 2025 på 10.845 forløb i 2024 (sundhedsdatabanken.dk).

Antallet af forløb på de enkelte diagnostiske centre blev gennemgået og vurderet af klinikerne på 12 diagnostiske centre, der vurderede at antallet af både MAS og MUP forløb, var repræsentative for deres afdeling.

Billeddiagnostisk udredning efter henvisning til hospital

I udredningen af patienter, henvist til diagnostisk center som led i diagnostisk pakkeforløb, anbefales forskellige billeddiagnostiske procedurer tilpasset den enkelte patient (3). Eksempler på de mest brugte anbefalede billeddiagnostiske udredningsmuligheder er listet i Tabel 2 nedenfor.

Tabel 2: Billeddiagnostiske undersøgelser foretaget under diagnostisk pakkeforløb i 2024 fordelt på modaliteter og region.

	Region					Total
	Nord	Midt	Syd	Hovedstaden	Sjælland	N
<i>CT-TAB</i>	435 (50.7)	579 (41.0)	1445 (74.1)	4409 (81.3)	603 (59.4)	7471
<i>PET-CT</i>	107 (12.5)	83 (5.9)	177 (9.1)	498 (9.2)	87 (8.6)	952
<i>MR</i>	68 (7.9)	147 (10.4)	143 (7.3)	328 (6.0)	104 (10.2)	790
<i>Røntgen</i>	83 (9.7)	142 (10.1)	227 (11.6)	732 (13.5)	124 (12.2)	1308
<i>Ultralyd</i>	182 (21.2)	444 (31.4)	313 (16.0)	1127 (20.8)	263 (25.9)	2329
<i>Undersøgelser i alt per region, N</i>	858	1412	1951	5426	1016	

Af opgørelsen ses, at der er stor variation i brugen af de forskellige billeddiagnostiske undersøgelser, der foretages på de diagnostiske centre. Fx varierer brugen af CT-TAB fra 41,2% i Region Midtjylland til 81,3% i Region Hovedstaden. Denne variation er omvendt af brugen af CT-TAB fra almen praksis, som er højere i Region Midtjylland og lavere i Region Hovedstaden.

Datamæssigt er tilgængeligheden af data på radiologiske undersøgelser nemt tilgængelige og entydigt relateret til de diagnostiske pakkeforløb via de såkaldte helbredsforløb i LPR 3.

Afslutning på udredningsforløb

Det sidste emne, som blev identificeret under kortlægningen, var afslutningen af udredningsforløbet ift. hvad slutdiagnosen er, hvad prognosen er samt hvortil patienten afsluttes.

I litteraturen findes kun opgørelser for patienter, der har gennemgået et diagnostisk pakkeforløb. Disse opgørelser omhandler hovedsageligt andel med kræft, og i varierende grad også andelen med alvorlige sygdomme. Resultaterne i litteraturen varierer med angivelse af 8-20% med kræft og 20-25% med alvorlige sygdomme (6, 8-10, 13). Forskellen i andelen med både kræft og andre alvorlige sygdomme vurderes at være påvirket af forskelle i populationerne, der er inkluderet i studierne.

Interessenterne gav udtryk for, at det er vigtigt for dem at kunne se, hvad resultatet af deres indsats er, så at man kan optimere udredningen og samtidig forhåbentlig reducere unødige undersøgelser for fremtidige patienter, og risikoen for overdiagnostik. Interessenterne udtrykte enighed om, at udfaldet skulle måles både ift. andelen med kræft (og hvilke diagnoser), andelen med anden alvorlig sygdom, samt brugen af efterfølgende sygdomsspecifikke pakkeforløb for kræft, hvor patienten ikke havde kræft.

En dataopgørelse baseret på LPR3 viser, at 15,7% (1.669) ud af 10.663 patienter fik en kræftdiagnose indenfor 6 mdr. efter afslutningen på et diagnostisk pakkeforløb i 2024; varierende fra 14,2% i Region Syddanmark til 20,8% i Region Midtjylland (Tabel 3). Samtidig ses, at andelen med alvorlig sygdom⁴ udover kræft indenfor 6 mdr. varierer.

Under workshoppen blev variationen vurderet til at være et udtryk for variationen i populationerne på de forskellige diagnostiske enheder.

Tabel 3: Patienters diagnose 6 mdr. efter afsluttet diagnostisk pakkeforløb i 2024.

	Region					Total
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Andet	298 (34.7)	552 (39.1)	771 (39.5)	2467 (45.5)	415 (40.9)	4503 (42.2)
Alvorlig sygdom	405 (47.2)	567 (40.2)	903 (46.3)	2154 (39.7)	462 (45.5)	4491 (42.1)
Kræft	155 (18.1)	293 (20.8)	277 (14.2)	805 (14.8)	139 (13.7)	1669 (15.7)
Total	858	1412	1951	5426	1016	10.663

Ved workshoppen blev en tilsvarende opgørelse, baseret på LPR3 data for de personer som fik foretaget en CT-TAB med henvisning fra almen praksis i 2024, gennemgået. Denne opgørelse viste at 14,6% (7.727) patienter fik en kræftdiagnose indenfor 6 mdr. efter den indledende CT-TAB skanning, samt at 33,5% fik en hospitalskrævende alvorlig sygdom (Tabel 4).

⁴ Alvorlig sygdom er her defineret som en aktionsdiagnose registreret i LPR3 indenfor 6 mdr. efter afslutning på pakkeforløb, og uden at være registreret minimum 2 år tidligere.

Tabel 4: Patienters diagnose 6 mdr. efter CT-TAB undersøgelse med henvisning fra almen praksis i 2024.

	Region					
	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Hovedstaden	Sjælland	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Andet	4373 (52.5)	7970 (52.6)	5216 (48.5)	4441(53.6)	5431 (52.7)	27483 (51.9)
Alvorlig sygdom	2901 (34.8)	5289 (34.9)	3660 (34.1)	2548 (30.7)	3290 (31.9)	17720 (33.5)
Kræft	1062 (12.7)	1905 (12.6)	1874 (17.4)	1302 (15.7)	1577 (15.3)	7727 (14.6)
Total	8336	15164	10750	8291	10298	52930

Databasemodeller

Ud fra kortlægningen og workshoppen er der blevet identificeret 3 mulige modeller for en database for området (Tabel 5). De tre modeller defineres pba. hvor stor andel af patientens udredningsforløb de dækker: smal, bred eller maksimal. De tre modeller har alle fordele og ulemper.

Tabel 5: Skematisk oversigt over tre mulige modeller for en database for tidlig opsporing af kræft og diagnostisk pakkeforløb

	Model 1 (Smal model)	Model 2 (Bred model)	Model 3 (Maksimal model)
Fokusområde	Diagnostisk pakkeforløb	Forløb fra mistanke om alvorlig sygdom, der kunne være kræft til endelig diagnose (inkl. diagnostisk pakkeforløb)	Forløb fra patientens første symptom/tegn/oplevelse til endelig diagnose (inkl. diagnostisk pakkeforløb)
Startpunkt for inklusion i databasen	Patient starter diagnostisk pakkeforløb. Defineret som: LPR forløbskode AFA01A "Henvi- sning til pakkeforløb, start" (MAS patienter) eller LPR forløbskode AFD01A "Henvi- sning til pakkeforløb, start" (MUP patienter)	MAS defineret ved: Patient får foretaget en CT-TAB bestilt af almen praksis Og/eller Patient starter diagnostisk pakkeforløb. Defineret ved LPR forløbskode AFA01A el. AFD01A "Henvi- sning til pakkeforløb, start" Og/eller <i>Patient får foretaget blodprøvepakke i primærsektor som defineret diagnostisk pakkeforløb</i>	Patient henvender sig til en læge i primærsektoren med uspecifikke symptomer eller tegn, der kunne være tegn på alvorlig sygdom, herunder kræft Og/eller Patient starter diagnostisk pakkeforløb. Defineret ved LPR forløbskode AFA01A el. AFD01A "Henvi- sning til pakkeforløb, start"
Slutpunkt for forløbet i databasen	Diagnose i LPR 6 mdr. efter afsluttet diagnostisk pakkeforløb	Diagnose i LPR 6 mdr. efter afsluttet diagnostisk pakkeforløb eller CT-TAB (hvis ingen diagnostisk pakkeforløb)	Diagnose i LPR 6-12 mdr. efter starttidspunkt
Populationsstørrelse	Ca. 11-12.000 per år	75.000 per år (estimat)	Ukendt.

		125-150.000 per år hvis blodprøvepakke også bruges til inklusion	Obs. almen læge tænker kræft ca. 2x/dag ≈ 7000 mistanke om kræft per dag
Sektorer dækket af databasen	Hospital	Almen praksis, Speciallægepraksis, Hospital	Almen praksis, Speciallægepraksis, Hospital
Datakrav (sektorer, system mm.)	Data fra sygehuse (LPR, patologi, laboratoriedatabase)	Data fra sygehuse (LPR, patologi, laboratoriedatabase) Data fra almen praksis og speciallæger via laboratorieregister og LPR (på sigt via eKVIS og KiAP portaler.)	Data fra sygehuse (LPR, patologi, laboratoriedatabase) Data fra almen praksis og speciallæger via laboratorieregister og LPR (på sigt via eKVIS og KiAP portaler.) Journaloplysninger primær sektor (fritekst) EPJ fritekst

Den maksimale model 3 (Tabel 5) er teoretisk set den model som dækker mest muligt af patienternes udredningsforløb, og som på sigt kan give mest information om tidlig opsporing af kræft. Modellen er udfordret af manglende mulighed for at afgrænse populationen korrekt, identificere et starttidspunkt for patientens forløb pga. af manglende datatilgængelighed samt manglende evidens grundlag for, hvad der afgrænser populationen. Denne model har teoretisk opbakning blandt interessenter, men megen skepsis grundet de beskrevne udfordringer.

Den brede model 2 (Tabel 5) tager udgangspunkt i en population, der dannes på baggrund af, at der igangsættes udredning, der formodes at være rettet mod en mistanke om kræft. Interessenter og dataanalyse indikerer at dette bedst kan operationaliseres ved CT-TAB bestilt af primærsektoren samt personer henvist til diagnostisk pakkeforløb, for at sikre inklusion af patienter uden CT-TAB bestilt af primærsektoren. Denne model har meget bred opbakning blandt interessenter.

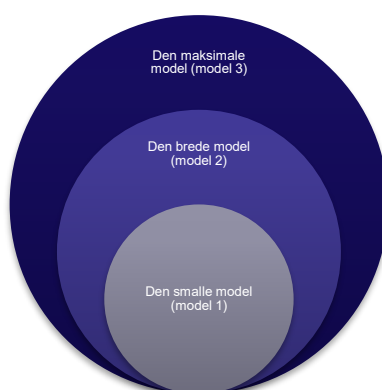
Den smalle model 1 (Tabel 5) er den simpleste af modellerne, da den kun omfatter patienter i det diagnostiske pakkeforløb. Modellen vurderes uhensigtsmæssig, da den kun afspejler hospitalssektoren og at populationen er uens på de diagnostiske centre, hvilket begrænser muligheden for sammenligninger på tværs af geografier/regioner. Samtidig vil denne model ikke kunne bruges af almen praksis, og dermed ikke opfylde målet i KPV om at understøtte udviklingen af tidlig opsporing af kræft i primærsektoren. Denne model har kun minimal opbakning blandt interessenter.

Blandt deltagerne ved interessentmøderne samt til workshoppen var der størst opbakning til den brede model (model 2), da denne dækker både primær og sekundær sektor, muliggør at fastsætte præcist startpunkt i patientforløbet (hvor en læge agerer på sin mistanke) som indgang i databasen, hvilket bedrer sammenligningsgrundlaget på tværs af regioner/hospitaler/praksisklynger mm.

Implementerbarhed af databasemodeller

De tre beskrevne modeller for en klinisk kvalitetsdatabase for tidlig opsporing af kræft og diagnostisk pakkeforløb stiller forskellige krav til implementering pga. deres forskellige populationsafgrænsninger, databehov mm. (Tabel 5).

De tre modellers sværhedsgrad ifm. implementering stiger jo bredere model, der skal implementeres. Dog er det værd at bemærke at den smalle model (model 1) er en sand delmængde af den brede model (model 2), som igen er en sand delmængde af den maksimale model (model 3) (Figur 7).



Figur 7: Relationen mellem de tre fremsatte databasemodeller

Model 1 (den smalle model) kræver ingen nye koder, hvorfor denne vurderes umiddelbart let at implementere. Model 2 (den brede model) bør følges af nye koder med hensyn til at kunne identificere CT-TAB undersøgelser foretaget på baggrund af en henvisning om mistanke om kræft fra almen praksis. Dog kan man starte ud med en generel afgrænsning af populationen på baggrund af CT-TAB undersøgelser foretaget på henvisning fra almen praksis. Ved dette er model 2 umiddelbar at implementere. Model 3 (den maksimale) vurderes svær til næsten umulig at implementere som datatilgængeligheden er i dag. For at model 3 kan implementeres, skal der etableres sprogmodeller til at identificere relevante vage symptomer og tegn på kræft i journalsystemerne i henholdsvis primærsektoren samt på hospital, alternativt skal der etableres webservices fra journalsystemerne til SundK, hvilket vil indebære, at der skal laves nye dedikerede felter i journalsystemerne i primærsektoren og på hospitalerne, for at web-service kan finde de relevante oplysninger.

Den indbyrdes relation mellem modellerne muliggør trinvis opbygning af databasen, således at det kan overvejes om databasen først skal opbygges som model 1, og sideløbende udvides med CT-TAB undersøgelserne som angivet i model 2. Relationen mellem modellerne sikrer også en mulig udvidelse af databasen mod den maksimale model, hvis datagrundlaget senere viser sig at være tilgængeligt.

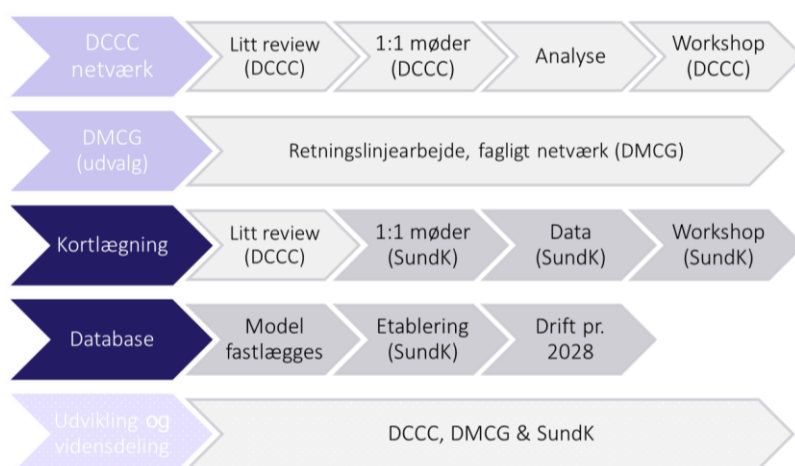
Udsagn fra workshopen og interessentmøderne støtter, at der arbejdes mod implementeringen af model 2, men at model 1 kan bruges som springbræt til at etablere arbejdsgange, afrapporteringsflow (fx KKA) mm. inden databasen er fuldt indfaset. Vælges denne model initielt bør der være stor fokus på at databasen udvides til at omfatte CT-TAB (model 2) hurtigst muligt.

Bilag 1: Metodebeskrivelse

Kortlægningen af området er sket i tæt koordinering med DMCG.dk og DCCC, da alle tre organisationer skulle i kontakt med et kraftigt overlappende felt af interessenter.

Repræsentanter fra de tre organisationer mødtes ca. hver anden uge, hvor formålet var at afklare overlap i interessenter og opgaver og ikke mindst planlægge fælles afholdelse af møder og workshop med interessenter, for at minimere interessenters tid og rejseforbrug ifm. med kortlægningen.

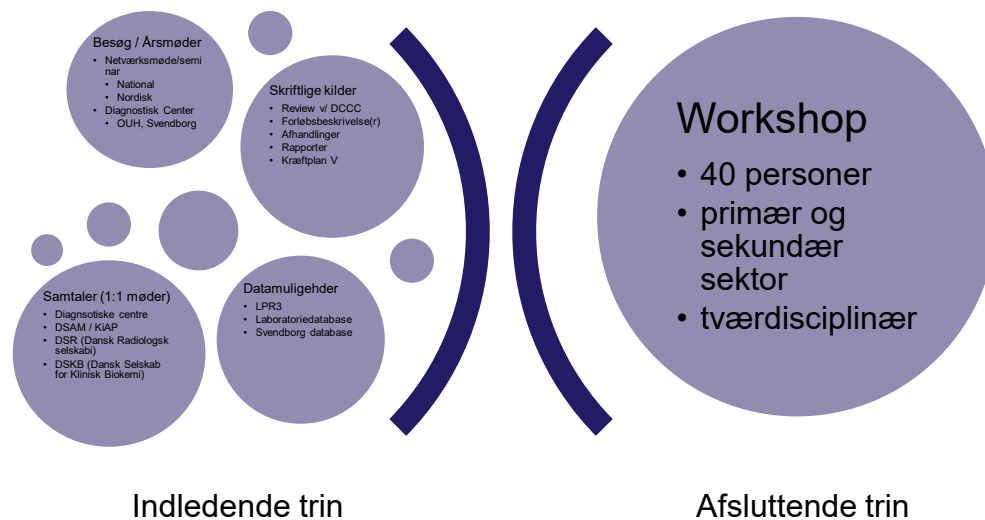
Afgrænsningen mellem områder i processen mellem DCCC, DMCG.dk og SundK er skitseret nedenfor, hvor SundK's opgaver ifm. KPV-udmøntningen er markeret med mørke nuancer (Figur 8)



Figur 8: Oversigt over opgaver ifm. KPV-initiativet omkring tidlig opsporing af kræft og diagnostisk pakkeforløb, samt fordelingen af disse opgaver mellem DCCC, DMCG.dk og SundK.

Dataindsamling

Dataindsamlingen er baseret på skriftlige kilder, virksomhedsbesøg, deltagelse i årsmøder, litteratur gennemgang, individuelle samtaler med nøglepersoner, dataanalyse samt workshop for interessenter. Kortlægningen foregik i fem trin: besøg/seminar, litteratur gennemgang, individuelle samtaler (1:1 møder), dataanalyse samt en afsluttende workshop, hvoraf de fire førstnævnte trin dannede udgangspunkt for den afsluttende workshop (Figur 9).



Figur 9: Oversigt over kortlægningens trin samt deres indhold

Besøg / årsmøder

Projektgruppen besøgte diagnostisk center på OUH, Svendborg i opstartsfasen. Besøget havde fokus på at øge forståelsen af, hvordan et diagnostisk center kan fungere samt få en gennemgang af centrets database for diagnostiske pakkeforløb for Region Syddanmark. Herudover deltog projektgruppen i årsmøder for netværk for diagnostiske centre i Danmark og Norden med fokus på vidensafdækning af området, samt at afdække netværk på området.

Skriftlige kilder

De skriftlige kilder brugt i rapporten baserer sig på baggrundsmateriale i form af akademiske artikler om kræftudredning fra Danmark og udlandet samt diverse grå litteratur i form af pakkeforløbsbeskrivelse, retningslinjer og rapporter for området. De skriftlige kilder bygger desuden på resultaterne fra det fortløbende litteratur review af evidensen bag tidlig opsporing af kræft og diagnostisk pakkeforløb der ledes af DCCC som en del af udmøntningsaftalen for KPV-initiativet.

Samtaler / Interview

Samtalerne (1:1 møder) har inkluderet repræsentanter fra almen praksis, parakliniske specialer samt diagnostiske centre fra alle regioner (Tabel 6, bilag 2). Af parakliniske specialer har undersøgelsen inkluderet radiologi og klinisk biokemi, idet de er relevante for den kræftudredning, der foregår både i det diagnostiske pakkeforløb og i almen praksis (3). I alt har 16 personer bidraget til undersøgelsen via samtaler/interview. Hovedparten af samtalerne blev afholdt 1:1, dog blev enkelte samtaler afholdt med to interessenter ad gangen efter eget ønske.

Dataanalyse

Dataanalysen blev foretaget som en eksplorativ undersøgelse af tilgængelige data og muligheder for identifikation af population(er), forløb, undersøgelser og udfald. Opgørelserne er foretaget ud fra pakkeforløbsbeskrivelsen for diagnostisk pakkeforløb, emner identificerede i litteraturen samt via samtaler.

Dataanalysen er foretaget på SundK's lukkede sikrede servermiljø, i overensstemmelse med registreringen på SundK's interne fortegnelse for analyseprojekter (projekt-nr.: av_0006).

Afsluttende workshop

Workshoppen blev afholdt d. 24.04.2026 og inkluderede 40 deltagere repræsenterende forskellige specialer og områder (Tabel 6). Workshoppen blev afholdt i direkte forlængelse af DCCC's første møde for deres forsknings- og udviklingsnetværk for tidlig opsporing og diagnosticering af uspecifikke symptomer på kræft.

Workshoppen bestod af en første del med gennemgang af rammen for databasen og projektet, samt resume af kortlægningen hos SundK, samt en anden del med gruppearbejde mhp. yderligere identifikation og definition af population, kvalitetsudfordringer samt datamuligheder/ønsker. Gruppearbejdet blev foretaget i forudbestemte grupper på tværs af regioner, sektorer og fagligheder, for at sikre samtale på tværs. Program for workshoppen forefindes i bilag s.28 .

Bilag 2: Parter v. interessentmøder, workshop og styregruppe

Herunder findes en oversigt over deltagere ved 1:1 møderne og workshoppen, samt hvem der bør være repræsenteret i styregruppen for databasen.

Tabel 6: Oversigt over deltagere/speciale ved individuelle samtaler og den afsluttende workshop, samt hvem der anbefales at indgå i styregruppen for databasen.

Part	1:1 møde	Workshop	Styregruppe*
		24.04.2026	
Diagnostiske centre/enheder	X	X	X
Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)	X	X	X
Foreningen af praktiserende speciallæger (FAPS)	Inviteret	X	X
Dansk Selskab for Klinisk Biokemi (DSKS)	X	X	X
Dansk Radiologisk Selskab (DRS)	X	X	X
Kvalitet i Almen Praksis (KIAP)	X	X	
Enheden for kvalitet i speciallægepraksis (eKVIS)		(Inviteret)	
Forskningsenhederne for Almen Praksis		X	
Kræftens Bekæmpelse (patientforening)		X	X**
Danske Patienter (patientforening)			X***
Onkologi (MUP patienter)		X	X
DMCG		X	
Ledelsesrepræsentant (Hospital)			X

*Anbefales at indgå i styregruppe for database; **Patient som har gennemgået et forløb i diagnostisk center og fået diagnosticeret kræft udpeget af KB; ***Patient som har gennemgået et forløb i diagnostisk center og som IKKE har fået diagnosticeret kræft udpeget af Danske Patienter.

Bilag 3: Resultatopsummeringer

Litteratur

Litteraturen peger generelt på, at området er sparsomt belyst, og at de videnskabelige studier, der foreligger på området, er præget af selekterede populationer i afgrænsede geografiske områder. Samtidig bygger hovedparten af litteraturen indenfor området på datagrundlag fra før 2022, hvor det diagnostiske pakkeforløb blev revideret, og hvor de almen praktiserende læger fik mulighed for at henvise til billeddiagnostiske undersøgelser (fx CT-TAB) ved vage symptomer, hvor kræft ikke kunne udelukkes. Dermed forefindes stort set ingen litteratur på området.

Den tilgængelige litteratur peger dog på at:

- Der er mange lange og uhensigtsmæssige forløb i udredningen af gruppe II og gruppe III patienter
- Udredningen før henvisning til forløb på hospital er uens og brugt med stor variation.
- Henvisninger mellem primærsektoren og hospital er barrierefyldt – oftest pga. manglende kendskab til retningslinjer og frygt for at henvise for mange
- Diagnostiske centre er uens implementeret i DK, og det vides ikke hvilken organisering er bedst/optimal
- Andelen med kræft blandt personer henvist til diagnostisk pakkeforløb varierer fra 8% til 20% i studierne afhængigt af population, geografi og kalendertid.
- Uvist hvad det diagnostiske udbytte er blandt personer mistænkt for kræft i gruppe II og gruppe III.

Personlige møder med interessenter

Der blev afholdt 1:1 møder med forskellige interessenter (jf. Bilag 2: Parter v. interessentmøder, workshop og styregruppe). Møderne blev afholdt løbende og tilpasset interessenternes arbejdstid.

Møderne var opbygget efter den samme skabelon med en kort introduktion af deltagerne, en kort introduktion til opgaven, snitflader med DCCC og DMCG.dk, efterfulgt af en fri snak om, hvordan interessenten oplevede området i sit daglige arbejde, og hvilke udfordringer de sidder med, og hvad de kunne tænke at en database fokuserede på.

Møderne var vellykkede og interessenterne var åbne og imødekommende. Mange pointer kom frem, og selvom der var forskellige meninger, om det var det rigtige tidspunkt for indførelsen af databasen, var der overordnet samlet enighed om, at databasen kan hjælpe med at øge viden på området, og den vil kunne bidrage med et fælles datamæssigt udgangspunkt for udvikling af området.

Dataopgørelser

Under kortlægningen blev det undersøgt, hvad der kunne genfindes i de nationale registre vedrørende diagnostiske modaliteter med fokus på blodprøvepakken, der er beskrevet i Diagnostisk pakkeforløb, samt brugen af CT-TAB i primærsektoren. Disse er beskrevet i selve rapporten (jf. Udredning inden henvisning til hospital).

Herudover blev der udført test af hvorvidt de data, der allerede indsamles i den regionale database for diagnostisk forløb ved diagnostisk center, OUH, Svendborg, kan genfindes i registre. Denne test viste,

at hovedparten af de indsamlede data findes i nationale registre. Enkelte data er dog ikke mulige at genfinde i registre såsom symptomer ved henvisning og beskrivelse af billeddiagnostiske undersøgelser.

Workshop

Workshoppen blev afholdt d. 24.04.2026 i Odense med formålet at bringe interessenter sammen og i fællesskab skabe et udgangspunkt for etableringen af en database for området (jf. Bilag 4: Workshop - dagsorden)

Workshop var velbesøgt med knap 40 deltagere. Oplæg blev vel modtaget og satte en god ramme for gruppearbejdet.

Grupper var fordelt a priori for at skabe mest mulig variation af specialer/sektorer i grupperne. Dette skabte god diskussion på tværs. Gode diskussioner i grupper – specielt angående populationen.

Grupperne arbejdede med tre emner: population, kvalitetsudfordringer samt "glemte" brugbare data.

Workshoppen var vellykket. Mange pointer kom frem, og selvom der var forskellige meninger om fokus, var der overordnet samlet enighed om, at databasen er nødvendig for området og kan bidrage med et fællesdatamæssigt udgangspunkt for udvikling af området.

Samtidig var der udbredt enighed om at: 1) populationen i databasen bør være summen af personer henvist til CT-TAB fra almen praksis og patienter i diagnostisk pakkeforløb, og 2) databasen bør fokusere på at måle variation mellem diagnostiske centre (og deres optageområder) ift. brug af blodprøver og radiologi inden og under diagnostisk pakkeforløb, samt hvad resultatet heraf er (kræft, ikke kræft, andre sygdomme og andet).

Dataønsker til databasen

Under kortlægningen fremkom der mange ønsker til specifikke dataopgørelser, som var ønskelige for deltagerne. Disse ønsker er listet herunder i en IKKE prioriteret rækkefølge. Listen er medtaget, som inspirationsliste for den kommende styregruppe til deres arbejde.

Dataønsker (over data som ikke findes i forvejen):

- Forløbsmarkører ("sladrehankskoder") for blodprøvepakke, samt radiologi for gruppe II & III patienter Indgangssymptomer + varighed
- Resultater af billeddiagnostik
- Afslutningsårsager fra diagnostisk pakkeforløb (kræftpakke, +/- kræft)
- Multidisciplinært team konference (MDT)
- Patient Reported Experience Measures (PREM)
- Patient Reported Outcome Measures (PROM)
- Heatmap (hvor kommer patienterne fra)
- Falsk negative / positive
- Afviste henvisninger: antal, antal omvisiteringer (+hvortil), begrundelse for afvisning (manglende us, omvisitering, ren afvisning)
- Socioøkonomi
- Markører i almen praksis

Generelle ønsker til opgørelser:

- kræftpakkehenvvisninger

- Diagnoser
- Outcome
- Survival
- Stadiet v. diagnose
- Udrædningstid i ambulatorie/hæmatologi efter henvisning
- Udrædningstid i diagnostisk center
- Udrædningstid fra CT -> diagnose
- Komorbiditet
- Kontakter i almen praksis
- Prøver/undersøgelser under diagnostisk pakkeforløb
- Tid fra us. til svar (fx v. CT)
- Opfølgning af ikke-kræftpatienter – fx via safetynetting
- Oversigt over kontakter inden henvisning til diagnostisk pakkeforløb (hvad er der lavet, hvem har set patienten)

Bilag 4: Workshop - dagsorden

Workshop om Database for Tidlig Opsporing af Kræft og Diagnostisk Pakkeforløb

Sted: Comwell, ODEON, H.C. Andersen, Claus Bergs Gade 7, Odense

Dato og tid: fredag d. 24. April Kl. 12.15-16.00

Mødeledere: Henry Jensen og Anne Fredsted

Dagsorden

Kl. 12.15 - 12.25: Velkomst og dagen i dag. v/ Henry Jensen, seniorepidemiolog, SundK

Kl. 12.25-12.35: Kræftplan V initiativet, v/ Mette Roed Eriksen, enhedsleder for Kvalitetsenhed C, SundK

Kl. 12.35 - 12.50: Kliniske kvalitetsdatabaser og indikatorbaseret kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet, v/Anders Møller Schlünsen, funktionsleder, SundK

Kl. 12.50 - 13.20: Hvad ved vi? v/ Henry Jensen, seniorepidemiolog, SundK

Kl. 13.20 – 13.30: Introduktion til gruppearbejde, v/Anne Fredsted, kvalitetskonsulent, SundK

Kl. 13.30 – 14.15: Gruppedrøftelser

Kl. 14.15 - 14.30: Kaffe

Kl. 14.30 - 15.15: Gruppedrøftelser fortsat

Kl. 15.15- 15.45: Opsamling af gruppedrøftelser i plenum

Kl. 15.45: Tak for i dag og næste skridt

Bilag 5: Referenceliste

1. 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 1):S65-9.
2. Hauge AM, Vinge S, Kjellberg J. Kræftudredning uden for kræftpakkerne. København: VIVE – Viden til Velfærd; 2018.
3. Sundhedsstyrelsen. Diagnostisk pakkeforløb, til fagfolk. København S: Sundhedsstyrelsen; 2022 18.1.2022.
4. Danckert B, Falborg AZ, Christensen NL, Frederiksen H, Lyratzopoulos G, McPhail S, et al. Routes to diagnosis and the association with the prognosis in patients with cancer – A nationwide register-based cohort study in Denmark. *Cancer Epidemiology*. 2021;74:101983-.
5. 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.
6. Damhus CS, Brodersen JB, Nielsen GL. Diagnostic flow for all patients referred with non-specific symptoms of cancer to a diagnostic centre in Denmark: A descriptive study. *Eur J Gen Pract*. 2024;30(1):2296108.
7. Grønnemose RB, Hansen PS, Worsoe Laursen S, Gerke O, Kjellberg J, Lykkegaard J, et al. Risk of cancer and serious disease in Danish patients with urgent referral for serious non-specific symptoms and signs of cancer in Funen 2014-2021. *Br J Cancer*. 2024;130(8):1304-15.
8. Næser E, Fredberg U, Møller H, Vedsted P. Clinical characteristics and risk of serious disease in patients referred to a diagnostic centre: A cohort study. *Cancer Epidemiology*. 2017;50:158-65.
9. Ingeman ML, Christensen MB, Bro F, Knudsen ST, Vedsted P. The Danish cancer pathway for patients with serious non-specific symptoms and signs of cancer-a cross-sectional study of patient characteristics and cancer probability. *BMC Cancer*. 2015;15(1):1-11.
10. Moseholm E, Lindhardt B. Patient characteristics and cancer prevalence in the Danish cancer patient pathway for patients with serious non-specific symptoms and signs of cancer—A nationwide, population-based cohort study. *Cancer Epidemiology*. 2017;50:166-72.
11. Bislev LS, Bruun BJ, Gregersen S, Knudsen ST. Prevalence of cancer in Danish patients referred to a fast-track diagnostic pathway is substantial. *Danish Medical Journal*. 2015;62(9):1-5.
12. Næser E, Møller H, Fredberg U, Vedsted P. Mortality of patients examined at a diagnostic centre: A matched cohort study. *Cancer Epidemiology*. 2018;55:130-5.
13. Damhus CS, Siersma V, Birkmose AR, Dalton SO, Brodersen J. Use and diagnostic outcomes of cancer patient pathways in Denmark - is the place of initial diagnostic work-up an important factor? *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):130.
14. Romer Skott M, Jensen RFG, Nielsen RB, Sandstrom H, Olesen SC, Bodtger U. Diagnostic accuracy of CT in patients with non-specific symptoms of cancer referred directly to CT from general practice: a retrospective follow-up study. *BJGP Open*. 2025.
15. Melbye T. Praktiserende læger: Mistanke om kræft er ikke længere en automatisk døråbner til hospitalet. *Dagens Medicin*. 2026 27. marts 2026;Sect. Tema: almen praksis.
16. Klausen MB, Johansen MB, Madsen H. Nye perspektiver på diagnostikken udenfor de organspecifikke kræftpakkeforløb. København: VIVE – Viden til Velfærd; 2021.

