

Tabell 2 Almenpraktikers registrering av kreftfaresignaler hos sine pasienter

Alder	Antall konsultasjoner		Antall pasienter med faresignal		Faresignaler pr. 1 000 konsultasjoner															
					Sår		Kul		Blødning		Føflekk		Fordøyelse		Hes/hoste		Vekttap		Total	
	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂
0-19	1230	957	40	33	0	0	21	25	6	3	1	0	3	2	1	4	1	0	33	34
20-29	1884	861	72	25	1	0	16	9	15	3	1	3	3	13	3	0	2	0	38	29
30-39	1232	725	95	30	2	0	34	17	23	8	2	0	13	14	6	1	0	1	77	41
40-49	710	462	64	22	1	4	38	17	30	11	0	2	14	15	7	0	1	2	90	48
50-59	743	601	45	22	4	2	26	7	9	12	0	2	12	10	9	3	3	2	61	37
60-69	686	561	51	39	1	11	26	11	12	16	1	2	22	23	12	7	1	4	74	70
70-79	593	361	56	35	7	11	20	17	22	19	2	3	30	39	10	6	5	8	94	97
Total	7 078	4 528	423	206	2	3	25	15	16	9	1	2	11	14	6	3	2	2	60	45

Tabell 3 De enkelte registrerte faresignaler kjønnsfordelt

	Kvinner	Menn
Sår	13	13
Kul	175	68
Blødning	113	40
Føflekk	8	7
Fordøyelse	78	63
Hes/hoste	39	13
Vekttap	11	8
Sum	437	212

Diskusjon

Selv om en del av kommunens almenpraktikere ikke deltok i registreringen, er det ingen grunn til å anta at utvalget avviker vesentlig fra alle som oppsøkte

almenpraktikere i Tromsø kommune i registreringsperioden. Legene som deltok, glemte i perioder å registrere. Forglemmelsene strakte seg oftest over én eller flere dager, så det synes ikke å ha forekommet seleksjon av personer med eller uten faresignal.

Hvis omtrent hver 20. pasient av legen oppfattes å ha kreftfaresignal, skulle det ikke være uoverkommelig å gi disse pasientene litt særskilt oppmerksomhet. Hvorvidt pasienter som etter legens oppfatning har faresignaler, virkelig har større sjanse enn andre for å ha kreftsykdom, krever nærmere undersøkelser.

Almenpraksisregistreringer fokusert på enkeltproblemer kan gi nyttige data, så det er viktig å finne en balanse mel-

lom det å få belyst viktige data og det å ikke overbelaste kollegene. Slik sett var nok registreringsperioden på seks måneder for denne undersøkelsen i lengste laget.

*Forfatterens nåværende arbeidssted:
c/o Mission Norvégienne
B.P. 6
Ngaoundéré
Cameroun
Vest-Afrika*

Litteratur

1. Holtedahl KA. Kreftdiagnostikk i almenpraksis I. Kan diagnosen stilles tidligere? Tidsskr Nor Lægeforen 1980;100:1219-23.

Kreftdiagnostikk i almenpraksis IV

Intervjuregistrering av kreftfaresignaler

Pasienter i almenpraksis og i befolkningen

Opplysning om kreftens syv faresignaler (tab 1) er rettet mot publikum. Informasjonen tar sikte på å få mennesker som opplever symptomer som passer med faresignalene, til å søke lege snarest mulig. Dør-til-dør-intervju med 299 personer i Tromsø viste at 74 (25 %) anga å ha opplevd faresignalsymptomer de siste tre månedene. Omtrent halvparten av de 74 hadde kontaktet lege av denne grunn.

Intervjuene ble foretatt på slutten av en halvtårsperiode hvor almenpraktikere registrerte en forekomst av faresignaler på 5,4 % hos sine pasienter (1). På samme tid ble det foretatt en intervjuundersøkelse av 95 pasienter umiddelbart etter at disse kom ut fra forskjellige al-

Knut Arne Holtedahl
Kvaløysletta helse- og sossialsenter
9100 Kvaløysletta

menpraktikers kontor. Mens almenpraktikere registrerte faresignal hos 9 %, mente 28 % av de samme pasientene å ha presentert faresignal inne hos legen.

Almenpraktikere var instruert om å oppfatte ordlyden i faresignalene så bokstavelig som mulig, men selv da har folk tydeligvis en mye videre oppfatning av hvilke symptomer som faller inn under faresignalene.

Almenpraktikere i Tromsø registrerte i tiden 1/10 1981 - 31/3 1982 en forekomst på 5,4 % «kreftfaresignaler» (tab 1) hos sine pasienter (1). Historikk (Gerry de Harven, Director of International Activities, American Cancer Society, personlig meddelelse mai 1982) og mediabruk viser at kreftfaresignalerne i første rekke er rettet inn mot det store publikum. Meningen er at tiden fra et bestemt symptom oppstår til lege søkes, skal bli kortest mulig. I denne sammenhengen er måten som folk flest oppfatter faresignalene på, viktigere enn almenpraktikers tolkning. Problemet er ikke bare å få tak i de «riktige» pasientene, men også å unngå å få tak i de «gale». Engh (2) fant etter den store

Tabell 1 Kreftsykdommenes vanligste faresignaler ifølge Landsforeningen mot Kreft

	Stikkord
Ethvert sår som ikke vil gro	Sår
Knuter eller klumper hvor som helst i legemet, spesielt i brystene, og selv om de er smertefrie	Kul
Unormale blødninger fra naturlige legemsåpninger	Blødning
Forandringer i farge eller størrelse på vorter og føflekker	Føflekk
Dårlig fordøyelse eller uregelmessigheter med avføringen, hvis det ikke går fort over	Fordøyelse
Heshet eller hoste uten tydelig årsak	Hes/hoste
Vekttap uten tydelig årsak	Vekttap

Tabell 2 Alders- og kjønnsfordeling for 299 dør-til-dør-intervjuede personer, Tromsø 1982

Alder	Kvinner	Menn	Alle
0-19	26	9	35
20-29	42	34	76
30-39	34	29	63
40-49	26	21	47
50-59	20	16	36
60-69	12	15	27
70-	8	7	15
Sum	168	131	299

TV-kreftaksjonen i 1980 at økningen i «pasientrekvirerte» biopsier som hud- og mammabiopsier var vesentlig større enn den generelle økning av prøver til patologisk-anatomisk avdeling i Tromsø. Det ble likevel ikke på denne måten avslørt flere hud- eller mamma-krefttilfelle i siste halvår 1980 enn i siste halvår 1979.

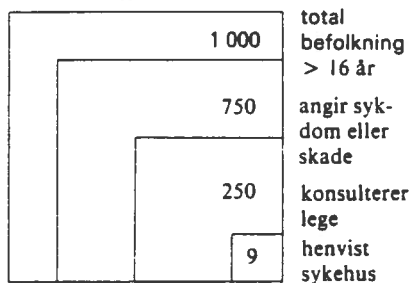
Kreftfaresignalene kan sies å ha en sensitivitet som beskriver sannsynligheten for å ha et faresignalsymptom hvis man er kreftsyk, og en spesifisitet som angir sannsynligheten for at en person uten kreftsykdom heller ikke opplever faresignalsymptom. Det er opplagt at faresignalenes spesifisitet er for lav i en screeningsammenheng, hvor kravet til spesifisitet er særlig høyt. Forekomsten av faresignaler på 5,4% som almenpraktikere registrerte (1), er mye høyere enn forekomsten av kreft. Dette utelukker likevel ikke bruk av faresignaler i publikumsopplysning. Faresignalenes evne til å antyde kreftsykdom avhenger også av sensitivitet, og av prevalens av kreft i den populasjon som er målgruppe for opplysningsvirksomheten. Kanskje kan vi også lempe litt på kravene til spesifisitet fordi gevinsten ved tidlig kreftdiagnose i mange tilfelle er stor nok til å oppveie en god del ulemper ved «falske positive». Nok et argument taler for opplysningsvirksomhet av denne typen: Det gir mulig-

het for en type «selvscreening» med stor befolkningsdeltakelse, relativt små økonomiske utlegg pr. deltaker, og beskjeden arbeidsinnsats av så vel helsevesen som deltaker.

Jeg antok at spesifisiteten ville være lav også ut fra en publikumsregistrering av faresignalforekomst. For å få nærmere data om dette, ble det planlagt å kartlegge en tre måneders insidens av faresignalsymptomer i befolkningen generelt, og i hvilken grad dette førte til legesøkning. Det siste finnes det data om når det gjelder symptomer i alminnelighet. Vanlige angivelser er at fra en tredjedel til en femtedel av alle som opplever et symptom, går til lege for det (3 - 5). I tillegg har Ingham & Miller (6) funnet at økende intensitet av et symptom øker sjansen for at det fører til legesøkning.

En pasientpopulasjon kan ikke antas å være sammensatt på samme måte som befolkningen generelt. For å vurdere betydningen av populasjonsforskjeller mellom intervjuobjekter i befolkningen og almenpraktikernes pasienter, ble det i tillegg planlagt å gjøre en intervjuregistrering av faresignaler blant en del av de pasientene som almenpraktikere registrerte.

Månedlig prevalens av sykdom eller skade i en befolkning (5)



Materiale og metode

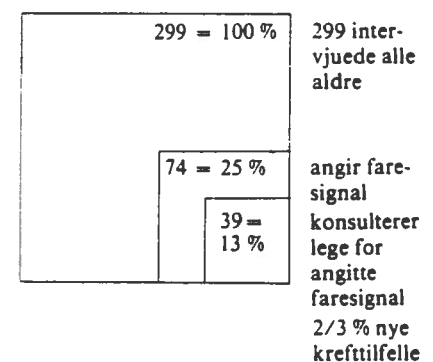
To boligområder i Tromsø ble valgt ut. Det ene har eldre bebyggelse og har ganske mange eldre innbyggere, det andre har mer drabantbypreg med blanding av blokker, rekkehus og villaer. Alder, familietilhørighet og sosial klasse er ganske variert i disse to boligområdene. Hver annen oppgang/hvert annet hus ble på ettermiddags-/kveldstid oppsøkt av én av to medisinske studenter¹. Presentasjonsteknikk og spørreteknikk var avtalt på forhånd, og spørreundersøkelsen var i forveien omtalt i lokalavisene. Folk var i denne omtalen blitt bedt om å svare på en del spørsmål dersom en av studentene ringte på døren. De som da samtykket, ble spurt om de siden julen 1981, dvs. i de siste tre månedene, hadde opplevd noen av de symptomene som så ble opplest ett for ett, svarende til kreftfaresignalene. Ordene kreft og faresignal ble ikke nevnt. De som svarte ja på ett eller flere symptomer, ble spurt om de hadde søkt lege, eventuelt bestilt time hos lege for dette. Det ble antatt at ganske mange barn ville åpne døren, så for å få noen, men ikke for mange barn med i undersøkelsen, ble spørsmål på barns vegne stilt for hvert 10. barn som åpnet døren.

Svarene ble notert på A6-kort sammen med kjønn og fødselsår.

Videre ble én av de medisinske studentene (RT) engasjert til å sitte én dag på et eget kontor i hver av de fire gruppepraksisene som deltok i almenpraktikernes registrering. På slutten av hver konsultasjon spurte hver enkelt lege pasienten om hun/han ville gå inn til studenten og svare på spørsmål i forbindelse med en helseopplysningsun-

¹Stud. med. Raymond Teigen og stud. med. Per Allan Stenberg

Tre måneders insidens av kreftfaresignal og legesøkning for disse symptomene blant 299 dør-til-dør-intervjuede i Tromsø, 1982



Figur 1 Legesøkning ut fra månedsprevalens av symptomer generelt og ut fra tre måneders insidens av kreftfaresignalsymptomer

dersøkelse. Pasientene fikk der opplest faresignalerne ett for ett og skulle svare ja eller nei på om dette symptomet var blitt presentert inne hos legen. Ordene kreft og faresignal ble heller ikke her nevnt. Svarene ble også her notert på samme type A6-kort som legene brukte til sin faresignalregistrering. Legenes registreringer den dagen ble senere sammenlignet med hver enkelt pasients angivelser.

Resultater

a) Publikumsundersøkelsen

Ved dør-til-dør-undersøkelsen ble 301 personer intervjuet. To personer ga vetikke-svar og ble ikke tatt med i materialet. Alders- og kjønnsfordeling for de 299 personene er angitt i tabell 2. I forhold til Tromsø kommunes befolkning er det overvekt av kvinner og underrepresentasjon av de yngste og eldste aldersgruppene i dette materialet.

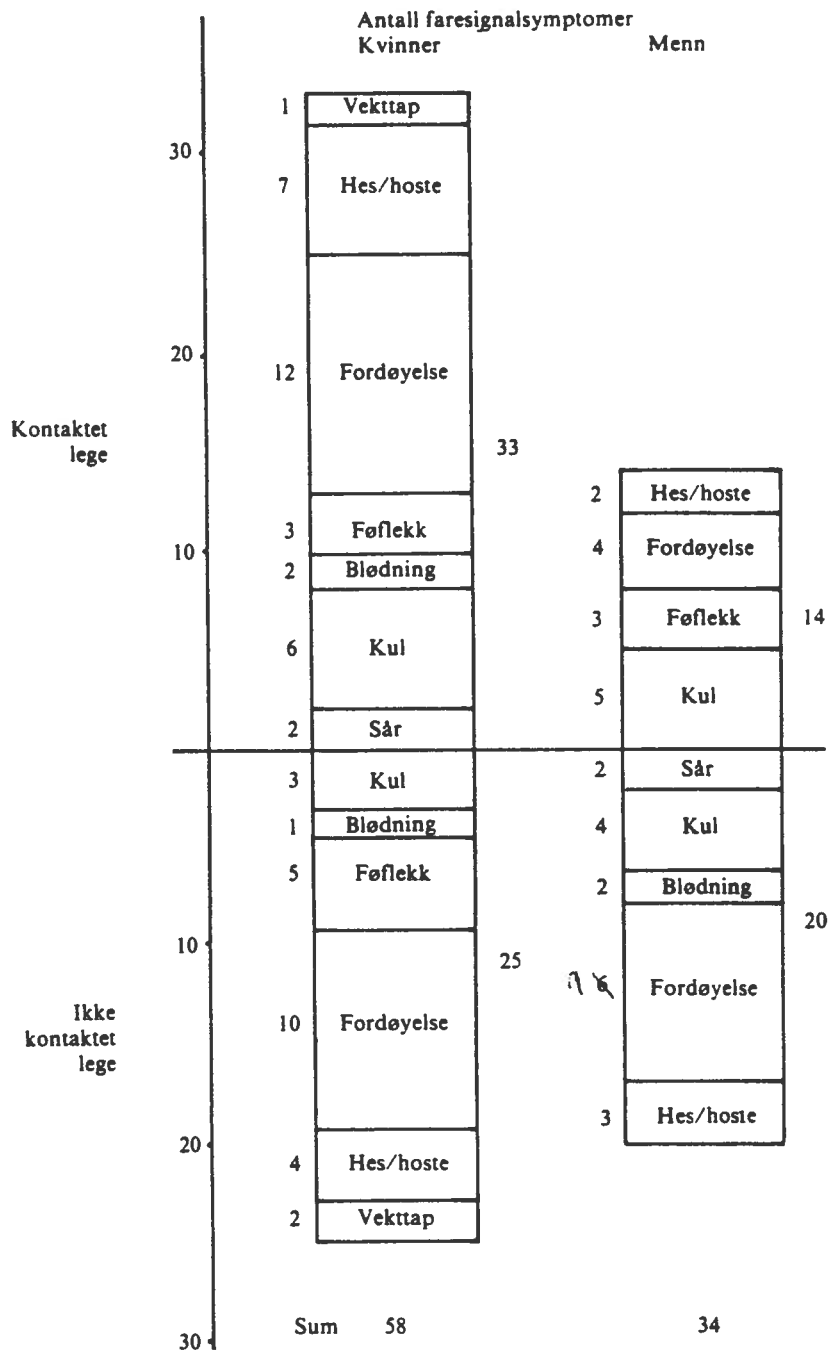
74 personer (25%) anga å ha opplevd ett eller flere symptomer svarende til faresignalerne de tre siste månedene. Vel halvparten av de 74 hadde søkt lege eller bestilt time hos lege for dette (tab 3, fig 1). En noe større andel kvinner enn menn hadde søkt lege, men forskjellen er ikke statistisk signifikant. Tabell 3 er inndelt i tre aldersgrupper ut fra den generelt lave kreftrisiko hos personer under 40 år og den tilsvarende høye risiko fra 60 års alder. Den største kjønnsforskjellen ligger i aldersgruppen 40-59 år, hvor over dobbelt så mange kvinner som menn angir faresignal og samtidig har dobbelt så høy legesøkning. Over 60 år er faresignalsrate og legesøkningsrate jevnt fordelt på kjønnene. Det ser ut som om folk over 60 år har omtrent samme angivelse av faresignalføremst, men noe høyere legesøkning for dette enn folk under 60 år.

De 74 personene anga tilsammen 92 faresignalsymptomer. Legesøkning ut fra kjønn og enkeltfaresignaler er vist i figur 2. Hos dem som anga to faresignalsymptomer, var kombinasjonen fordøyelse + hes/hoste vanligst; denne forekommer hos fire kvinner og tre menn.

b) Pasientintervjuene

De fire kontrolldagene registrerte legene faresignal hos ni av 63 kvinner og null av 32 menn. En kvinne fikk registrert både blødning og fordøyelse, de andre åtte fikk registrert: kul - fem kvinner, blødning, føflekk, fordøyelse - én registrering hver.

Langt flere pasienter (28%) anga å ha presentert faresignal ved den umiddelbart forutgående konsultasjonen (tab 4). Aldersfordelingen for de 95 pa-



Figur 2 Legesøkning for 92 faresignalsymptomer angitt av 74 personer. Antall dør-til-dør-intervjuede personer = 299. Tromsø 1982

Tabell 3 Aldersgrupperte faresignalangivelser og legesøkning, antall og prosent (i parentes) av antall intervjuede. 168 kvinner og 131 menn, Tromsø 1982

	Angitt faresignal			Søkt lege		
	Kvinner Antall	Menn Antall	Kvinner + menn Antall	Kvinner Antall	Menn Antall	Kvinner + menn Antall
0-39	26 (27)	16 (22)	42 (24)	16 (16)	5 (7)	21 (12)
40-59	16 (35)	5 (14)	21 (25)	7 (15)	3 (8)	10 (12)
60-	5 (25)	6 (27)	11 (26)	4 (20)	4 (18)	8 (19)
Alle	47 (28)	27 (21)	74 (25)	27 (17)	12 (9)	39 (13)

Tabell 4 Almenpraktikers og pasientenes egen oppfatning av om faresignal er presentert hos 63 kvinnelige og 32 mannlige pasienter

	Antall pasienter		
	Kvinner	Menn	Kvinner + menn (prosent)
Samme faresignal registrert av lege og pasient	4	0	4 (4)
Delvis samsvar mellom faresignal registrert av lege og pasient	3	0	3 (3)
Lege og pasient registrert forskjellige faresignaler	2	0	2 (2)
Kun pasientregistrert faresignal	11	7	18 (19)
	20 (32)	7 (22)	27 (28)

Tabell 5 Aldersfordeling for 95 intervjuede pasienter, og for de av pasientene hvor faresignal ble registrert av almenpraktiker eller pasient

	Antall pasienter					
	Legeregistrert faresignal		Pasientangitt faresignal			
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
0-9	7	2	-	-	-	1
10-19	9	5	-	-	1	-
20-29	17	8	3	-	7	3
30-39	6	5	2	-	2	-
40-49	10	3	2	-	5	1
50-59	8	5	1	-	3	2
60-69	4	3	-	-	1	-
70-79	2	1	1	-	1	-
Totalt	63	32	9	-	20	7

sientene og for pasientene med egenangitte faresignal fremgår av tabell 5. Tabell 6 gir kjønnsfordelingen av de enkelte egenangitte faresignal, tilsammen 37 hos 27 pasienter.

Tolkningen av faresignalene er altså svært forskjellig for almenpraktikere og publikum, og forskjellen skyldes ikke populasjonsforskjeller. Selv om tallene er små, synes dette å være til-

felle både for kvinner og menn, i alle aldersgrupper og for alle faresignaler (ingen registreringer av vekttap her).

Diskusjon

Svært få av de mennesker som opplever faresignalsymptomer, har virkelig kreft. Selv om antall krefttilfelle øker fra år til år, er insidenstallene så mye lavere enn faresignalangivelsene at faresignalenes kreftprediktive evne må bli dårlig.

På den annen side synes faresignalsymptomene å ha noe større evne enn symptomer generelt til å få folk til lege. I tillegg synes personer over 60 år å ha litt høyere legesøkningsrate for faresignalsymptomer enn personer under 60 år. Siden faresignalene utvilsomt forekommer ofte ved kreftsykdom (7), er dette ønskelige tendenser. Det er vanskelig å vite om bruken av kreftfaresignaler i publikumsopplysningen har fremmet disse tendensene, eller hvorvidt legesøkningen for faresignalsymptomer ville gå ned hvis denne formen for publikumsopplysning opphørte.

Tabell 6 Kjønnsfordeling for 37 faresignaler angitt av 27 pasienter

	Antall faresignaler	
	Kvinner	Menn
Sår	-	2
Kul	11	3
Blødning	4	2
Føflekk	4	-
Fordøyelse	5	2
Hes/hoste	3	1
Vekttap	-	-
Sum	27	10

Det er også vanskelig å si noe om en slik nedgang ville være ønskelig eller ikke ønskelig. Cartwright (8) har hevdet at bagatellmessige konsultasjoner bare kan unngås ved samtidig ~~avdekking~~ av isfjellet med mer alvorlig, ubehandlet sykdom, og på bekostning av et godt lege-pasient-forhold. Kanskje er det best å fortsette å bruke de faresignalene som nå er innarbeidet. For å si noe mer om dette, vil det være av interesse å undersøke nærmere hvor ofte kreftpasienter opplever faresignalsymptomer i tidlige stadier av sykdommen. Det har også betydning å vite hvor mye oftere kreftpasienter enn andre pasienter opplever faresignalsymptomer.

Forfatterens nåværende arbeidssted:
c/o Mission Norvegienne

B.P. 6
Ngaoundéré
Cameroun
Vest-Afrika

Litteratur

- Holtedahl KA. Kreftdiagnostikk i almenpraksis III. Almenpraktikers registrering av kreftfaresignaler hos pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 104:799-800.
- Engh V. Kreftaksjonen 1980 som helseopplysning. Tidsskr Nor Lægeforen 1981;101:1666.
- Butler JR. Illness and the sick role; an evaluation of three communities. Br J Sociol 1970;21:241-61.
- Wadsworth MEJ, Butterfield WJH, Blaney R. Health and sickness; the choice of treatment. Perception of illness and use of services in an urban community. London: Tavistock publications, 1973.
- Grimsmo A. Hvem oppsøker lege og hvorfor? Tidsskr Nor Lægeforen 1981; 101:619-22.
- Ingham JG, Miller PMcC. Symptom prevalence and severity in a general practice population. J Epidemiol Community Health 1979;33:191-8.
- Holtedahl KA. Kreftdiagnostikk i almenpraksis I. Kan diagnosen stilles tidligere? Tidsskr Nor Lægeforen 1980;100:1219-23.
- Cartwright A. Minor illness in the surgery. Management of minor illness. London: King's fund publishing office, Pitman, 1979: Kap. 9.