Temaanalyse om forløbstider

Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse

Kræftens Bekæmpelse

Temaanalyse om forløbstider

Med data fra Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse 2023, del 1

Kræftens Bekæmpelse
Patientstøtte & Frivillig Indsats
Strandboulevarden 49
2100 København Ø

Version 1
Udgivet august 2025

Udarbejdet af:
Nadia Lund Larupa, sundhedsfaglig konsulent, nalo@cancer.dk
Louise Vindslev Nielsen, specialkonsulent, lvn@cancer.dk

Følgende personer takkes for deres bidrag til proces og rapport:
Lisbeth Høeg-Jensen (enhedschef), Jane Christensen (statistiker) og Søren Gray Worsøe (chefkonsulent).

Indhold

Indhold 3

1. Sammenfatning og vurdering 4

2. Baggrund og formål 7

3. Metode 8

4. Resultater, delanalyse 1: Sammenhæng mellem baggrundskarakteristika og at være i Q1 12

5. Resultater, delanalyse 2: Sammenhæng mellem forløbshastighed og oplevet kvalitet 20

1. Sammenfatning og vurdering

Denne temaanalyse handler om patientangivne forløbstider i et kræftforløb. Forløbstider er opgørelser over forskellige tidsintervaller i et kræftforløb frem til første behandling. Analysen er baseret på de forløbstider, som patienterne selv har angivet i Barometerundersøgelsen 2023, del 1. Analysen er bygget op af to delanalyser, som har til formål at give mere viden om:

1) Hvad kendetegner kræftpatienter, der har angivet lange forløbstider i forhold til dem, der har angivet kortere forløbstider? (delanalyse 1)

2) Hvilke associationer er der mellem det at angive hhv. lange og korte forløbstider og patienternes oplevede kvalitet af indsatsen under et kræftforløb? (delanalyse 2)

Analysen tager udgangspunkt i følgende definitioner af forløbstider og milepæle:

- *Patientintervallet* dækker perioden fra patientens første oplevelse af et symptom, til vedkommende første gang konsulterer en praktiserende læge.
- *Det diagnostiske interval* strækker sig fra første kontakt med en praktiserende læge, til patienten får stillet kræftdiagnosen.
- *Behandlingsintervallet* er tiden fra diagnosetidspunktet til påbegyndelse af kræftbehandling.
- *Det totale interval* er summen af de tre øvrige intervaller og omfatter dermed hele perioden fra første oplevede symptom til start på behandling.

Hvert interval er inddelt i fire grupper (kvartiler), baseret på hvor lang tid, forløbet har varet:

- 1. kvartil dækker de korteste/hurtigste forløb, fra 0 til 25 % af forløbene
- 2. kvartil dækker forløbstider i det næste spænd, mellem 25 % til 50 % af forløbene
- 3. kvartil dækker forløbstider i området fra 50 % til 75 % af forløbene
- 4. kvartil dækker de længste/langsomste forløb, fra 75 % til 100 % af forløbene

Alle resultater opgøres i forhold til en referencegruppe inden for den givne kategori – eksempelvis er brystkræft referencegruppe i analyser for kræftformer, og resultater for de øvrige kræftformer er derfor relative til resultaterne for brystkræft.

Nedenfor præsenteres temaanalysens væsentligste fund.

Ældre, kortuddannede og multisyge har ofte hurtigere forløb
Alder ved diagnose har i flere tilfælde en signifikant betydning for, hvor hurtigt patienterne kommer gennem kræftforløbet. Generelt har patienter i aldersgrupperne 30-49 år en lavere sandsynlighed og de ældre patienter i alderen 80–89 år en højere sandsynlighed for et hurtigt forløb sammenlignet med de 60–69-årige. Største forskel ses for 80-89-årige i behandlingsintervallet, hvor de har næsten dobbelt så høj sandsynlighed for at være i gruppen med de hurtigste forløbstider som de 60-69-årige.

Det at have *multisygdom* er forbundet med en lidt højere sandsynlighed for at være blandt patienter med de korteste forløbstider for patientintervallet, det diagnostiske interval og behandlingsintervallet. Dette gælder dog ikke for totalintervallet.

Der ses ligeledes en tydelig sammenhæng mellem *uddannelseslængde* og sandsynligheden for at befinde sig i den hurtigste gruppe. Patienter med lang videregående uddannelse har i både patientintervallet, det diagnostiske interval og totalintervallet lavere sandsynlighed for at have de hurtigste forløb. I patientintervallet har patienter med lang videregående uddannelse fx 40 % lavere sandsynlighed for at komme hurtigt gennem forløbet end patienter med kort uddannelse eller erhvervsuddannelse. Derudover ses en signifikant lavere sandsynlighed for at være i det hurtigste kvartil for patienter med mellemlang videregående uddannelse i det diagnostiske interval og behandlingsintervallet.

I tolkningen af disse resultater er det vigtigt at huske på, at deltagerne i Barometerundersøgelsen er en selekteret gruppe, som gennemsnitligt formentlig vil have flere ressourcer til at deltage i en sådan undersøgelse, hvorfor resultaterne her kan adskille sig fra andre datakilder om kræftpatienters forløb.

Kræfttype har stor betydning for sandsynligheden for at være i det hurtigste kvartil
Brystkræftpatienter har generelt hurtige forløb, hvor de især i patientintervallet, det diagnostiske interval samt i totalintervallet bevæger sig hurtigt igennem forløbet. Analyserne viser dog, at tiden fra diagnosen er stillet, til at den første behandling modtages, typisk er lidt længere for brystkræftpatienter end for de andre kræfttyper. Generelt går der dermed længere tid før de hurtigste 50 % brystkræftpatienter starter behandling, og det er kun i denne fase, at brystkræft har en lav sandsynlighed for et hurtigt forløb. Dette delay kan måske skyldes de kapacitetsproblemer, der i denne periode var på brystkræftområdet særligt i Østdanmark, hvor målopfyldelsen var nede omkring 22-25 % for at gennemføre brystkræftforløb inden for de fagligt anbefalede forløbstider[1].

Resultaterne for brystkræftpatienterne er væsentlige at have in mente i tolkningen af de øvrige kræfttypers resultater, idet brystkræft er referencegruppen. Med det menes, at de øvrige kræftformers resultater måles op imod brystkræft og ikke et gennemsnit for alle kræftformer, og derfor er hurtige og langsomme forløb for de øvrige former kun relativt til brystkræft.

Urinsvejskræft, *hoved-/halskræft* og *lymfomer/kræft i bloddannende væv* har alle lavere sandsynlighed for et hurtigt forløb end brystkræft i tre ud af fire intervaller. Til gengæld har patienter med urinvejskræft og hoved-/halskræft næsten tre gange så høj sandsynlighed for at være i Q1 i behandlingsintervallet, hvor lymfomer/kræft i bloddannende væv har over seks gange så høj sandsynlighed. *Kræft i kvindelige kønsorganer* er forbundet med markant lavere sandsynlighed end brystkræft for hurtige forløb i samme intervaller, og har fx 71 % lavere sandsynlighed for at være i Q1 i totalintervallet. I behandlingsintervallet har de dog 53 % højere sandsynlighed for at være i Q1. *Øvrig mave-/tarmkræft* ligger generelt lavere med mellem 61 % og 71 % lavere sandsynlighed for at være i Q1 i patient-, diagnostisk og totalintervallet, men har dog ikke højere sandsynlighed i behandlingsintervallet.
Lidt mere blandet er det for *prostata-*, *modermærke-* og *lunge-/bronkiekræft*, der ikke har signifikante resultater i alle intervaller. Prostata- og modermærkekræft er forbundet med hhv. 68 og 49 % lavere sandsynlighed for hurtigt diagnostisk interval, men til gengæld hhv. 3,4 og næsten 5 gange højere sandsynlighed for hurtigt behandlingsforløb. Lunge-/bronkiekræft er forbundet med hhv. 52 og 37 % lavere sandsynlighed i det diagnostiske interval og totalintervallet, men har 57 % højere sandsynlighed for at være i det hurtigste kvartil i behandlingsintervallet. *Kræft i øvrigt* viser sig at være forbundet med lavere sandsynlighed i patientintervallet og totalintervallet, men tre gange højere sandsynlighed for hurtig behandlingsstart. *Endetarmskræft* og *tyktarmskræft* er begge kun signifikante i ét interval. Endetarmskræft kun i totalintervallet, med 66 % lavere sandsynlighed og tyktarmskræft kun i behandlingsintervallet, med 89 % højere sandsynlighed end hos brystkræftpatienter for at være i Q1.

Blandede resultater for bopælsregion og symptomer
Sandsynligheden for et hurtigt kræftforløb afhænger i de fleste tilfælde ikke af patientens bopælsregion. Kun i det diagnostiske interval ses en signifikant forskel for patienter bosat i Region Syddanmark, der har 37 % højere sandsynlighed for at være i Q1 sammenlignet med patienter i Hovedstaden.
Også kun enkelte symptomer er forbundet med lavere sandsynlighed for et hurtigt kræftforløb, mens enkelte andre symptomer er knyttet til en højere sandsynlighed for hurtig behandling. Patienter, der har oplevet knuder eller hævelser, har lavere sandsynlighed for at være i Q1 i både patient- og behandlingsintervallet end hvis de ikke havde disse symptomer. For uforklarlige symptomer er det i behandlings- og totalintervallet der ses lavere sandsynlighed, mens smerter og oppustethed forbundet med lavere sandsynlighed for at være i Q1 i totalintervallet. Ændrede modermærker eller sår, der ikke heler har til gengæld mere end dobbelt så høj sandsynlighed for at være i Q1 i behandlingsintervallet. Ændret vandladningsmønster viser et blandet mønster, med 39 % lavere sandsynlighed for Q1 i det diagnostiske interval, men 37 % højere sandsynlighed for Q1 i behandlingsintervallet.

[1] https://www.sst.dk/da/udgivelser/2025/Monitorering-af-forloebstider-paa-kraeftomraadet-1-kvartal-2025

Køn og civilstand har ikke betydning for forløbshastigheden
Der er ingen statistisk signifikante kønsforskelle i hvor hurtigt patienter bevæger sig gennem intervallerne. Civilstand ser heller ikke ud til at have en statistisk signifikant indflydelse på hastigheden i forløbet.

Længere forløbstider er ofte forbundet med lavere patienttilfredshed
Analysen viser overordnet, at længere forløbstider (Q3 og Q4) oftest er forbundet med en mindre positiv patientoplevelse på tværs af flere faser af patientforløbet. Det gælder især i det diagnostiske interval og i totalintervallet, hvor patienter i Q3–Q4 har 25–50 % lavere sandsynlighed for at vurdere deres oplevelse positivt sammenlignet med patienter i Q1 (de hurtigste forløb). Tilsvarende mønstre ses også i behandlingsforløbet, hvor længere tid fra diagnose til behandling typisk hænger sammen med lavere tilfredshed.

Samtidig viser analyserne, at patienter med længere forløb har højere risiko for at have oplevet fejl undervejs i deres forløb. Risikoen stiger gradvist med længden af forløbet og er særligt udtalt i patient-, diagnostisk- og totalintervallet. I flere tilfælde har patienter i Q2–Q4 mellem 31 % og 74 % højere sandsynlighed for at have oplevet fejl sammenlignet med dem i Q1. Derudover viser resultaterne, at patienter i Q4 i højere grad oplever utryghed ved afslutning af behandlingen.

Den samlede vurdering af udredning, behandling, samarbejde og støtte fra sundhedsvæsen og kommune falder generelt i takt med længere forløbstider.

Højere tilfredshed blandt patienter med de næsthurtigste forløb i nogle aspekter af forløbet
Der ses også visse tilfælde, hvor patienter i Q2 vurderer deres forløb mere positivt end patienter i Q1. Det gælder eksempelvis, om de følte sig taget alvorligt hos den praktiserende læge, hvor patienter i Q2 har en markant højere tilfredshed end dem i Q1. Lignende tendenser ses i udvalgte spørgsmål om samarbejde og hjælp og støtte i opfølgningsforløbet, hvor patienter i Q2 på visse områder har 30–59 % højere sandsynlighed for en positiv vurdering end patienter i Q1. Afslutningsvist viser analysen at patienter i Q2 i nogle tilfælde føler sig bedre informeret om, hvad der skal ske i opfølgningsforløbet.

Øvrige analyser samt patientkommentarer fra hovedrapporten indikerer, at der i Q2 måske i højere grad er fokus på at nå hele vejen rundt om patientens situation samt at få sikret, at den rette information er givet, snarere end at det er selve forløbshastigheden, der er mere passende i Q2.

Ingen klar sammenhæng mellem modtaget støtte og forløbstid
Dog tegner der sig et mere blandet billede i relation til støtte og hjælp. Her viser resultaterne, at patienter i de langsommere kvartiler i højere grad har fået hjælp til fysiske og praktiske behov, fx genoptræning, ernæring og hjemmepleje – i nogle tilfælde op til 2,3 gange mere end patienter i Q1. Til gengæld oplever patienter i Q2 i behandlingsintervallet i lavere grad at have fået den nødvendige hjælp til psykiske gener.

Opsummering
Temaanalysens resultater giver et nuanceret billede af forløbstiderne og hvordan forskellige aspekter spiller ind. Den viser ikke overraskende, at kræftform har stor betydning for forløbets hastighed igennem de forskellige intervaller, men mere overraskende at også alder, uddannelse og multisygdom spiller ind på måder, vi ikke kender fra andre studier. Hurtig progression gennem især den diagnostiske fase og det samlede forløb er forbundet med bedre patientoplevelser og færre rapporterede fejl. Meget langsomme forløb reducerer tilfredsheden markant og øger fejlrisikoen, mens moderate forsinkelser (Q2) i enkelte tilfælde kan give plads til klarere information og bedre støtte. Organisatorisk bør målet være at undgå unødige ventetider uden at gå på kompromis med den fagligt bedste indsats, kommunikation og koordineringen af støtteforanstaltninger. Dette kræver styrket kapacitet i de tidlige faser, tæt koordination mellem sektorer og fokus på risikopatienter i lange forløb, så både hastighed og hjælpetilbud optimeres til gavn for patientens oplevede kvalitet og livskvalitet.

Analysen kan dermed anvendes som et input til en drøftelse om rettidig opsporing af kræft og til den altid nærværende debat om, hvorvidt kræftforløb kan gå for hurtigt.

2. Baggrund og formål

Denne temaanalyse handler om patientangivne forløbstider i et kræftforløb og om og hvordan disse har en sammenhæng med henholdsvis udvalgte patientkarakteristika og den patientoplevede kvalitet.

Forløbstider
Langt de fleste, der undersøges i forbindelse med mistanke om kræft, kommer i løbet af deres forløb i et kræftpakkeforløb. Kræftpakkeforløb er en standardiseret beskrivelse af patienternes forløb fra mistanke om sygdom til udredning, behandling og opfølgning samt rehabilitering og palliativ indsats, med anbefalede forløbstider for udvalgte elementer i standardforløbet. Formålet med kræftpakkeforløbene er at øge og sikre kvaliteten af patientforløbet, herunder at patienterne får hurtig vished om diagnosen og undgår unødvendig ventetid [8].

Der er ikke et lovmæssigt krav om, at de anbefalede forløbstider i pakkeforløbene skal overholdes. Kræftpatienter har dog særlige lovbaserede patientrettigheder formuleret i "Bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme" [9]. Disse regler kaldes i daglig tale "de maksimale ventetider" og beskriver tidsgrænser for patientens udredning og behandling. Afdelingen, regionen, og i sidste ende Sundhedsstyrelsen, skal – hvis de maksimale ventetider ikke kan overholdes – afsøge udrednings- eller behandlingstilbud i ind- og udland for at sikre, at patienter i videst muligt omfang modtager udredning og behandling inden for reglerne for de maksimale ventetider [10].

Den nationale monitorering af forløbstiden i pakkeforløbene og af de maksimale ventetider ved livstruende sygdom har særligt fokus på tiden fra patienterne bliver henvist fra almen praksis til de får deres kræftdiagnose og starter i behandling [9, 10]. Imidlertid er det også centralt at få viden om forløbstiden frem til, at patienten bliver henvist. Tidligere undersøgelser har vist, at flere patienter går i længere tid med symptomer før de søger læge [11, 12], og at særligt patienter med uspecifikke symptomer har et længere udredningsforløb i almen praksis [13]. Det kunne tyde på, at der på nogle områder er mulighed for at diagnosticere kræft på et tidligere tidspunkt, end vi ser i dag. Det er således centralt at få viden om hele forløbet fra symptomdebut til behandlingsstart.

Hurtig diagnose og behandling i et kræftforløb kan være afgørende for at behandlingsmuligheder og overlevelseschancer optimeres [30]. Endvidere er det af stor betydning for patienternes tilfredshed med og tillid til sundhedsvæsenet, at de får be- eller afkræftet en kræftdiagnose hurtigt, da mistanke om kræft kan have stor betydning for patienternes bekymring [31, 32]. Når vi kigger på forløbstider i denne temaanalyse er det, fordi det er interessant at undersøge, om der er forskelle i forløbstider afhængigt af patientkarakteristika, men også for at se, om de patientoplevede forløbstider har betydning for patienternes oplevelse af forløbet. Det giver mulighed for at se, om der er patientgrupper, som har behov for et særligt fokus eller indsats, men det kan også give en dybere forståelse for de forløb, som patienterne beskriver.

Formål

Formålet med temaanalysen er:

1) At belyse hvad der kendetegner kræftpatienter, der har angivet lange forløbstider i forhold til dem, der har angivet kortere forløbstider? (delanalyse 1)

2) At belyse hvilke associationer der er mellem det at angive hhv. lange og korte forløbstider og den øvrige oplevede kvalitet i indsatsen under et kræftforløb? (delanalyse 2)

3. Metode

Temaanalysen om forløbstider er en uddybende analyse af udvalgte spørgsmål fra Barometerundersøgelsen 2023, del 1, der omhandler kræftpatienters behov og oplevelser under udredning og behandling. 3.070 personer deltog (svarprocent 45 %).

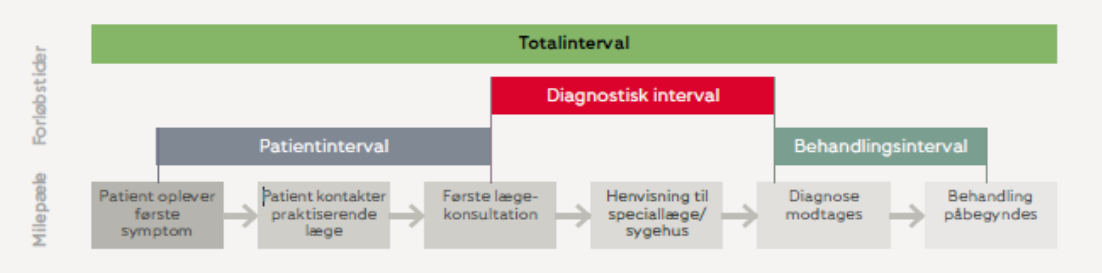
Barometerundersøgelsen 2023, del 1 indsamler svar fra patienter, der for første gang fik en kræftdiagnose i perioden februar til juni 2022. Patienterne modtog et spørgeskema ca. 4-8 måneder efter de fik deres kræftdiagnose, hvor de blev spurgt ind til behov og oplevelser med sundhedsvæsenet under udredning og behandling. Barometerundersøgelsens del 2 omhandler kræftpatienters oplevelser i opfølgnings- og efterforløbet. Foruden denne temaanalyse er der udgivet to rapporter med diagnosespecifikke analyser og to rapporter med regionsopdelte analyser på baggrund af både del 1 og del samt en yderligere temaanalyse om opfølgningsforløb.

Barometerundersøgelsen giver et vigtigt indblik i patienternes retrospektive vurdering af opfølgnings-forløbet, men det er vigtigt at gøre sig tankerne om de metodiske begrænsninger. En væsentlig begrænsning er risikoen for recall bias, da patienterne kan have vanskeligt ved præcist at erindre forløbets indhold og kvalitet som tiden går. Den aktuelle helbredstilstand og den samlede behandlingsoplevelse kan samtidig påvirke, hvordan forløbet huskes og vurderes, hvilket potentielt kan introducere en form for reporting bias. Det skal også bemærkes, at analysen baserer sig på selvrapporterede oplysninger. Det betyder, at vurderingerne er subjektive, og der kan være tale om selektionsbias, hvis fx patienter med særligt gode eller dårlige oplevelser i højere grad har svaret på spørgeskemaet. Endvidere viser analysen associationer, men ikke årsagssammenhænge. Det betyder, at man ikke kan konkludere, at bestemte forhold direkte fører til at være mest tilfreds med opfølgningsforløbet, men kun at disse forhold hænger sammen med sandsynligheden for at patienterne er mere tilfredse med forløbet. Resultaterne giver dermed et stærkt afsæt for at styrke kvalitet og ensartethed i opfølgningsforløb, men skal tolkes med forbehold for metodiske begrænsninger som recall bias og selektion i svarpopulationen.

Foruden denne temaanalyse er der på baggrund af data fra Barometerundersøgelsen 2023 udgivet to rapporter med diagnosespecifikke analyser, to rapporter med regionsopdelte analyser på baggrund af både del 1 og del 2 af barometerundersøgelsen og en temaanalyse om forløbstider. For mere information om Barometerundersøgelsens metode og udgivelser henvises til hovedrapporterne, metoderapporten samt Barometerundersøgelsens hjemmeside:[2]

Definition af forløbstider og kvartiler

Analysen tager udgangspunkt i de samme definitioner af forløbstider og milepæle som er anvendt i Barometerundersøgelsen 2023, del 1.



[2] Bekæmpelse, K., *Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet under udredning og behandling. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2023 - del 1.* 2023.
Bekæmpelse, K., *Kræftpatienters behov og oplevelser med sundhedsvæsenet i opfølgnings- og efterforløbet, Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2023 – del 2.* 2023.
Bekæmpelse, K., *Metoderapport. Kræftens Bekæmpelses Barometerundersøgelse, 2023 - del 1 og 2.* 2023.

- *Patientintervallet* dækker perioden fra patientens første oplevelse af et symptom, til vedkommende første gang konsulterer en praktiserende læge. Intervallet dækker også over hvornår patienten første gang selv kontakter en praktiserende læge, og inkluderer dermed patientens egen adfærd og beslutningstagning.
- *Det diagnostiske interval* strækker sig fra første kontakt med en praktiserende læge, til tidspunktet hvor patienten får stillet en kræftdiagnose.
- *Behandlingsintervallet* er tiden fra diagnosetidspunktet til påbegyndelse af kræftbehandling.
- *Det totale interval* omfatter hele perioden fra det første oplevede symptom til start på behandling.

I forløbstidsanalysen er hvert interval inddelt i fire grupper (kvartiler), baseret på hvor lang tid, forløbet har varet. De er opdelt således:

- 1. kvartil: dækker de korteste/hurtigste forløb, fra 0 til 25 % af forløbene
- 2. kvartil: dækker forløbstider i det næste spænd, mellem 25 % til 50 % af forløbene
- 3. kvartil: dækker forløbstider i området fra 50 % til 75 % af forløbene
- 4. kvartil: dækker de længste/langsomste forløb, fra 75 % til 100 % af forløbene

Kvartilerne omtales igennem analysen som Q1 (1. kvartil), Q2 (2. kvartil), Q3 (3. kvartil) og Q4 (4. kvartil)[3].

Analysemetode

Delanalyse 1: Sammenhæng mellem baggrundskarakteristika og sandsynlighed for at befinde sig i det hurtigste kvartil for de fire intervaller

Formål:
Formålet med denne delanalyse er at undersøge, hvordan forskellige baggrundsvariable påvirker sandsynligheden for at befinde sig i den hurtigste gruppe (Q1) sammenlignet med de øvrige kvartiler (Q2, Q3, Q4) for hvert af de fire tidsintervaller i patientforløbet (patientintervallet, det diagnostiske interval, behandlingsintervallet og det totale interval). I nogle intervaller er antallet af patienter i den hurtigste gruppe (Q1) relativt stor sammenlignet med de øvrige, derfor er Q2-4 slået sammen til én samlet gruppe. Det giver en bedre balance mellem de to testgrupper og gør dermed analyserne mere robuste og pålidelige (mere statistisk power).

Metode:
Til analysen er der gennemført logistiske regressionsanalyser, hvor den afhængige variabel (kvartilerne) er dikotomiseret: Q1 er den hurtigste gruppe, mens Q2, Q3 og Q4 er samlet til én gruppe, den langsommere gruppe. Der er udført én samlet regressionsanalyse baseret på patientkarakteristika samt separate analyser for hvert enkelt symptom. Dette er gentaget for alle fire intervaller. De logistiske regressionsanalyser er lavet i SAS (Vers 9.4).

Der er udvalgt følgende baggrundsvariable:

- Køn
- Alder ved diagnose
- Civilstand
- Uddannelseslængde
- Kræftsygdom
- Bopælsregion
- Multisygdom under behandling for kræft
- Oplevede symptomer

Fortolkning af resultater:
Odds ratio (OR) angiver sandsynligheden for at tilhøre det hurtigste kvartil (Q1), afhængig af baggrundskarakteristika. I resultatafsnittet er der kun vist resultater for de baggrundskarakteristika, der

[3] Information om, hvor mange dage de enkelte kvartiler dækker over, kan findes i Barometerundersøgelsen 2023, del 1.

viste sig at have signifikante sammenhænge med at befinde sig i Q1. Alle baggrundskarakteristika er dog medtaget i analysen, blot ikke afrapporteret.

Sensitivitetsanalyse:
Der er gennemført en supplerende sensitivitetsanalyse, hvor kun Q1 og Q4 sammenlignes direkte. Formålet er at teste robustheden af resultaterne, da kvartilsinddelingen er foretaget efter dataindsamling. Det skal bemærkes, at denne analyse har reduceret statistisk styrke ("power"), da Q2 og Q3 er udeladt. Det gælder især for de intervaller, hvor Q1 er relativt stor sammenlignet med de øvrige. Resultater for denne er ikke vist i rapporten, da det ikke viste nogen forskel fra hovedanalysen.

Delanalyse 2: sammenhæng mellem forløbshastighed og oplevet kvalitet

Formål:
Formålet med denne analyse er at undersøge, om hastigheden i patientforløbet – målt ved placering i kvartiler for de enkelte tidsintervaller – har betydning for patientens oplevelse af visse aspekter af kræftforløbet. Analysen inkluderer udvalgte spørgsmål fra *Barometerundersøgelsen 2023, del 1*, som vedrører patienternes subjektive vurdering af forløbet.

Metode:
Der er gennemført logistiske regressionsanalyser for at afdække, om der er en sammenhæng mellem forløbshastighed og oplevet kvalitet. Den afhængige variabel er i hvert tilfælde et dikotomiseret svar på et udvalgt spørgsmål fra spørgeskemaet, mens de fire kvartiler for hvert interval anvendes som uafhængige variable. For hvert spørgsmål er der således udført fire separate regressionsanalyser – én for hver af de fire forløbsintervaller. De logistiske regressionsanalyser er lavet i SAS (Vers 9.4).

Der er i alt udvalgt 15 aspekter på baggrund af deres formodede relevans for patienternes oplevelse af forløbet. Disse omhandler følgende:

1. Om patienten oplever at blive taget alvorligt ved henvendelse hos den praktiserende læge
2. Om det var klart for patienten, hvad der skulle ske efter undersøgelser på sygehuset
3. Om patienten op til diagnosen oplevede selv at måtte tage en del af det ansvar, som sundhedsvæsenet burde have haft
4. Om patienten oplevede, at der var en klar plan for det samlede behandlingsforløb
5. Om patienten oplevede selv at måtte tage en del af ansvaret for behandlingsforløbet, som sygehuset burde have haft
6. Vurderer af det antal læger, patienten har været i kontakt med under behandlingsforløbet
7. Om patienten har oplevet fejl under behandlingsforløbet på sygehuset
8. Vurdering af hastigheder i forløbet (4 spørgsmål)
9. Om patienten fra sundhedsvæsenet har fået den nødvendige hjælp og støtte (6 spørgsmål)
10. Om patienten var tryg ved at afslutte behandlingen på sygehuset
11. Om patienten ved, hvad der skal ske i opfølgningsforløbet
12. Overordnet vurdering af forløbet (6 spørgsmål)
13. Involvering i beslutninger om behandling*
14. Spørgsmål vedrørende patientansvarlig læge (2 spørgsmål) *
15. Om patienten kan finde oplysninger om fremtidige aftaler vedr. opfølgningsforløbet[4] *

Spørgsmålene er dikotomiseret ud fra følgende principper:

- Likert-skala (4-punkts ordinalskala), hvor den mest positive svarkategori (f.eks. *særdeles god* eller *i høj grad*) bibeholdes for sig. De resterende tre svarkategorier samles til én samlet kategori (f.eks. *overvejende godt/mindre grad/slet ikke*). For enkelte af spørgsmålene er det dog *"nej slet ikke"* der defineres som højeste grad af tilfredshed, og de øvrige kategorier er sammenlagt. Svarene *"ved ikke"* eller *"ikke relevant"* er ekskluderet fra analysen.
- Ja/nej-spørgsmål med mulighed for "ikke relevant": Her er "ja" et udtryk for, at patienten har oplevet en fejl eller komplikation og er angivet som *oplevet fejl.* OR angiver sandsynlighed for at

[4] Der var ingen signifikante sammenhænge for punkterne 13-15, og af pladshensyn er de derfor ikke afrapporteret i analyserne.

svare "ja", altså at opleve fejl, mens "nej" og "ikke relevant" er slået sammen til én kategori, *ikke oplevet fejl*.

- Ved spørgsmålet om antal læger er svarkategorierne "t*ilpas*", "*for mange*", "*for få*". Her er "*tilpas*" et udtryk for "*mest tilfreds*" og "*for mange*" og "*for få*" er slået sammen til "*mindre tilfreds*".

Fortolkning af resultater:

I hver tabel vil det fremgå, hvad odds ratioen (OR) angiver sandsynligheden for. OR er beregnet for hver kvartil med det hurtigste forløb (Q1) som reference. Det betyder, at de øvrige kvartiler sammenlignes med denne gruppe. For eksempel vil en OR for "mest tilfreds" angive sandsynligheden for at være mest tilfreds sammenlignet med, hvis man havde haft det hurtigste forløb (Q1). En OR på 0,5 for Q4 betyder, at der er halvt så stor sandsynlighed for at være mest tilfreds, hvis man har haft det langsomste forløb (Q4), sammenlignet med det hurtigste (Q1). Omvendt vil en OR på 1,5 for Q2 betyde, at patienter med det næsthurtigste forløb (Q2) har 1,5 gange større sandsynlighed for at være mest tilfredse end dem med det hurtigste forløb (Q1).

4. Resultater, delanalyse 1: Sammenhæng mellem baggrundskarakteristika og at være i Q1

I dette afsnit præsenteres resultaterne fra første del af analysen, hvor det undersøges, hvad der karakteriserer de patienter, der er i Q1 – altså det hurtigste kvartil – for alle fire intervaller i forløbet[5].

Patientinterval
Patientintervallet dækker perioden fra patientens første oplevelse af et symptom, til patienten første gang konsulterer en praktiserende læge.

Tabel 1: Sammenhæng mellem baggrundskarakteristika og det at være i Q1 i patientintervallet

Patientinterval	**Sandsynlighed for at havne i Q1**			
	Q1 N=2285	**Q2-Q4 N=785**	**Indbyrdes justeret OR for Q1**	**P-værdi**
Alder ved diagnose				
30-39 år			**0,46 (0,28;0,76)**	**0,0022**
40-49 år	57 %	43 %	**0,43 (0,31;0,61)**	**<0,0001**
50-59 år	68 %	32 %	**0,70 (0,54;0,89)**	**0,0043**
60-69 år	76 %	24 %	1 (ref.)	
70-79 år	78 %	22 %	1,11 (0,90;1,38)	0,3600
80-89 år	83 %	17 %	**1,46 (1,03;2,07)**	**0,0330**
90-99 år			4,80 (0,61;37,86)	0,1362
Uddannelseslængde				
Grundskole	76 %	24 %	0,86 (0,69;1,09)	0,2178
Erhvervsudd./kort videregående/forb.	77 %	23 %	1 (ref.)	
Mellemlang videregående	73 %	27 %	0,86 (0,70;1,07)	0,1720
Lang videregående/forskerudd.	65 %	35 %	**0,60 (0,45;0,80)**	**0,0006**
Kræftsygdom				
Brystkræft	76 %	24 %	1 (ref.)	
Prostatakræft	80 %	20 %	0,86 (0,59;1,24)	0,4114
Tyktarmskræft	77 %	23 %	0,74 (0,51;1,09)	0,1269
Endetarmskræft	72 %	28 %	0,65 (0,41;1,05)	0,0789
Kræft i lunge/bronkie	82 %	18 %	1,06 (0,71;1,58)	0,7641
Modermærkekræft	80 %	20 %	1,16 (0,82;1,65)	0,3983
Urinsvejskræft	73 %	27 %	**0,59 (0,38;0,91)**	**0,0172**
Kræft i kvindelige kønsorganer	58 %	42 %	**0,37 (0,25;0,55)**	**<0,0001**
Lymfomer/Kræft i bloddannende væv	72 %	28 %	**0,63 (0,44;0,90)**	**0,0123**
Mave-/tarmkræft i øvrigt	62 %	38 %	**0,39 (0,26;0,58)**	**<0,0001**
Hoved-/halskræft	61 %	39 %	**0,42 (0,28;0,63)**	**<0,0001**
Kræft i øvrigt	65 %	35 %	**0,56 (0,34;0,92)**	**0,0218**
Multisygdom under behandling for kræft				
Ja	79 %	21 %	1 (ref.)	
Nej	73 %	27 %	**0,79 (0,65;0,78)**	**0,0277**

Resultaterne viser, at aldersgrupperne 30-59 år har mindre sandsynlighed for at være blandt de 25 % hurtigste igennem denne del af forløbet, sammenlignet med aldersgruppen 60-69 år. Til gengæld har aldersgruppen 80-89-årige næsten 50 % større sandsynlighed for at være i det hurtigste kvartil. Dem med

[5] Sensitivitetsanalysen viste, at resultaternes signifikans ikke ændrede sig, når analysen blev begrænset til en sammenligning mellem det hurtigste (Q1) og det langsomste kvartil (Q4), og Q2 og Q3 blev udeladt.

en lang videregående uddannelse har mindre sandsynlighed end dem med erhvervsuddannelse, kort videregående eller forberedende uddannelse. For kræfttyperne ses også signifikante forskelle. Patienter med urinvejskræft, kræft i kvindelige kønsorganer, lymfomer/kræft i bloddannende væv, hoved-/halskræft, øvrig mave-/tarmkræft og øvrig kræft har mindre sandsynlighed for at være blandt de hurtigste 25 % sammenlignet med brystkræftpatienter. Derudover ses det, at patienter uden multisygdom har lavere sandsynlighed for at være i det hurtigste kvartil sammenlignet med patienter med multisygdom. Mere enkelt sagt er det at have multisygdom forbundet med en højere sandsynlighed for at befinde sig i Q1. For køn, civilstand og bopælsregion var der ingen signifikant sammenhæng.

Diagnostisk interval
Det diagnostiske interval strækker sig fra første kontakt med en praktiserende læge, til tidspunktet hvor patienten får stillet en kræftdiagnose.

Tabel 2: Sammenhæng mellem baggrundskarakteristika og det at være i Q1 i det diagnostiske interval

Diagnostisk interval	**Sandsynlighed for at havne i Q1**			
	Q1 N=1843	**Q2-Q4 N=1227**	**Indbyrdes justeret OR for Q1**	**P-værdi**
Alder ved diagnose				
30-39 år			**0,54 (0,33;0,87)**	**0,0111**
40-49 år	39 %	61 %	**0,38 (0,27;0,53)**	**<0,0001**
50-59 år	60 %	40 %	0,87 (0,69;1,10)	0,2348
60-69 år	61 %	39 %	1 (ref.)	
70-79 år	60 %	40 %	1,04 (0,86;1,26)	0,7103
80-89 år	72 %	28 %	**1,67 (1,24;2,25)**	**0,0008**
90-99 år			2,88 (0,79;10,49)	0,1080
Uddannelseslængde				
Grundskole	63 %	37 %	0,92 (0,75;1,13)	0,4067
Erhvervsudd./kort videregående/forb.	62 %	38 %	1 (ref.)	
Mellemlang videregående	57 %	43 %	**0,79 (0,65;0,95)**	**0,0117**
Lang videregående/forskerudd.	52 %	48 %	**0,73 (0,56;0,95)**	**0,0200**
Kræftsygdom				
Brystkræft	68 %	32 %	1 (ref.)	
Prostatakræft	49 %	51 %	**0,32 (0,23;0,44)**	**<0,0001**
Tyktarmskræft	75 %	25 %	1,04 (0,73;1,48)	0,8420
Endetarmskræft	69 %	31 %	0,92 (0,58;1,45)	0,7046
Kræft i lunge/bronkie	59 %	41 %	**0,48 (0,35;0,67)**	**<0,0001**
Modermærkekræft	54 %	46 %	**0,51 (0,38;0,68)**	**<0,0001**
Urinsvejskræft	59 %	41 %	**0,50 (0,34;0,74)**	**0,0006**
Kræft i kvindelige kønsorganer	54 %	46 %	**0,49 (0,34;0,72)**	**0,0002**
Lymfomer/Kræft i bloddannende væv	61 %	39 %	**0,61 (0,43;0,85)**	**0,0036**
Mave-/tarmkræft i øvrigt	51 %	49 %	**0,39 (0,26;0,56)**	**<0,0001**
Hoved-/halskræft	62 %	38 %	0,70 (0,48;1,04)	0,0781
Kræft i øvrigt	63 %	37 %	0,79 (0,49;1,29)	0,3463
Bopælsregion				
Nordjylland	60 %	40 %	1,08 (0,80;1,44)	0,6239
Midtjylland	59 %	41 %	1,06 (0,86;1,31)	0,6030
Syddanmark	65 %	35 %	**1,37 (1,10;1,70)**	**0,0046**
Hovedstaden	57 %	43 %	1 (ref.)	
Sjælland	61 %	39 %	1,14 (0,91;1,43)	0,2604
Multisygdom under behandling for kræft				
Ja	66 %	34 %	1 (ref.)	
Nej	58 %	42 %	**0,74 (0,62;0,89)**	**0,0013**

Som der ses i tabel 2, er der for det diagnostiske interval signifikante forskelle at finde for alder, uddannelse, kræfttype, bopælsregion og multisygdom. Patienter mellem 30 og 49 år har mindre sandsynlighed for at være i det hurtigste kvartil sammenlignet med de 60-69-årige, mens de 80-89-årige igen har højere sandsynlighed. Både patienter med mellemlang og lang videregående uddannelse har mindre sandsynlighed for at være i det hurtigste kvartil i det diagnostiske interval, sammenlignet med dem med kort uddannelse eller en erhvervsuddannelse. Patienter med prostatakræft, lungekræft, modermærkekræft, urinvejskræft, kræft i kvindelige kønsorganer, lymfomer/kræft i bloddannende væv og øvrig mave-/tarmkræft har alle en mindre sandsynlighed end referencegruppen, brystkræft, for at være blandt de hurtigste 25 % igennem det diagnostiske interval. Patienter med bopæl i region Syddanmark har højere sandsynlighed for at være blandt de hurtigste 25 % igennem det diagnostiske interval sammenlignet med region Hovedstaden. Og endelig ses det igen at der er lavere sandsynlighed for at være i Q1, hvis man ikke har multisygdom. Det vil igen sige at patienter med multisygdom har højere sandsynlighed for at være i Q1 sammenlignet med patienter uden multisygdom. For køn og civilstand var der ingen signifikante sammenhænge i forhold til at ende i det hurtigste kvartil sammenlignet med de øvrige 3.

Behandlingsinterval
Behandlingsintervallet er tiden fra diagnosetidspunktet til påbegyndelse af kræftbehandling.

Tabel 3: Sammenhæng mellem baggrundskarakteristika og det at være i Q1 i behandlingsintervallet

Behandlingsinterval	**Sandsynlighed for at havne i Q1**			
	Q1 N=1196	**Q2-Q4 N=1874**	**Indbyrdes justeret OR for Q1**	**P-værdi**
Alder ved diagnose				
30-39 år	44 %	56 %	**1,37 (0,83;2,26)**	**0,2235**
40-49 år	40 %	60 %	1,37 (0,97;1,92)	0,0707
50-59 år	29 %	71 %	0,79 (0,62;1,01)	0,0607
60-69 år	37 %	63 %	1 (ref.)	
70-79 år	40 %	60 %	1,02 (0,84;1,24)	0,8267
80-89 år	55 %	45 %	**1,92 (1,45;2,55)**	**<0,0001**
90-99 år	56 %	44 %	2,22 (0,75;6,55)	0,1482
Uddannelseslængde				
Grundskole	43 %	57 %	1,07 (0,87;1,31)	0,5481
Erhvervsudd./kort videregående/forb.	40 %	60 %	1 (ref.)	
Mellemlang videregående	34 %	66 %	**0,82 (0,68;1,00)**	**0,0490**
Lang videregående/forskerudd.	37 %	63 %	0,89 (0,67;1,18)	0,4189
Kræftsygdom				
Brystkræft	22 %	78 %	1 (ref.)	
Prostatakræft	48 %	52 %	**3,40 (2,44;4,74)**	**<0,0001**
Tyktarmskræft	37 %	63 %	**1,89 (1,34;2,68)**	**0,0003**
Endetarmskræft	24 %	76 %	1,09 (0,67;1,78)	0,7293
Kræft i lunge/bronkie	32 %	68 %	**1,57 (1,11;2,22)**	**0,0111**
Modermærkekræft	56 %	44 %	**4,82 (3,54;6,57)**	**<0,0001**
Urinsvejskræft	43 %	57 %	**2,78 (1,85;4,16)**	**<0,0001**
Kræft i kvindelige kønsorganer	31 %	69 %	**1,53 (1,02;2,30)**	**0,0404**
Lymfomer/Kræft i bloddannende væv	63 %	37 %	**6,25 (4,42;8,84)**	**<0,0001**
Mave-/tarmkræft i øvrigt	23 %	77 %	1,03 (0,67;1,59)	0,8964
Hoved-/halskræft	43 %	57 %	**2,87 (1,94;4,25)**	**<0,0001**
Kræft i øvrigt	45 %	55 %	**3,02 (1,87;4,87)**	**<0,0001**
Multisygdom under behandling for kræft				
Ja	43 %	57 %	1 (ref.)	
Nej	38 %	62 %	**0,82 (0,68;0,98)**	**0,0298**

Som det ses i tabel 3, er billedet for alder i behandlingsintervallet, at både de yngste kræftpatienter mellem 30 og 49 år og dem mellem 80 og 89 år har større sandsynlighed for at havne i den hurtigste kvartil, sammenlignet med referencegruppen, patienter mellem 60 og 69 år. Altså kommer de hurtigere fra diagnose til behandling. Patienter med en mellemlang videregående uddannelse har til gengæld en lidt mindre sandsynlighed for at være i den hurtigste kvartil end patienter med en erhvervsuddannelse eller kort videregående uddannelse. I modsætning til de andre intervaller har de fleste kræftformer en signifikant større sandsynlighed for at være i den hurtigste kvartil af behandlingsintervallet sammenlignet med brystkræftpatienter. Det drejer sig om alle grupper bortset fra endetarmskræftpatienter og patienter med øvrig mave-/tarmkræft, hvis resultater ikke er signifikante. Især patienter med lymfomer/kræft i bloddannende væv, modermærkekræft, øvrig kræft og prostatakræft har væsentligt højere sandsynlighed for at være i det hurtigste kvartil sammenlignet med referencegruppen – for disse patientgrupper er det over 3 gange så stor sandsynlighed. Igen har patienter med multisygdom en smule højere sandsynlighed for at havne i Q1 sammenlignet med patienter uden multisygdom, idet OR for patienter *uden* multisygdom er under 1.
For køn, civilstand og bopælsregion var der ingen signifikant sammenhæng.

Totalinterval
Det totale interval omfatter hele perioden fra det første oplevede symptom til start på behandling.

Tabel 4: Sammenhæng mellem baggrundskarakteristika og det at være i Q1 i totalintervallet

Totalinterval	**Sandsynlighed for at havne i Q1**			
	Q1 N=2010	**Q2-Q4 N=1060**	**Indbyrdes justeret OR for Q1**	**P-værdi**
Alder ved diagnose				
30-39 år	44 %	56 %	**0,52 (0,32;0,84)**	**0,0085**
40-49 år	54 %	46 %	**0,62 (0,45;0,87)**	**0,0048**
50-59 år	63 %	37 %	0,88 (0,70;1,12)	0,2917
60-69 år	66 %	34 %	1 (ref.)	
70-79 år	67 %	33 %	1,00 (0,82;1,22)	0,9888
80-89 år	76 %	24 %	**1,49 (1,09;2,03)**	**0,0114**
90-99 år	63 %	37 %	0,72 (0,24;2,15)	0,5611
Uddannelseslængde				
Grundskole	66 %	34 %	0,84 (0,68;1,04)	0,1027
Erhvervsudd./kort videregående/forb.	68 %	32 %	1 (ref.)	
Mellemlang videregående	64 %	36 %	0,83 (0,69;1,01)	0,0660
Lang videregående/forskerudd.	57 %	43 %	**0,63 (048;0,83)**	**0,0010**
Kræftsygdom				
Brystkræft	72 %	28 %	1 (ref.)	
Prostatakræft	71 %	29 %	0,82 (0,59;1,15)	0,2445
Tyktarmskræft	69 %	31 %	0,71 (0,50;1,01)	0,0559
Endetarmskræft	50 %	50 %	**0,34 (0,22;0,53)**	**<0,0001**
Kræft i lunge/bronkie	67 %	33 %	**0,63 (0,45;0,88)**	**0,0067**
Modermærkekræft	73 %	27 %	1,05 (0,76;1,45)	0,7696
Urinsvejskræft	61 %	39 %	**0,51 (0,34;0,76)**	**0,009**
Kræft i kvindelige kønsorganer	46 %	54 %	**0,29 (0,20;0,42)**	**<0,0001**
Lymfomer/Kræft i bloddannende væv	68 %	32 %	0,74 (0,53;1,05)	0,0912
Mave-/tarmkræft i øvrigt	47 %	53 %	**0,29 (0,20;0,43)**	**<0,0001**
Hoved-/halskræft	49 %	51 %	**0,36 (0,25;0,54)**	**<0,0001**
Kræft i øvrigt	57 %	43 %	**0,52 (0,33;0,85)**	**0,0081**

Som det ses i tabel 4, viser resultaterne for totalintervallet, at de yngste patienter mellem 30-39 og 40-49 år har en markant lavere sandsynlighed for at være i den hurtigste kvartil sammenlignet med referencegruppen – patienter mellem 60 og 69 år. Når det gælder uddannelseslængde, er det især

patienter med lang videregående uddannelse eller forskeruddannelse, der skiller sig ud med en lavere sandsynlighed for at være i Q1 sammenlignet med dem med erhvervsuddannelse eller kort videregående uddannelse. For kræfttype ses der flere forskelle. Sammenlignet med brystkræftpatienter har patienter med endetarmskræft, kræft i lunge/bronkie, urinvejskræft, hoved-/halskræft, kræft i kvindelige kønsorganer, mave-/tarmkræft i øvrigt samt kræft i øvrigt en lavere sandsynlighed for at være i det hurtigste kvartil. Der er ikke signifikante forskelle for køn, bopælsregion, civilstand eller for multisygdom.

Symptomer

Tabel 5: Sammenhæng mellem selvangivne symptomer og det at være i Q1 i alle fire intervaller

Patientinterval	**Sandsynlighed for at havne i Q1**			
	Q1 N=2285	**Q2-Q4 N=785**	**OR for Q1 ved oplevet symptom**	**P-værdi**
Knuder eller hævelser	41 %	59 %	**0,61 (0,47;0,78)**	**0,0001**
Diagnostisk interval	**Sandsynlighed for at havne i Q1**			
	Q1 N=1843	**Q2-Q4 N=1227**	**OR for Q1 ved oplevet symptom**	**P-værdi**
Ændret vandladningsmønster	36 %	64 %	**0,61 (0,45;0,82)**	**0,0011**
Behandlingsinterval	**Sandsynlighed for at havne i Q1**			
	Q1 N=1196	**Q2-Q4 N=1874**	**OR for Q1 ved oplevet symptom**	**P-værdi**
Knuder eller hævelser	25 %	75 %	**0,54 (0,41;0,72)**	**<0,0001**
Uforklarlige blødninger	27 %	73 %	**0,63 (0,45;0,87)**	**0,0052**
Ændrede modermærker eller sår, der ikke heler	53 %	47 %	**2,15 (1,44;3,20)**	**0,0002**
Ændret vandladningsmønster	42 %	58 %	**1,37 (1,02;1,84)**	**0,0375**
Totalinterval	**Sandsynlighed for at havne i Q1**			
	Q1 N=2010	**Q2-Q4 N=1060**	**OR for Q1 ved oplevet symptom**	**P-værdi**
Smerter	31 %	69 %	**0,77 (0,60;0,99)**	**0,0450**
Uforklarlige blødninger	28 %	72 %	**0,66 (0,47;0,91)**	**0,0113**
Oppustethed	20 %	80 %	**0,43 (0,23;0,82)**	**0,0108**

Som det ses i tabel 5, er det eneste symptom, der skiller sig ud i patientintervallet knuder eller hævelser med en Or på 0,61. Det vil sige, at patienter med dette symptom har mindre sandsynlighed end patienter, der ikke har dette som et symptom, for at være i det hurtigste kvartil.

For det diagnostiske interval er der også kun et enkelt symptom, hvor der er signifikant forskel mellem om man har det pågældende symptom eller ej og sandsynligheden for at være i den hurtigste kvartil. OR på 0,61 viser, at der mindre sandsynlighed for at være i Q1 hvis man har ændret vandladningsmønster.

Man har som patient derimod større sandsynlighed for at være i Q1 i behandlingsintervallet, hvis man har ændret vandladningsmønster eller ændrede modermærker eller sår, der ikke heler som et af sine symptomer. Modsat har man lavere sandsynlighed for at være i Q1 i dette interval, hvis ens symptom er knuder/hævelser eller uforklarlige blødninger.

Der er tre symptomer, der har en signifikant sammenhæng med sandsynligheden for at være i det hurtigste kvartil i totalintervallet. Patienter, der oplever smerter, uforklarlige blødninger/sår, der ikke heler samt oppustethed, har en statistisk lavere sandsynlighed for at være i Q1 sammenlignet med patienter, der ikke har disse symptomer.

Resultater på tværs af intervaller

Køn

Der er ingen statistisk signifikante forskelle mellem mænd og kvinder i sandsynligheden for at være i det hurtigste kvartil i hverken patient-, diagnostisk-, behandlings- eller totalintervallet. Der er således ingen tydelige kønsforskelle i hvor hurtigt patienter bevæger sig gennem kræftpakkeforløbene.

Alder
Alder ved diagnose har i flere tilfælde en signifikant betydning for, hvor hurtigt patienterne kommer gennem kræftforløbet. Generelt har yngre patienter lavere sandsynlighed for at være i det hurtigste kvartil, mens ældre patienter i alderen 80–89 år har højere sandsynlighed for et hurtigt forløb sammenlignet med referencegruppen (60–69 år).

For eksempel har patienter mellem 30 og 39 år kun omtrent halvt så stor sandsynlighed for at være hurtigt igennem både patientintervallet, det diagnostiske interval og totalintervallet som referencegruppen. For patientintervallet er OR: 0,46, hvilket betyder, at deres sandsynlighed er 54 % lavere eller ca. halvt så store. I det diagnostiske interval er deres sandsynlighed 46 % lavere (OR: 0,54), og for totalintervallet er sandsynligheden også halveret med OR: 0,52. Det samme mønster ses for patienter i alderen 40–49 år, hvor sandsynligheden for et hurtigt patientinterval er 57 % lavere (OR: 0,43), for det diagnostiske interval 62 % lavere (OR: 0,38), og for totalintervallet 38 % lavere (OR: 0,62).

I den anden ende af aldersspektret har patienter mellem 80 og 89 år en langt højere sandsynlighed for at komme hurtigt igennem forløbene. De har for eksempel 46 % højere sandsynlighed for at være hurtigt gennem patientintervallet (OR: 1,46), 67 % højere sandsynlighed for et hurtigt diagnostisk interval (OR: 1,67), og næsten dobbelt så høj sandsynlighed for at være i Q1 i behandlingsintervallet (OR: 1,92). Samlet set har de også 49 % højere sandsynlighed for at være hurtigt igennem hele kræftforløbet (totalintervallet, OR: 1,49) sammenlignet med patienter mellem 60 og 69 år.

Civilstand
Civilstand ser – ligesom køn – ikke ud til at have en statistisk signifikant indflydelse på, hvor hurtigt man som patient bevæger sig gennem kræftforløbets forskellige faser.

Uddannelseslængde
Der ses en tydelig sammenhæng mellem uddannelseslængde og sandsynligheden for at gennemgå kræftforløbet hurtigt.

Patienter med lang videregående uddannelse eller forskeruddannelse har på tværs af flere dele af forløbet signifikant lavere sandsynlighed for at være i det hurtigste kvartil (Q1) sammenlignet med referencegruppen, som består af patienter med erhvervsuddannelse, kort videregående eller forberedende uddannelse. I patientintervallet har patienter med lang videregående uddannelse 40 % lavere sandsynlighed for at komme hurtigt gennem forløbet (OR: 0,60). For det diagnostiske interval er deres sandsynlighed 27 % lavere (OR: 0,73), og i totalintervallet er sandsynligheden for et hurtigt samlet forløb 37 % lavere (OR: 0,63). Disse forskelle er alle statistisk signifikante og peger på en systematisk tendens til, at patienter med lang videregående uddannelse i mindre grad befinder sig i Q1.

Derudover ses en signifikant forskel for patienter med mellemlang videregående uddannelse i det diagnostiske interval, hvor sandsynligheden for at være i Q1 er 21 % lavere end for referencegruppen (OR: 0,79). I behandlingsintervallet har denne gruppe også en signifikant lavere sandsynlighed for at være i det hurtigste kvartil, med 18 % lavere sandsynlighed (OR: 0,82).

Samlet viser resultaterne, at højere uddannelsesniveau – særligt lang videregående uddannelse – i flere tilfælde er forbundet med lavere sandsynlighed for at gennemgå kræftforløbet hurtigt.

Kræftsygdom
Kræftsygdommens type har stor betydning for sandsynligheden for at være i det hurtigste kvartil (Q1).

Brystkræft er valgt som referencegruppe, fordi det er den største gruppe i analysen. Det betyder, at OR for de andre kræftformer viser sandsynligheden for at høre til den hurtigste gruppe (Q1) *sammenlignet med brystkræft*. Derfor skal resultaterne for brystkræft også forstås i forhold til de andre kræftformer. Generelt klarer brystkræft sig godt i de fleste dele af patientforløbet. I patientintervallet, det diagnostiske interval og totalintervallet har brystkræft nemlig højere sandsynlighed for at være blandt de hurtigste grupper. Det ses ved, at alle de andre kræftformer med statistisk signifikante resultater har lavere sandsynlighed for at være i den hurtigste gruppe sammenlignet med brystkræft. Men billedet ændrer sig,

når vi kigger på behandlingsintervallet. Her har patienter med næsten alle andre kræftformer større sandsynlighed for at høre til i den hurtigste gruppe end patienter med brystkræft. Det betyder, at brystkræftpatienter i denne fase typisk har lidt længere forløb. Det bekræftes også af, at der er færre brystkræftpatienter i Q1 i behandlingsintervallet sammenlignet med de andre kræftformer (tabel x).

Når vi ser på tal fra den diagnosespecifikke rapport[6], er 25 %-percentilen for brystkræft 9 dage, mens den er 6 dage for alle diagnoser samlet. Det betyder, at de hurtigste brystkræftpatienter har længere forløbstid end de hurtigste patienter samlet set – til trods for, at brystkræftpatienter udgør den største diagnosegruppe og i sig selv præger gennemsnittet en del. Vi ved fra samme rapport, at mange brystkræftpatienter modtager flere forskellige behandlingsformer, hvilket måske også medfører, at det tager længere tid at lægge en behandlingsplan og påbegynde behandlingen. Til gengæld viser medianen, at halvdelen af brystkræftpatienterne får behandling inden for 14 dage, hvilket er tæt på medianen for alle diagnoser (15 dage) og hurtigere end for de fleste andre kræftformer. 75 %-percentilen er lavere for brystkræft (21 dage) sammenlignet med gennemsnittet (30 dage), hvilket betyder, at de 25 % brystkræftpatienter med længst ventetid har et forløb, der er 9 dage kortere end gennemsnittet. Brystkræft indhenter dermed de øvrige diagnoser ved medianen og overhale for den langsomste halvdel.

I denne rapport undersøger vi som bekendt Q1, altså det at ligge i det hurtigste interval, mod de øvrige kvartiler, og derfor viser brystkræftpatienter i denne rapport lavere sandsynlighed for at befinde sig i den gruppe i behandlingsintervallet sammenlignet med de øvrige. Brystkræftpatienterne er dermed også – i hvert fald delvist - "skyld i", at de øvrige diagnosegrupper ser ud til at have hurtigere forløb i visse dele af forløbet og langsommere i andre, fordi de måles op imod brystkræftpatienterne, hvilket er væsentligt at have for øje, når resultaterne for diagnosegrupperne gennemgås.

Kræft i kvindelige kønsorganer er forbundet med markant lavere sandsynlighed for hurtige forløb i flere intervaller. Patienterne har 63 % lavere sandsynlighed for hurtigt patientinterval (OR: 0,37), 51 % lavere sandsynlighed i det diagnostiske interval (OR: 0,49) og 71 % lavere sandsynlighed for et hurtigt samlet forløb (totalintervallet, OR: 0,29). I modsætning hertil har de 53 % højere sandsynlighed for hurtigt behandlingsinterval (OR: 1,53).

Urinsvejskræft er også kendetegnet ved lavere sandsynlighed i tre ud af fire intervaller: Sandsynligheden er 41 % lavere i patientintervallet (OR: 0,59), 50 % lavere i det diagnostiske interval (OR: 0,50), og 49 % lavere i totalintervallet (OR: 0,51). Til gengæld har disse patienter næsten tre gange så høje sandsynlighed for hurtigt behandlingsforløb (OR: 2,78).

Lymfomer/kræft i bloddannende væv er forbundet med lavere sandsynlighed for hurtigt patientinterval (OR: 0,63), lavere sandsynlighed i det diagnostiske interval (OR: 0,61) og hele 63 % lavere sandsynlighed for hurtigt samlet forløb (OR: 0,37). I behandlingsintervallet ser man dog en markant modsat tendens: Disse patienter har over seks gange så høje sandsynlighed for hurtigt behandlingsstart (OR: 6,25) sammenlignet med brystkræftpatienter.

Mave-/tarmkræft (ekskl. tyktarms- og endetarmskræft) er også forbundet med lavere sandsynlighed for hurtige forløb. Patienterne har 61 % lavere sandsynlighed for hurtigt patientinterval (OR: 0,39), 61 % lavere sandsynlighed for hurtig diagnostik (OR: 0,39), og 71 % lavere sandsynlighed for at være hurtigt igennem hele forløbet (OR: 0,29).

Hoved-/halskræft giver ligeledes markant lavere sandsynlighed for hurtige forløb i flere faser: Sandsynligheden for hurtigt patientinterval er 58 % lavere (OR: 0,42), og sandsynligheden i totalintervallet er 64 % lavere (OR: 0,36). Til gengæld har de næsten tre gange så høj sandsynlighed for hurtigt behandlingsinterval (OR: 2,87).

---

[6] chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://mediebibliotek.cancer.dk/m/1d0aa3ff440a1991/original/Diagnosespecifikke-analyser-2023-del-1.pdf

Prostatakræft er forbundet med 68 % lavere sandsynlighed for hurtigt diagnostisk interval (OR: 0,32), men til gengæld 3,4 gange højere sandsynlighed for hurtigt behandlingsforløb (OR: 3,40).

Lunge-/bronkiekræft er forbundet med lavere sandsynlighed i flere dele af forløbet. Patienterne har 52 % lavere sandsynlighed for hurtig diagnostisk forløb (OR: 0,48) og 37 % lavere sandsynlighed for hurtigt totalinterval (OR: 0,63). I behandlingsintervallet har de dog 57 % højere sandsynlighed for at være i det hurtigste kvartil (OR: 1,57).

Modermærkekræft viser samme mønster: lavere sandsynlighed i det diagnostiske interval (OR: 0,51), men betydeligt højere sandsynlighed i behandlingsintervallet (næsten fem gange højere, OR: 4,82).

Endetarmskræft er kun signifikant i totalintervallet, hvor patienterne har 66 % lavere sandsynlighed for hurtigt samlet forløb (OR: 0,34).

Tyktarmskræft er signifikant i behandlingsintervallet, hvor sandsynlighedene for hurtig behandling er 89 % højere end hos brystkræftpatienter (OR: 1,89).

Kræft i øvrigt viser sig at være forbundet med lavere sandsynlighed i patientintervallet (OR: 0,56) og totalintervallet (OR: 0,52), men tre gange højere sandsynlighed for hurtig behandlingsstart (OR: 3,02).

Bopælsregion
Forskelle i sandsynligheden for hurtigt kræftforløb afhænger i de fleste tilfælde ikke af patientens bopælsregion. Her er der kun ét enkelt signifikant resultat. Patienter bosat i Region Syddanmark har 37 % højere sandsynlighed for at gennemløbe det diagnostiske interval hurtigt sammenlignet med patienter i Hovedstaden (OR: 1,37). Det vil sige, at de i Region Syddanmark ser ud til at være hurtigere til at nå frem til en diagnose. For de øvrige regioner er der ikke fundet statistisk signifikante forskelle i sandsynligheden for hurtigt forløb i nogen af de undersøgte intervaller.

Multisygdom
Generelt har patienter med multisygdom en højere sandsynlighed for at befinde sig i det hurtigste kvartil sammenlignet med patienter uden multisygdom. For patientintervallet har patienter *uden* multisygdom 21 % lavere sandsynlighed for at komme hurtigt igennem (OR: 0,79). I det diagnostiske interval er sandsynlighedene for hurtigt forløb 26 % lavere (OR: 0,74), og i behandlingsintervallet har patienter *uden* multisygdom 18 % lavere sandsynlighed for et hurtigt forløb (OR: 0,82) sammenlignet med patienter med multisygdom. Konklusionen er derfor at det at have multisygdom er forbundet med en lidt højere sandsynlighed for at være blandt de patienter, med de korteste forløbstider for patientintervallet, det diagnostiske interval og behandlingsintervallet. Der er dog ingen statistisk signifikant sammenhæng for totalintervallet.

Symptomer
Enkelte symptomer er forbundet med lavere sandsynlighed for et hurtigt kræftforløb, mens enkelte andre symptomer er knyttet til en højere sandsynlighed for hurtig behandling.
Patienter, der har oplevet knuder eller hævelser, har lavere sandsynlighed for at være hurtigst igennem både patient- og behandlingsintervallet. For patientintervallet er sandsynlighedene 39 % lavere (OR: 0,61), og for behandlingsintervallet er sandsynlighedene 46 % lavere (OR: 0,54) sammenlignet med patienter, der ikke har angivet dette symptom. Uforklarlige blødninger er ligeledes forbundet med et langsommere forløb. Patienterne har 37 % lavere sandsynlighed for at være hurtigt gennem behandlingsintervallet (OR: 0,63) og 34 % lavere sandsynlighed for hurtigt totalinterval (OR: 0,66). Ændret vandladningsmønster viser et blandet mønster. Det er forbundet med 39 % lavere sandsynlighed for hurtigt diagnostisk interval (OR: 0,61), men omvendt 37 % højere sandsynlighed for hurtigt behandlingsinterval (OR: 1,37). Ændrede modermærker eller sår, der ikke heler, er forbundet med en markant hurtigere overgang til behandling. Patienterne har mere end dobbelt så høj sandsynlighed for at være hurtigt igennem behandlingsintervallet (OR: 2,15). Endelig er smerter og oppustethed forbundet med lavere sandsynlighed for hurtigt totalinterval. Patienter med smerter har 23 % lavere sandsynlighed (OR: 0,77), mens patienter med oppustethed har 57 % lavere sandsynlighed for hurtigt forløb gennem hele kræftforløbet (OR: 0,43).

5. Resultater, delanalyse 2: Sammenhæng mellem forløbshastighed og oplevet kvalitet

I dette afsnit præsenteres resultaterne fra anden del af analysen, hvor det undersøges, hvordan forløbstiderne i de forskellige intervaller påvirker patientens oplevelse af kvalitet i forløbet.

Tabel 6: Sammenhængen mellem at være mest tilfreds i udredningsforløbet og hvor hurtigt patienten har bevæget sig gennem de forskellige intervaller, opdelt i kvartiler (Q1–Q4)

Udredningsforløbet				
Synes du, at du blev taget alvorligt, da du henvendte dig med symptomer hos den praktiserende læge?				
	I høj grad N = 505	**I mindre grad N = 1476**	**OR for i høj grad**	**P-værdi**
Diagnostisk interval				
Q1	75,9	24,1	1 (ref.)	
Q2	88,65	11,35	**2,49 (1,74;3,55)**	**<0,0001**
Q4	55,75	44,25	**0,40 (0,31;0,52)**	**<0,0001**
Totalinterval				
Q1	78,8	21,2	1 (ref.)	
Q3	68,0	32,0	**0,57 (0,43;0,76)**	**<0,0001**
Q4	57,4	42,6	**0,36 (0,28;0,48)**	**<0,0001**
Var det klart for dig, hvad der skulle ske efter dine undersøgelser på sygehuset (f.eks. hvornår du kunne forvente svar)?				
	I høj grad N = 1519	**I mindre grad N = 921**	**OR for i høj grad**	**P-værdi**
Diagnostisk interval				
Q1	62,1	37,9	1 (ref.)	
Q2	70,0	30,0	**1,43 (1,12;1,84)**	**0,0061**
Behandlingsinterval				
Q1	62,8	37,2	1 (ref.)	
Q4	56,2	43,8	**0,76 (0,61;0,95)**	**0,0169**
Totalinterval				
Q1	64,1	35,9	1 (ref.)	
Q3	56,0	44,0	**0,71 (0,56;0,92)**	**0,0079**
Q4	56,7	43,3	**0,73 (0,57;0,94)**	**0,0146**
Blev du i tiden op til din diagnose selv nødt til at tage en del af det ansvar, som sundhedsvæsenet burde have haft?				
	Slet ikke N = 2232	**I højere grad N = 540**	**OR for slet ikke**	**P-værdi**
Patientinterval				
Q1	82,8	17,2	1 (ref.)	
Q2	75,0	25,0	**0,62 (0,44;0,89)**	**0,0084**
Q3	75,5	24,5	**0,64 (0,47;0,86)**	**0,0034**
Q4	72,1	27,9	**0,54 (0,40;0,71)**	**<0,0001**
Diagnostisk interval				
Q1	83,8	16,2	1 (ref.)	
Q3	77,8	22,2	**0,68 (0,52;0,89)**	**0,0045**
Q4	65,0	35,0	**0,36 (0,28;0,46)**	**<0,0001**
Behandlingsinterval				
Q1	82,7	17,3	1 (ref.)	
Q4	73,4	26,6	**0,58 (0,45;0,74)**	**<0,0001**
Totalinterval				

Q1	84,4	15,6	1 (ref.)	
Q3	71,3	28,7	**0,46 (0,35;0,60)**	**<0,0001**
Q4	65,55	34,5	**0,35 (0,27;0,46)**	**<0,0001**
Hvordan vurderer du tiden der gik fra du første gang kontaktede en praktiserende læge, til du første gang blev set af en praktiserende læge?				
	Mest tilfreds N = 1612	**Mindre tilfreds N = 232**	**OR for mest tilfreds**	**P-værdi**
Patientinterval				
Q1	88,6	11,4	1 (ref.)	
Q4	78,1	21,9	**0,46 (0,33;0,64)**	**<0,0001**
Diagnostisk interval				
Q1	88,9	11,1	1 (ref.)	
Q4	82,2	17,8	**0,58 (0,41;0,82)**	**0,0020**
Behandlingsinterval				
Q1	87,9	12,1	1 (ref.)	
Q4	83,5	16,5	**0,70 (0,49;0,997)**	**0,0479**
Totalinterval				
Q1	91,2	8,8	1 (ref.)	
Q3	83,45	16,55	**0,49 (0,34;0,72)**	**0,0002**
Q4	75,3	24,7	**0,30 (0,21;0,42)**	**<0,0001**
Hvordan vurderer du tiden der gik fra du første gang blev set af en praktiserende læge, til du blev undersøgt på sygehuset?				
	Mest tilfreds N = 1589	**Mindre tilfreds N = 344**	**OR for mest tilfreds**	**P-værdi**
Patientinterval				
Q1	83,9	16,1	1 (ref.)	
Q4	76,9	23,1	**0,64 (0,47;0,88)**	**0,0058**
Diagnostisk interval				
Q1	89,5	10,5	1 (ref.)	
Q3	84,75	15,35	**0,65 (0,46;0,93)**	**0,0195**
Q4	59,7	40,3	**0,17 (0,13;0,24)**	**<0,0001**
Behandlingsinterval				
Q1	85,95	14,05	1 (ref.)	
Q3	81,0	19,0	**0,70 (0,51;0,96)**	**0,0267**
Q4	76,0	24,0	**0,52 (0,38;0,71)**	**<0,0001**
Totalinterval				
Q1	87,1	12,9	1 (ref.)	
Q3	90,0	10,0	**0,41 (0,30;0,56)**	**<0,0001**
Q4	65,5	34,5	**0,28 (0,21;0,38)**	**<0,0001**

Som det fremgår af tabel 6, er der i de fleste tilfælde en tydelig tendens til, at længere forløbstider (Q3 og især Q4) er forbundet med en negativ påvirkning på patientens oplevelse i udredningsforløbet. Dette mønster ses især i det diagnostiske interval og i totalintervallet, hvor patienter i Q3 og Q4 generelt har lavere sandsynlighed for at give positive svar sammenlignet med patienter i Q1 (de hurtigste forløb). Samlet set tyder resultaterne på, at det at komme langsomt igennem den diagnostiske fase, behandlingsforløbet og totalintervallet er associeret med, at patienten vurderer oplevelser i udredningsforløbet ca. 25-50 % mindre positivt end patienter i Q1.
Q2 skiller sig dog ud i to tilfælde, hvor patienterne rapporterer signifikant mere positive oplevelser sammenlignet med Q1. Det gælder spørgsmålet om, hvorvidt man blev taget alvorligt ved første kontakt med den praktiserende læge – her har patienter i Q2 i det diagnostiske interval 2,5 gange højere sandsynlighed for at svare positivt end patienter i Q1. Derudover har patienter i Q2 i samme interval også næsten 1,5 gang højere sandsynlighed for at svare, at det var klart for dem, hvad der skulle ske efter undersøgelserne på sygehuset.

På spørgsmålet om hvorvidt man vurderer tiden der gik som passende, ses der et generelt mønster med at det for alle intervaller er patienter i Q4, der har lavere sandsynlighed for at være mest tilfredse med tiden der gik. For tiden der gik fra man kontakter sin praktiserende læge til man bliver konsulteret, er det kun totalintervallet hvor patienter i Q3 også har signifikant lavere sandsynlighed for at være mest tilfredse. For tiden der gik fra man blev set/undersøgt af praktiserende læge til man blev undersøgt på sygehuset, er det kun patientintervallet, hvor det udelukkende er patienter i Q4. For de øvrige intervaller gælder det også patienter i Q3. På dette spørgsmål ses også den laveste OR, idet patienter i Q4 i det diagnostiske interval har hele 83 % lavere sandsynlighed for at være mest tilfredse.

Tabel 7: Sammenhængen mellem at være mest tilfreds i behandlingsforløbet og hvor hurtigt patienten har bevæget sig gennem de forskellige intervaller, opdelt i kvartiler (Q1–Q4)

Behandlingsforløbet				
Oplevede du, at der var en klar plan for dit samlede behandlingsforløb?				
	I høj grad N = 2352	**I mindre grad N = 397**	**OR for i høj grad**	**P-værdi**
Diagnostisk interval				
Q1	86,0	14,0	1 (ref.)	
Q4	81,5	18,5	**0,71 (0,53;0,96)**	**0,0244**
Totalinterval				
Q1	86,8	13,2	1 (ref.)	
Q3	82,7	17,3	**0,73 (0,53;0,99)**	**0,0451**
Q4	79,8	20,2	**0,60 (0,44;0,81)**	**0,0008**
Blev du selv nødt til at tage en del af ansvaret for dit behandlingsforløb, som sundhedsvæsenet burde have haft?				
	Slet ikke N = 2235	**I højere grad N = 447**	**OR for slet ikke**	**P-værdi**
Patientinterval				
Q1	84,9	15,1	1 (ref.)	
Q3	80,0	20,0	**0,71 (0,52;0,98)**	**0,0357**
Q4	75,3	24,7	**0,54 (0,40;0,73)**	**<0,0001**
Diagnostisk interval				
Q1	85,2	14,8	1 (ref.)	
Q4	78,4	21,6	**0,63 (0,48;0,84)**	**0,0014**
Behandlingsinterval				
Q1	86,8	13,2	1 (ref.)	
Q3	81,4	18,6	**0,67 (0,51;0,88)**	**0,0039**
Q4	79,3	20,7	**0,58 (0,44;0,77)**	**0,0002**
Totalinterval				
Q1	85,6	14,4	1 (ref.)	
Q3	81,2	18,8	**0,73 (0,54;0,99)**	**0,0432**
Q4	73,3	26,7	**0,46 (0,35;0,61)**	**<0,0001**
Hvordan vurderer du det antal læger, du har været i kontakt med under dit behandlingsforløb på sygehuset?				
	Mest tilfreds N = 2262	**Mindre tilfreds N = 485**	**OR for mest tilfreds**	**P-værdi**
Patientinterval				
Q1	83,5	16,5	1 (ref.)	
Q3	77,7	22,3	**0,69 (0,51;0,94)**	**0,0176**
Diagnostisk interval				
Q1	83,8	16,2	1 (ref.)	
Q4	76,3	23,7	**0,62 (0,47;0,82)**	**0,0006**
Behandlingsinterval				
Q1	87,5	12,5	1 (ref.)	

Q2	79,1	20,9	**0,54 (0,41;0,71)**	**<0,0001**
Q3	80,6	19,4	**0,59 (0,45;0,78)**	**0,0002**
Q4	79,4	20,6	**0,55 (0,41;0,73)**	**<0,0001**
Totalinterval				
Q1	84,5	15,5	1 (ref.)	
Q3	75,4	24,6	**0,56 (0,43;0,74)**	**<0,0001**
Q4	77,9	22,1	**0,65 (0,48;0,86)**	**0,0028**
Hvordan vurderer du tiden, der gik fra du første gang blev undersøgt på sygehuset og til du fik din kræftdiagnose?				
	Mest tilfreds N = 2175	**Mindre tilfreds N = 418**	**OR for mest tilfreds**	**P-værdi**
Patientinterval				
Q1	84,9	15,1	1 (ref.)	
Q4	79,7	20,3	**0,70 (0,50;0,96)**	**0,0294**
Diagnostisk interval				
Q1	86,7	13,3	1 (ref.)	
Q4	71,2	28,8	**0,38 (0,29;0,49)**	**<0,0001**
Behandlingsinterval				
Q1	86,4	13,6	1 (ref.)	
Q4	79,5	20,5	**0,61 (0,46;0,81)**	**0,0006**
Totalinterval				
Q1	85,4	14,6	1 (ref.)	
Q3	80,3	19,7	**0,70 (0,51;0,95)**	**0,0207**
Q4	76,4	23,6	**0,55 (0,41;0,74)**	**<0,0001**
Hvordan vurderer du tiden, der gik fra du fik din kræftdiagnose til du modtog din første behandling?				
	Mest tilfreds N = 2043	**Mindre tilfreds N = 359**	**OR for mest tilfreds**	**P-værdi**
Patientinterval				
Q1	86,0	14,0	1 (ref.)	
Q3	84,1	15,9	**0,69 (0,49;0,98)**	**0,0365**
Behandlingsinterval				
Q1	92,7	7,3	1 (ref.)	
Q3	81,2	18,8	**0,34 (0,24;0,48)**	**<0,0001**
Q4	71,7	28,3	**0,20 (0,14;0,28)**	**<0,0001**
Totalinterval				
Q1	87,5	12,5	1 (ref.)	
Q2	83,0	17,0	**0,70 (0,50;0,98)**	**0,0364**
Q3	82,65	17,35	**0,68 (0,49;0,95)**	**0,0231**
Q4	78,3	21,7	**0,52 (0,38;0,70)**	**<0,0001**

Samme billede som i udredningsforløbet gør sig gældende på spørgsmål om behandlingsforløbet. Som det ses i tabel 7, ser det altså i de fleste tilfælde ud til, at det at ligge i Q3 eller Q4, altså de længste forløbstider, har en negativ påvirkning på patientens oplevelse i flere intervaller. Det gælder både i det diagnostiske interval, behandlings- og totalintervallet. Det gælder således, at det at komme langsomt igennem den diagnostiske fase, behandlingsforløbet og totalintervallet betyder, at patienten vurderer oplevelser i behandlingsforløbet ca. 25-50 % mindre positivt som patienter i Q1, altså de hurtigste forløb. Her er det kun spørgsmålet om vurdering af antal læger, hvor patienter i Q2 også har en lavere sandsynlighed for at være mest tilfredse, sammenlignet med patienter i Q1.

For spørgsmålene om, hvorvidt patienten vurderer tiden mellem specifikke dele af forløbet som tilfredsstillende, er det også generelt patienter i Q4, der har lavest sandsynlighed for at være mest tilfredse. For tiden til der gik fra diagnose til behandling er der dog lidt resultater, der skiller sig ud; for patientintervallet, er det kun patienter i Q3, der har lavere sandsynlighed for at være mest tilfredse, frem

for de andre for patientinterval, og der er ingen signifikante forskelle i det diagnostiske interval. For totalintervallet har patienter i Q2 faktisk også lavere sandsynlighed for at være mest tilfredse. Den største forskel for tidsvurderingerne i denne del af forløbet ses i tiden der gik fra diagnose til behandling for behandlingsintervallet, hvor patienter i Q4 har hele 80% lavere sandsynlighed for at være mest tilfredse sammenlignet med patienter i Q1 (den hurtigste kvartil).

Tabel 8: Sammenhængen mellem at være mest tilfreds i udredningsforløbet og at opleve fejl, opdelt i kvartiler (Q1–Q4)

Fejl				
Mens du blev behandlet på sygehuset, har du da oplevet en eller flere fejl? *				
	Oplevet fejl N = 870	**Ikke oplevet fejl N = 1499**	**OR for oplevet fejl**	**P-værdi**
Patientinterval				
Q1	34 %	66 %	1 (ref.)	
Q2	43 %	57 %	**1,45 (1,06;1,99)**	**0,0191**
Q4	46 %	54 %	**1,64 (1,25;2,15)**	**0,0003**
Diagnostisk interval				
Q1	35 %	65 %	1 (ref.)	
Q4	42 %	58 %	**1,36 (1,06;1,73)**	**0,0137**
Totalinterval				
Q1	33 %	67 %	1 (ref.)	
Q2	39 %	61 %	**1,31 (1,02;1,69)**	**0,0331**
Q3	44 %	56 %	**1,60 (1,25;2,04)**	**0,0002**
Q4	46 %	54 %	**1,74 (1,35;2,23)**	**<0,0001**

* problemer med kemo eller anden medicin, vigtig info blev væk, mangelfuld smertedækning, betændelse/infektion, problemer med operationssår, blodprop, ligge-/tryksår, underernæring/uhensigtsmæssig vægtændring.

Resultaterne viser, at patienter med længere forløb har øget risiko for at have oplevet fejl. Som det fremgår af tabel 8, gælder dette både for patientintervallet, det diagnostiske interval og totalintervallet. Der er til gengæld ikke nogen tydelig sammenhæng mellem risikoen for at have oplevet fejl og hastigheden i behandlingsforløbet. I flere tilfælde har patienter, der har haft længere forløb (Q2 til 4), 31–74 procent højere risiko for at have oplevet fejl end dem, der har haft det korteste forløb (Q1). Risikoen stiger gradvist med længden af forløbet – jo længere forløb patienten har haft, desto større er risikoen for, at de har oplevet fejl.

Tabel 9: Sammenhængen mellem i høj grad at have fået hjælp og støtte og hvor hurtigt patienten har bevæget sig gennem de forskellige intervaller, opdelt i kvartiler (Q1–Q4)

Hjælp og støtte				
Har du fra sundhedsvæsenet fået den hjælp, du har haft behov for til fysisk genoptræning?				
	I høj grad N = 619	**I mindre grad N = 513**	**OR for i høj grad**	**P-værdi**
Diagnostisk interval				
Q1	53 %	47 %	1 (ref.)	
Q2	63 %	37 %	**1,47 (1,02;1,42)**	**0,0365**
Behandlingsinterval				
Q1	45 %	55 %	1 (ref.)	
Q2	61 %	39 %	**1,84 (1,33;2,55)**	**0,0003**
Q3	57 %	43 %	**1,56 (1,13;2,15)**	**0,0063**
Q4	59 %	41 %	**1,69 (1,22;2,36)**	**0,0019**
Har du fra sundhedsvæsenet fået den hjælp, du har haft behov for til psykiske gener?				
	I høj grad N = 110	**I mindre grad N = 726**	**OR for i høj grad**	**P-værdi**

Behandlingsinterval				
Q1	15 %	85 %	1 (ref.)	
Q2	8 %	92 %	**0,49 (0,26;0,91)**	**0,0251**
Har du fra sundhedsvæsenet fået den hjælp, du har haft behov for til sex-/samliv?				
	I høj grad N = 74	**I mindre grad N = 633**	**OR for i høj grad**	**P-værdi**
Behandlingsinterval				
Q1	9 %	91 %	1 (ref.)	
Q4	18 %	82 %	**2,30 (1,26;4,22)**	**0,0070**
Har du fra sundhedsvæsenet fået den hjælp, du har haft behov for til kost og ernæring?				
	I høj grad N = 220	**I mindre grad N = 688**	**OR for i høj grad**	**P-værdi**
Patientinterval				
Q1	22 %	78 %	1 (ref.)	
Q2	34 %	66 %	**1,86 (1,11;3,13)**	**0,0189**
Q3	33 %	67 %	**1,74 (1,13;2,69)**	**0,0127**
Diagnostisk interval				
Q1	22 %	78 %	1 (ref.)	
Q3	32 %	68 %	**1,63 (1,08;2,48)**	**0,0215**
Behandlingsinterval				
Q1	20 %	80 %	1 (ref.)	
Q3	32 %	68 %	**1,89 (1,27;2,82)**	**0,0019**
Totalinterval				
Q1	21 %	79 %	1 (ref.)	
Q2	35 %	65 %	**2,06 (1,35;31,3)**	**0,0008**
Har du fra sundhedsvæsenet fået den hjælp, du har haft behov for til hjemmesygepleje?				
	I høj grad N = 238	**I mindre grad N = 393**	**OR for i høj grad**	**P-værdi**
Patientinterval				
Q1	34 %	66 %	1 (ref.)	
Q2	51 %	49 %	**2,03 (1,07;3,86)**	**0,0310**
Q3	51 %	49 %	**2,04 (1,24;3,35)**	**0,0049**
Har du fra sundhedsvæsenet fået den hjælp, du har haft behov for til hjemmehjælp?				
	I høj grad N = 71	**I mindre grad N = 413**	**OR for i høj grad**	**P-værdi**
Totalinterval				
Q1	14 %	86 %	1 (ref.)	
Q2	26 %	74 %	**2,13 (1,07;4,25)**	**0,0316**

Angående hjælp og støtte viser analyserne, at på spørgsmål om fysisk genoptræning, problemer med sex-/samliv, hjælp til kost/ernæring, hjemmesygepleje og hjemmehjælp har man større chance for at have fået den hjælp, man har behov for, hvis man ligger i et af de langsommere kvartiler sammenlignet med Q1 - helt op til 2,3 gange mere. Som det ses i tabel 9, er det dog lidt forskelligt for de øvrige spørgsmål, i hvilke intervaller, der er signifikante sammenhænge. På spørgsmålet om hjælp til psykiske gener er tendensen helt modsat. Hvis man ligger i Q2 i behandlingsintervallet, oplever man kun i halvt så stor grad at have fået hjælp til sine gener sammenlignet med dem i Q1.

Tabel 10: Sammenhængen mellem i høj grad at have haft en god oplevelse i overgangen fra behandling til opfølgning og hvor hurtigt patienten har bevæget sig gennem de forskellige intervaller, opdelt i kvartiler (Q1–Q4)

Fra behandling til opfølgning				
Var du tryg ved at afslutte din behandling på sygehuset?				
	I høj grad N = 1213	**I mindre grad N = 605**	**OR for i høj grad**	**P-værdi**
Totalinterval				
Q1	69 %	31 %	1 (ref.)	
Q4	54 %	46 %	**0,53 (0,39;0,70)**	**<0,0001**
Ved du, hvad der skal ske i dit opfølgningsforløb?				
	I høj grad N = 1179	**I mindre grad N = 728**	**OR for i høj grad**	**P-værdi**
Diagnostisk interval				
Q1	60 %	40 %	1 (ref.)	
Q2	68 %	32 %	**1,41 (1,05;1,89)**	**0,0215**

Patienter, der ligger i Q4 i totalintervallet oplever i mindre grad at være trygge ved at afslutte behandlingen på sygehuset, som det ses i tabel 10. Patienter, der ligger i Q2 i det diagnostiske interval, ved i højere grad end patienter i Q1 hvad der skal ske i deres opfølgningsforløb.

Tabel 11: Sammenhængen mellem overordnet set at have været mest tilfreds og hvor hurtigt patienten har bevæget sig gennem de forskellige intervaller, opdelt i kvartiler (Q1–Q4)

Overordnet vurdering				
Alt i alt, hvordan vurderer du dit forløb frem til at du fik din kræftdiagnose?				
	Mest tilfreds N = 1584	**Mindre tilfreds N = 1113**	**OR for mest tilfreds**	**P-værdi**
Patientinterval				
Q1	60 %	40 %	1 (ref.)	
Q4	52 %	48 %	**0,73 (0,57;0,95)**	**0,0165**
Diagnostisk interval				
Q1	60 %	40 %	1 (ref.)	
Q2	67 %	33 %	**1,30 (1,03;1,65)**	**0,0306**
Q4	40 %	60 %	**0,44 (0,35;0,55)**	**<0,0001**
Behandlingsinterval				
Q1	63 %	37 %	1 (ref.)	
Q4	51 %	49 %	**0,61 (0,49;0,75)**	**<0,0001**
Totalinterval				
Q1	63 %	37 %	1 (ref.)	
Q3	50 %	50 %	**0,59 (0,47;0,75)**	**<0,0001**
Q4	41 %	39 %	**0,41 (0,32;0,52)**	**<0,0001**
Alt i alt, hvordan vurderer du dit samlede behandlingsforløb på sygehuset?				
	Mest tilfreds N = 1915	**Mindre tilfreds N = 782**	**OR for mest tilfreds**	**P-værdi**
Behandlingsinterval				
Q1	73 %	27 %	1 (ref.)	
Q4	67 %	33 %	**0,76 (0,60;0,96)**	**0,0193**
Totalinterval				
Q1	72 %	28 %	1 (ref.)	
Q4	62 %	38 %	**0,61 (0,48;0,79)**	**0,0001**
Alt i alt, hvordan vurderer du samarbejdet mellem forskellige sygehuse/sygehusafdelinger?				
	Mest tilfreds	**Mindre tilfreds**	**OR for mest tilfreds**	**P-værdi**

	N = 1333	N = 877		
Patientinterval				
Q1	62 %	38 %	1 (ref.)	
Q3	52 %	48 %	**0,67 (0,50;0,89)**	**0,0059**
Diagnostisk interval				
Q1	60 %	40 %	1 (ref.)	
Q2	66 %	34 %	**1,31 (1,01;1,70)**	**0,0401**
Behandlingsinterval				
Q1	63 %	37 %	1 (ref.)	
Q4	55 %	45 %	**0,73 (0,58;0,93)**	**0,0109**
Totalinterval				
Q1	63 %	37 %	1 (ref.)	
Q3	54 %	46 %	**0,70 (0,54;0,91)**	**0,0082**
Q4	54 %	46 %	**0,70 (0,54;0,90)**	**0,0056**
Alt i alt, hvordan vurderer du samarbejdet mellem forskellige dele af sundhedsvæsenet?				
	Mest tilfreds N = 863	**Mindre tilfreds N = 996**	**OR for mest tilfreds**	**P-værdi**
Diagnostisk interval				
Q1	47 %	53 %	1 (ref.)	
Q4	35 %	65 %	**0,63 (0,48;0,82)**	**0,0008**
Behandlingsinterval				
Q1	50 %	50 %	1 (ref.)	
Q4	40 %	60 %	**0,67 (0,52;0,87)**	**0,0024**
Totalinterval				
Q1	48 %	52 %	1 (ref.)	
Q4	35 %	65 %	**0,58 (0,43;0,78)**	**0,0003**
Alt i alt, hvordan vurderer du den hjælp, du har fået fra kommunen?				
	Mest tilfreds N = 530	**Mindre tilfreds N = 533**	**OR for mest tilfreds**	**P-værdi**
Behandlingsinterval				
Q1	45 %	55 %	1 (ref.)	
Q2	54 %	46 %	**1,41 (1,01;1,98)**	**0,0468**
Totalinterval				
Q1	51 %	49 %	1 (ref.)	
Q3	41 %	58 %	**0,68 (0,47;0,98)**	**0,0382**
Alt i alt, hvordan vurderer du den hjælp, du har fået fra din praktiserende læge?				
	Mest tilfreds N = 889	**Mindre tilfreds N = 882**	**OR for mest tilfreds**	**P-værdi**
Patientinterval				
Q1	49 %	51 %	1 (ref.)	
Q2	60 %	40 %	**1,59 (1,11;2,28)**	**0,0119**
Diagnostisk interval				
Q1	50 %	50 %	1 (ref.)	
Q2	60 %	40 %	**1,52 (1,15;2,00)**	**0,0031**
Q4	35 %	65 %	**0,55 (0,42;0,72)**	**<0,0001**
Totalinterval				
Q1	51 %	49 %	1 (ref.)	
Q2	59 %	41 %	**1,38 (1,04;1,83)**	**0,0263**
Q4	40 %	60 %	**0,65 (0,49;0,87)**	**0,0031**

På spørgsmål om overordnet vurdering ses igen den tendens, at længere forløb (Q3-Q4) resulterer i *mindre* positive vurderinger sammenlignet med de hurtigste forløb (Q1). Som det fremgår af tabel 11,

gælder det både for spørgsmål om vurdering af udredningsforløbet, behandlingsforløbet, samarbejdet mellem sygehuse/afdelinger og forskellige dele af sundhedsvæsenet samt vurdering af kommunens og praktiserende læges hjælp.

Dog ses sideløbende med dette en anden tendens, nemlig at patienter i Q2 i visse intervaller er mere positive end patienter i Q1. Det gælder specifikt for det diagnostiske interval i udredningsforløbet, det diagnostiske interval ved vurdering af samarbejdet mellem sygehuse/afdelinger, behandlingsintervallet ved vurdering af kommunens hjælp og endelig i både det diagnostiske, behandlings- og totalintervallet ved vurdering af praktiserende læges hjælp. I disse tilfælde har patienterne en 30-59 % større sandsynlighed for at være mere tilfredse i Q2 end i Q1.

Kræftens Bekæmpelse