

kjennelige symptomer på alvorlig sykdom som i seg selv ikke er særlig alarmerende, slik som tidligere ukjente knuter eller klumper» (3) (min oversettelse).

Konklusjonen fra undersøkelsen må bli like tvetydig som utsagnet foran: Publisering av kreftfaresignaler er en lite tilfredstillende måte å informere publikum på, men likevel er det i dag den beste måten vi har for å få mennesker som har kreft, til å søke lege tidligst mulig i sykdomsforsløpet. Om infor-

masjonen kan legges noe om, med mer vekt på enkelte faresignaler for bestemte målgrupper, er en annen sak. Vi bør vel også tenke over om dagens liste kan forbedres.

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

Litteratur

1. Høltedahl KA. Kreftdiagnostikk i almenpraksis. IV. Intervjuregistrering av kreftfaresignaler. Pasienter i almenpraksis og i befolkningen. Tidsskr Nor Lægeforen 1984;104:800-3.
2. Høltedahl KA. Kreftdiagnostikk i almenpraksis III. Almenpraktikerens registrering av kreftfaresignaler hos pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 104:799-800.
3. Ingham JG, Miller PMcC. Consulting with mild symptoms in general practice. Soc Psychiatry 1982;17: 77-88.

Kreftdiagnostikk i almenpraksis VI

Innholdet i kreftfaresignalene

Er «varige smerter» aktuelt som faresignal?

Antallet og innholdet i kreftfaresignalene er blitt endret flere ganger siden de ble introdusert i USA under første verdenskrig. Faresignalene er forsøkt utformet slik at de hjelper mennesker med kreft til raskest mulig å søke lege, uten å skape unødig angst i befolkningen og øke «trivialitets»-belastningen i helsevesenet.

Her diskuteres denne målsetningen, og jeg undersøker nærmere et tidligere forslag (6) om å ta «smerter som ikke flytter seg eller går over» med som et åttende faresignal. Forslaget frafaller fordi symptomet i enda høyere grad enn de syv faresignalene viser seg å være uspesifikt som kreftsymptom, og fordi sensitiviteten av dette faresignalforslaget hos kreftsyke i tidlig stadium heller ikke er spesielt høyt.

I (1) og (2) diskuterte jeg berettigelsen av å bruke kreftfaresignaler i helseopplysning, og ga et betinget ja som svar. I neste omgang er det viktig å se nærmere på innholdet i kreftfaresignalene. Opplysningsvirksomheten omkring kreftfaresignalene bør ha en klar målsetning i forhold til publikum: Å få de menneskene som har kreft, til å gå raskest mulig til lege når symptomer melder seg, uten å skape unødig angst i befolkningen og øke «trivialitets»-belastningen i helsevesenet.

I dag er dette siste problemet kanskje ikke fullt så stort som mange tenker seg. Hannay (3) fant at omfanget av «sykdomsisfjellet», definert som personer som ikke søkte lege for symptomer de selv mente var alvorlige eller betydelige, var over dobbelt så stort som «trivialitetsgruppen», folk som anga å ha gått til lege med symptomer de selv

Knut Arne Høltedahl
Kvaløysletta helse- og sosialsenter
9100 Kvaløysletta

trodde var bagatellmessige. Utfordringen for helseopplysningen må derfor være å oppmuntre personer i sykdomsisfjellet til å søke lege, samtidig som man ikke oppmuntrer til øket unødig legesøkning. Det kan være interessant å merke seg at Hannay ved å gi hver enkelt av sine pasienter poeng etter en «nevrotikerscore», fant at høy nevrotikerscore var en viktig prediktor for tilhørighet i isfjellgruppen, men ikke i trivialitetsgruppen.

Dagens syv kreftfaresignaler (tab 1) må tilpasses målsetningen og er ikke hellige kuer. Ideen om faresignaler oppsto i USA under første verdenskrig, som ledd i en politikk for å unngå unødvendige utgifter til helsevesen. Utviklingen av faresignalene i USA siden da, er vist i tabell 2. Rekkefølgen i den siste amerikanske versjonen skyldes ønske om at forbokstavene skal danne

ordet CAUTION – sikkert ikke noe dumt utgangspunkt for å få folk til å tenke etter om et symptom som oppstår, har noe med kreftfaresignaler å gjøre. Kjennskapet til kreftfaresignalene i USA er undersøkt i 1966 (4) og igjen i 1978 (5) gjennom intervjuundersøkelser. Med en del variasjoner for de enkelte faresignaler kunne omtrent to tredjedeler av de intervjuede gjenkjenne faresignalsymptomer fra en liste, mens ca. en femtedel utpekte feilaktige faresignaler. Kjennskapet til faresignalene var best hos kvinner, yngre og høyt utdannede.

Faresignalene publiseres nå i svært mange land. De forelå allerede i 1929 på 22 forskjellige sprog. Vi ser at Landsforeningen mot Krefts liste (tab 1) adskiller seg fra dagens amerikanske i formuleringene, men særlig ved å ha med et punkt om vekttap og ved å presisere at kreftknuter/-klumper kan være smertefrie. Den andre norske foreningen som arbeider for kreftsaken, Norsk Forening til Kreftens Bekjempelse, publiserer en liste som er en mer direkte oversettelse av den ameri-

Tabell 1 Kreftsykdommens 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

Danger signals, World War I
«a lump or scab or an unhealed wound or sore. Lumps in the breast may have special significance. Persistent indigestion with loss of weight should be thoroughly investigated»

1942

Listen økes til 5 faresignaler

1951

Seven Danger Signals

1. Any sore that does not heal
2. A lump or thickening in the breast or elsewhere
3. Unusual bleeding or discharge
4. Any change in wart or mole
5. Persistent indigestion or difficulty in swallowing
6. Persistent hoarseness or cough
7. Any change in normal bowel habits

1982

Seven Warning Signals

1. Change in bowel or bladder habits
2. A sore that does not heal
3. Unusual bleeding or discharge
4. Thickening or lump in breast or elsewhere
5. Indigestion or difficulty in swallowing
6. Obvious change in wart or mole
7. Naggling cough or hoarseness

OBS! Forbokstavene danner ordet CAUTION

kanske, men med en annen rekkefølge av faresignalene.

Betraktningene omkring målsetning og historikk leder til spørsmål om dagens norske liste er optimal. Ut over sproglige forenklinger (6) er det to mulige måter å endre listen på: enkelte av dagens faresignaler kan utgå, eller nye kan føyes til.

Reduksjon av antall faresignaler

Tre av de syv faresignalene; sår, føflekk, vekttap, registreres betydelig sjeldnere enn de øvrige (1, 7). Men det finnes for samtlige faresignaler kreftformer der sensitiviteten av faresignalet er høy i tidlig sykdomsfase (2). Mange vil tenke på vekttap som et typisk sent kreftsymptom, men ved journalgjennomgangen hos 65 kreftpasienter (2) var vekttap tidligsymptom hos seks av ti som fikk registrert dette symptomet før diagnose.

Tilføydelse av nye faresignaler

Berkanovic (8) lister opp over 30 forskjellige kreftrelevante symptomer. I Tromsø 1976 hadde 35 av 108 kreftpasienter tidligsymptomer som ikke ble fanget opp av kreftfaresignalene (6). Disse 35 hadde svært forskjellige organdiagnoser og like forskjellige symptomer. Unnløt man å angi lokalisasjon, hadde 13 av pasientene sympto-

Tabell 5 De syv faresignaler, det hyppigst registrerte faresignalet kul og symptomet varige smerter aldersfordelt pr. 1 000 konsultasjoner (almenpraktikerregistreringer (7))

Alder	Alle faresignaler		Kul		Varige smerter	
	♀	♂	♀	♂	♀	♂
0-19	33	34	21	25	17	16
20-29	38	29	16	9	12	36
30-39	77	41	34	17	39	32
40-49	90	48	38	17	49	58
50-59	61	37	26	7	30	27
60-69	74	70	26	11	41	39
70-	94	97	20	17	24	39
Totalt	60	45	25	15	27	33

mer som passet med «smerter som ikke flytter seg eller går over» (stikkord: «varige smerter»). I forbindelse med registreringen av de syv faresignalene hos pasienter (1, 7) og publikum (1), ble det derfor samtidig og på samme måte på de samme A6-kort registrert eventuell forekomst av varige smerter.

Resultater fra denne undersøkelsen er gitt i tabell 3 (almenpraktikerregistreringen) og tabell 4 (pasientintervjuer). Begge steder angis varige smerter oftere enn noe faresignal. Forekomsten er særlig stor hos yngre menn, som jo har lav kreftisiko, og hos middelaldrende kvinner (tab 5). Ved dørtildør-intervjuene anga 5% av hvert kjønn å ha opplevd varige smerter de tre siste månedene. Seks av åtte kvinner og fem av syv menn hadde søkt lege for dette. Med forbehold for små tall ser det ut som varige smerter er et symptom som i høyere grad enn andre symptomer (1) får folk til å søke lege.

Blant 65 kreftpasienter registrerte jeg fra journalene varige smerter som et tidlig symptom hos fire kvinner og fire menn. En av kvinnene og to av mennene fikk samtidig registrert ett eller to faresignaler. Hos fire kvinner og to menn opptrådte varige smerter som et sent kreftsymptom før diagnosen ble stilt.

Hos kontrollpasientene ble varige smerter ved journalgjennomgangen notert hos 15 kvinner og seks menn. Av disse fikk to kvinner og to menn samtidig notert ett eller to faresignaler.

I den prospektive undersøkelsen (2) forekom avkryssing for varige smerter hos én av 16 kreftpasienter, en kvinne på 61 år med cancer mammae og metastaser til skjelett og lymfeknuter. Blant de 65 kontrollpasientene fikk to kvinner og fire menn registrert varige smerter ved konsultasjonen.

Tabell 3 Smerter som ikke flytter seg eller går over som almenpraktikerregistrert symptom

	Antall pasienter		
	Kvinner (n = 7078)	Menn (n = 4528)	Kvinner + menn (n = 11 606)
Registrert alene	161	134	295
+ ett faresignal	28	13	41
+ to faresignaler	1	1	2
Sum	190 (2,7%)	148 (3,3%)	338 (2,9%)

Tabell 4 Forekomst av smerter som ikke flytter seg eller går over («varige smerter») registrert av almenpraktiker og/eller etter egen angivelse hos 95 pasienter

	Antall pasienter med varige smerter		
	Kvinner (n = 63)	Menn (n = 32)	Kvinner + menn (n = 95)
Varige smerter registrert, samsvar almenpraktiker/pasient	4	3	7
Varige smerter registrert av almenpraktiker, ikke av pasient	1	1	2
Varige smerter angitt av pasient, ikke av almenpraktiker	9	7	16
	14 (22%)	11 (34%)	25 (26%)

Konklusjon

Det er ikke grunnlag for innholdsmessige endringer i Landsforeningen mot Krefts liste. Varige smerter er i enda høyere grad enn de syv faresignalene uspesifikt som kreftsymptom, spesielt hos yngre mennesker og hos menn. Varige smerter forekommer utvilsomt som tidligsymptom på kreft, men sensitiviteten er ikke særlig høy. Det kan også reises andre innvendinger mot bruk av varige smerter som faresignal: det er sannsynligvis en utbredt forestilling at smerte alltid forekommer ved kreftsykdom; pasienter sier iblant at de ikke søkte lege fordi smerter ikke ledsaget de øvrige symptomene. Dessuten er smerte sannsynligvis det symptom som folk flest oftest opplever, og da ved alle mulige tilstander, fra de helt bagatellmessige til de svært alvorlige.

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

Litteratur

1. Høltedahl KA. Kreftdiagnostikk i almenpraksis IV. Intervjuregistrering av kreftfaresignaler. Pasienter i almenpraksis og i befolkningen. Tidsskr Nor Lægeforen 1984;104:800-3.
2. Høltedahl KA. Kreftdiagnostikk i almenpraksis V. Pasienter med og uten kreft. Hvem søker lege for kreftens syv faresignaler? Tidsskr Nor Lægeforen 1984;104:804-6.
3. Hannay DR. The «iceberg» of illness and «trivial» consultations. J R Coll Gen Pract 1980;30:551-4.

4. American Cancer Society. A study of motivational, attitudinal and environmental deterrents to the taking of physical examinations that include cancer tests. New York: Lieberman Research Inc, 1966.

5. American Cancer Society. A basic study of public attitudes toward cancer and cancer tests. New York: Lieberman Research Inc, 1979.

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

7. Høltedahl KA. Kreftdiagnostikk i almenpraksis III. Almenpraktikeres registrering av kreftfaresignaler hos pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 1984;104:799-800.

8. Berkanovic E. Seeking care for cancer relevant symptoms. J Chronic Dis 1982;35:727-34.

Kreftdiagnostikk i almenpraksis VII

Ringeklokkesymptomer, ringeklokke-data og fallgruver

Nyttige varslere i almenpraktikerens kreftdiagnostiske arbeid?

Her presenteres lister over «ringeklokkesymptomer», «ringeklokke-data» og «fallgruver» i praktisk kreftdiagnostikk. Listene er ment å være forslag til en utdypet og forbedret legerettelse av de publikumsrettede kreftens syv faresignaler.

Forekomst av disse diagnostiske data er registrert ved journalgjennomgang for 65 kreftpasienter. Forekomst av ringeklokkesymptomer er også registrert hos 65 kjønns- og aldersmessig like kontrollpasienter. For kreftpasientene er kun ringeklokkesymptomer som opptrådte før diagnose, registrert. Ringeklokkesymptomene er klassifisert som «tidlig» eller «sent» opptrædende på samme måte som i en tilsvarende undersøkelse der de syv faresignalene ble registrert (1).

Tidlige ringeklokkesymptomer opptrådte hos 63 % av kreftpasientene. Forekomsten av ringeklokkesymptomer hos kontrollpasientene var 25 %. Forskjellen er signifikant ($P = 0,000$).

Ringeklokke-data er relevante for 31 % av kreftpasientene. Fallgruver vanskeliggjorde diagnosen hos 29 %.

Fra egen praksis vet jeg at kreftens syv faresignaler tjener legen som påminnings-«ringeklokker» til å tenke på kreft som diagnostisk mulighet.

Legens diagnostiske nytte av slike faresignaler kan antakelig økes ved en

Knur Arne Høltedahl
Kvaløysletta helse- og sosialsenter
9100 Kvaløysletta

omarbeiding og presisering, basert på forskjellen i basiskunnskap mellom lege og publikum. Legen må i mindre grad enn folk flest antas å kunne feiltolke betydningen av vage symptomer. Legen vil kunne sette enkeltsymptomer inn i en sammenheng, og legens handlemåte behøver ikke å bli påvirket av den mer eller mindre uttalte angst som folk flest opplever stilt overfor muligheten av å ha kreft.

Med bakgrunn i egen praksis og tenkemåte de siste årene, har jeg derfor utarbeidet et sett med «ringeklokkesymptomer» (tab 1) og mer epidemiologiske «ringeklokke-data» (tab 2), som jeg håper kan være til hjelp for leger i primærhelsetjenesten. Samtidig eksisterer en rekke «fallgruver» (tab 3) som må tas med i vurderingen om pasienten virkelig har kreft.

Jeg ønsket å undersøke betydningen av ringeklokkesymptomer, ringeklokke-data og fallgruver i kreftdiagnostikk. I tillegg ville jeg se nærmere på nytten av høye senkningsreaksjoner og lave hemoglobinverdier, som for mange almenpraktikere også har en ringeklokkefunksjon, blant annet i forhold til kreft.

Materiale og metode

Tidligere er forekomsten av kreftens syv faresignaler analysert hos 65 kreftpasienter og 65 kontrollpasienter med likt kjønn og tilsvarende alder (1). Ved gjennomgang av disse pasientenes journaler fra almenpraksis og sykehus ble forekomsten av ringeklokkesymptomer registrert. Symptomet måtte ha opptrådt før diagnosen ble stilt. For kreftpasientene ble det etter kriterier fra (1) vurdert om ringeklokkesymptomet forekom «tidlig» eller «sent» i sykdomsforløpet. Likeledes ble det for hver av kreftpasientene vurdert om det forelå ringeklokke-data («høy alder» er ikke tatt med) med relevans til den aktuelle kreftformen, og om fallgruver hadde vanskeliggjort diagnosen.

Blant fallgruvene ble aldersmessig fallgruve registrert for kreftsykdom som opptrådte før fylte 50 år og hvor den aktuelle kreftformen har økende insidens med økende alder.

Diffuse symptomer ble registrert som fallgruve der vage, alminnelig forekommende symptomer som slapphet, dårlig definerte og varierende smertelager osv., var notert i journalen i en slik sammenheng at de syntes å ha forvirret legen mer enn å ha bidratt til diagnosen. Tabell 3 beskriver de øvrige fallgruvene.

Chi kvadrat test er benyttet til statistisk analyse.