

Kreftdiagnostikk i almenpraksis – I Kan diagnosen stilles tidligere?

108 pasienter ble i 1976 meldt til Kreftregisteret fra Tromsø kommune. Almenpraktiker- og sykehusjournaler for disse pasientene er gjennomgått og vurdert med tanke på hvor raskt kreftsykdommen ble diagnostisert.

Tre fjerdedeler av pasientene kunne ut fra en etterpåkløkk vurdering fått stilt diagnosen tidligere. Halvparten av alle kom sent til lege, og for halvparten kunne almenpraktikere eller sykehusleger ha bedret kvaliteten av sitt diagnostiske arbeid. Ventelister ved sykehus og hos almenpraktikere spiller også en rolle.

Det fremlegges forslag til faresignalliste for publikum, og det diskuteres hvordan almenpraktikere kan bedre sin diagnostikk. Tidlig kreftdiagnostikk er en faglig utfordring for almenpraksis.

Hensikten med denne undersøkelsen er å finne muligheter for forbedring av almenpraktikernes kreftdiagnostikk. Ved å vurdere forsinkelser i kreftdiagnostikk, kan man i tillegg få et brukbart mål på generell diagnostisk effektivitet i almenpraksis (7). Selv om mange tviler (5, 14), er det lett å finne støtte i litteraturen for at det er viktig å oppdage kreft tidlig (2, 5, 13, 14). Pasienten, pasientens nærmeste og almenpraktikeren er de som har størst mulighet til dette (9).

Jeg har også sett nærmere på den liste over kreftens faresignaler som Landsforeningen mot kreft forsøker å gjøre kjent blant publikum. Jeg har undersøkt hvor stor del av pasientene i denne undersøkelsen som fanges opp av faresignalene, og om listen kan forbedres.

Metode

108 pasienter ble i 1976 meldt til Kreftregisteret fra Tromsø kommune med 44 800 innbyggere. Alle Tromsøs 25 pasientarkiver ble med eiernes tillatelse gjennomgått etter journaler på de 108 pasientene. Fra almenpraksis ble det funnet og gjennomgått 268 og fra sykehus 173 journaler. Som almenprakti-

Knut Arne Holtedahl
Distriktslege i Tromsø
9100 Kvaløysletta

kerjournaler er regnet alle journaler fra almenpraktikere og legevaktleger, samt fra et par praktiserende spesialister.

Alle data ble plottet og behandlet på en SDS-datamaskin. Dette omfattet følgende: alder, sivilstand, kjønn, bosted (tettbygget/spredbygget strøk), boform (alene/med andre/i institusjon); videre det eller de hovedsymptomer pasienten presenterte ved første legekonsultasjon. For de aller fleste fantes opplysninger om 2 tidsforhold som er viktige i enhver sykdomsprosess: tid fra første symptom til første legekonsultasjon, og tid fra første legekonsultasjon til diagnose.

Antall laboratorieprøver og røntgenundersøkelser utført i løpet av siste år før diagnose, ble telt sammen. De videre data måtte baseres på mer subjektive vurderinger: omfang og kvalitet av anamneseopptak og klinisk undersøkelse ble vurdert og klassifisert. Det ble for hver enkelt pasient vurdert om forsinkelse i diagnosen hadde skjedd enten i tiden fra første symptom til pasienten søkte lege, og/eller fra lege ble søkt til diagnosen ble stilt.

Som Jenkins (7) har jeg ikke fastsatt noen bestemt minimumstid for hvor fort det er mulig å stille kreftdiagnoser i forskjellige organer. De fleste lignende undersøkelser jeg har funnet (1, 8, 10, 11), tar for seg hver sin spesielle kreftform og har dermed lettere kunnet definere bestemte tidsintervaller. Her har jeg i hvert enkelt tilfelle brukt min subjektive vurdering av hva som ville ha vært rimelig i den gitte situasjon. Vurderingen av forsinkelse er da basert på mitt kjennskap til fasiten og hva jeg har lest ut av journalene.

For å øke systematikken, klassifiserte jeg anamneseopptak som «sparsomt», «bra» eller «grundig» etter følgende kriterier:

Sparsom anamnese. Der legen tydeligvis har gjort lite for å utdype pasientens presentasjon av problemet.

Bra anamnese. Der det er eksaminert om tidspunkter og nærmere detaljer omkring pasientens presentasjon av problemet, og om tidligere sykdommer hvis det ikke er godt kjent fra tidligere.

Grundig anamnese. I tillegg til det som er anført om bra anamnese skal det tas med, eller være kjent fra tidligere yrkesanamnese, familie, sosialt og naturlige funksjoner.

Klinisk undersøkelse ble klassifisert som «utilstrekkelig», «bra lokal/regional» eller «grundig». For betegnelsen bra lokal/regional undersøkelse ble det på forhånd satt minstekrav varierende med organdiagnosen. For eksempel måtte det ved cancer ventriculi være gjort abdominal palpasjon og eksplorasjon. For at undersøkelsen skulle bli kalt grundig, måtte den gå ut over det lokale symptom og inkludere palpasjon av lymfeknuter og lever, eksplorasjon, i noen tilfelle også en neurologisk orientering.

Det at en anamnese har vært sparsom eller en klinisk undersøkelse utilstrekkelig, har ikke automatisk ført til at diagnosen er blitt klassifisert som forsinket. Forsinkelse på almenpraktikernivå er vurdert ut fra den konsekvens almenpraktikeren har trukket av konsultasjonen totalt sett. Der hvor jeg mener almenpraktikeren kunne ha gjort bedre arbeid og derved redusert eller unngått forsinkelsen, er dette notert.

Resultater

Alder, kjønn og boform. Aldersfordelingen er vist i tabell 1. Undersøkelsen omfatter 55 kvinner og 53 menn. 22 pasienter bodde alene, 3 bodde i sykehjem, resten bodde sammen med andre personer.

Tiden fra første symptom til første legekonsultasjon er vist i tabell 2. De kreftformene som folk gikk raskest til lege med, var gynekologiske kreft-

Tabell 1 Pasientenes alder, menn og kvinner samlet

Alder (år)	Antall pasienter
0-15	2
16-29	1
30-39	5
40-49	6
50-59	20
60-69	27
70-	47
Alle	108

sykdommer og brystkreft, til dels også lungekreft. Pasienter med hudkreft og leppe-/munnhulekreft søkte ofte lege mer enn et halvt år etter symptomdebut, regnet fra lesjonen ble synlig (tab 2).

68 av pasientene har presentert ett av faresignalene på Kreftforeningens liste (tab 3 A). 35 pasienter har presentert andre symptomer, og hos 5 ble kreft diagnostisert ved operasjon for annen lidelse, ved autopsi eller syning av lik. I faresignalgruppen har flest pasienter presentert signal nr. 2, knuter eller klumper, og signal nr. 5, dårlig fordøyelse. Ingen med svulster i sentralnervesystemet har presentert noen av faresignalene, og flere med kreft i urinveier, mavesekk og lunger, ble heller ikke fanget opp av faresignalene.

Folk går raskest til lege med knuter og klumper og med unaturlige blødninger, senest med sår, vorter, føflekker og vekttap. Fordøyelsesvansker kom i en mellomstilling.

De 35 pasientene med andre symptomer enn de opplistede, representerer hele spektrret av organdiagnoser unntatt brystkreft. De presenterer svært forskjellige symptomer (tab 4). Det er eksempler på at abdominalcancerer kan debutere med smerter i thoraxregionen.

Lumbago/ischias som ikke blir bedre, er også kreft en sjelden gang. 30 av de 35 pasientene var over 60 år.

Alt i alt har halvparten av pasientene fått vurdert diagnosen som forsinket pga. urimelig sen legesøkning i forhold til symptomene. Den generelle betydningen av tidlig legesøkning fremgår av at diagnosen var forsinket hos 97 % av dem som ventet lenger enn 12 uker med å søke lege, men bare hos 27 % av dem som søkte lege innen 12 uker etter symptomdebut.

Det kunne ikke påvises at de 22 ens-

lige som gruppe nølte lenger med å søke lege enn resten av pasientene. Heller ikke kjønn eller sivilstand influerte registrerbart på dette. $\frac{2}{3}$ bodde i tettbygget og $\frac{1}{3}$ i spredbygget strøk. Dette svarer til befolkningsspredningen i kommunen. Materialet gir ikke holdpunkter for at folk i spredbygget strøk kommer senere til lege med kreftsymptomer. Dette var heller ikke ventet, da Tromsøs vanskelige almenpraktikert situasjon rammer bybefolkningen like meget som i periferien, hvor det til dels er et bra utbygget nett av utekontorer.

Tabell 3 Kreftsykdommenes vanligste faresignaler

A ifølge Landsforeningen mot Kreft, og fordelingen av faresignaler hos 68 pasienter¹

B forslag til revidert og forenklet liste basert på aktuelle undersøkelser

A	Antall
1) Ethvert sår som ikke vil gro	9
2) Knuter eller klumper hvor som helst i legemet, spesielt i brystene, og selv om de er smertefrie	18
3) Unormale blødninger fra naturlige legemsåpninger	7
4) Forandringer i farge eller størrelse på vorter og føflekker	7
5) Dårlig fordøyelse eller uregelmessigheter med avføringen, hvis det ikke går fort over	20
6) Heshet eller hoste uten tydelig årsak	4
7) Vekttap uten tydelig årsak	9
Sum	74

B

- 1) Sår som ikke gror
- 2) Klumper i brystet eller andre steder
- 3) Unaturlige blødninger
- 4) Forandringer i vorter eller føflekker
- 5) Uvant besvær med fordøyelse eller avføring
- 6) Hoste eller heshet som varer
- 7) Unaturlig vekttap eller slapphet
- 8) Smerter som ikke flytter seg eller går over²

¹6 pasienter fikk notert 2 like fremtredende hovedsymptomer i faresignalgruppen

²13 pasienter i denne undersøkelsen

Tabell 2 Antall uker fra første symptom til første legekonsultasjon for 98 pasienter

Diagnosegruppe	Antall uker							Sum
	0-1	2-4	5-8	9-12	13-25	26-50	51-	
Oesofagus/ventrikkel	2	2	0	1	3	1	0	9
Tarm	2	6	0	2	3	2	0	15
Pancreas/lever (primær)/galleblære	2	1	0	4	0	1	0	8
Urinveier og mannlige kjønnsorganer	2	1	1	3	0	2	0	9
Kvinnelige kjønnsorganer	4	2	1	0	0	0	0	7
Mamma	1	4	2	2	0	0	1	10
Thyreoida	0	0	0	0	0	0	0	0
Lunger	1	4	1	0	2	0	0	8
Hud	0	1	2	0	1	4	4	12
Sentralnervesystemet	2	1	1	0	0	0	1	5
Øre-nese-hals, unntatt oesofagus	0	1	1	0	3	0	3	8
Blod/lymfoid vev	2	1	0	0	1	0	0	4
Primærtumor ukjent	1	1	0	0	0	1	0	3
Sum	19	25	9	12	13	11	9	98

Tiden fra første legekonsultasjon til diagnose. 60% fikk stilt diagnosen i løpet av 8 uker, hos 17% tok det mer enn et halvt år (tab 5). Diagnostiseringen gikk raskest for brystkreftpasienter med unntak av 1 mann. Svulster i sentralnervesystemet og i blod-/lymfe-

systemet ble i noen tilfelle diagnostisert. Almenpraktikeren synes å ha fått mistanke om kreft allerede etter den første konsultasjonen hos 3/4 av pasientene med symptomer fra faresignallisten, men bare hos halvparten av dem med andre symptomer.

Diagnoseforsinkelse etter første legekonsultasjon er registrert for halvparten av pasientene. Den generelle betydningen av tidlig diagnostikk sees ved at 89% fikk forsinket diagnose når det gikk mer enn 12 uker fra de søkte lege til diagnosen ble stilt, mens diagnose

Tabell 4 35 pasienter med andre presentasjonssymptomer enn Landsforeningen mot Krefts faresignaler

Diagnose	Presentert hovedsymptom	Kjønn	Alder
Cancer ventriculi	Prekordialsmerter	♀	66
Cancer ventriculi	Dyspnoe, cyanose ¹	♂	71
Cancer ventriculi	Sår hals. Anemi	♀	76
Cancer ventriculi	Depresjon. Mangeårig obstipasjon	♂	83
Cancer vesicae felleae et ventriculi	Ikterus	♀	79
Cancer coli sigmoidei	«Hernia» inguinalis, hodepine ¹	♀	52
Cancer coli sigmoidei	Underlivssmerter	♀	77
Cancer coli ascendens	Feberperioder	♀	69
Cancer pancreatis	Thoraxmerter	♀	61
Cancer pancreatis	Ikterus	♂	69
Cancer abdominis	Slapphet, feber	♀	86
Cancer bronchialis	Ryggsmerter ¹	♂	52
Cancer pulmonis	Hjertebank, anstrengelsesdyspnoe	♂	60
Cancer bronchialis	Hodepine ¹	♂	62
Cancer pulmonis	Prekordialsmerter	♂	65
Cancer pulmonis	Prekordialsmerter	♀	79
Cancer maxillaris	Ansiktssmerter	♀	83
Cancer maxillaris	Neseblødning, hode-/ansiktssmerter	♂	83
Cancer prostatae	Hoftesmerter ¹	♂	70
Cancer prostatae	Nocturi	♂	73
Cancer prostatae	Smerter i korsrygg og underliv	♂	73
Cancer prostatae	Slapp, sengeliggende	♂	78
Cancer prostatae	Slapp, dårlig matlyst	♂	83
Cancer prostatae	Prostatismesymptomer	♂	85
Cancer penis	Fimose	♂	71
Cancer ovarii	Akutte smerter i høyre hypochondrium ¹	♀	65
Cancer ovarii	Ileus	♀	72
Tumor cerebelli, astrocytom	Hodepine, gangvansker	♂	2
Tumor cerebri, astrocytom	Epilepsi, økende anfallsfrekvens	♀	56
Tumor cerebri	Rask senilitetsutvikling	♀	59
Tumor cerebri	Apoplexi	♂	85
Melanoma malignum choroideae	Nedsatt syn etter fall	♂	74
Myelomatose	Thoraxmerter	♀	63
Myelomatose	Ryggsmerter ¹	♂	64
Cancer nud	Akutt abdomen	♀	65

¹Symptom fra metastase (7 pasienter)

Tabell 5 Antall uker fra første legekonsultasjon til diagnose for 103 pasienter¹

Diagnosegruppe	Antall uker							Sum
	0-1	2-4	5-8	9-12	13-25	26-50	51-	
Oesophagus/ventrikkel	4	1	1	0	3	1	0	10
Tarm	3	1	3	2	5	1	0	15
Pancreas/lever (primær)/galleblære	1	3	2	0	1	0	1	8
Urinveier og mannlige kjønnsorganer	3	1	1	0	2	2	1	10
Kvinnelige kjønnsorganer	2	0	3	0	1	0	1	7
Mamma	2	7	1	0	0	0	1	11
Thyreoidea	0	0	0	0	0	0	0	0
Lunger	0	2	1	2	2	1	0	8
Hud	3	6	1	0	2	1	1	14
Sentralnervesystemet	1	0	1	0	0	1	2	5
Øre-nese-hals, unntatt oesophagus	2	0	2	1	1	1	1	8
Blod/lymfoid vev	0	0	1	0	1	1	1	4
Primærtumor ukjent	1	0	2	0	0	0	0	3
Sum	22	21	19	5	18	9	9	103

¹ Alle som ikke fikk diagnosen oppdaget tilfeldig

innen 12 uker ga forsinkelse bare hos 30 % av pasientene. Totalt har 80 pasienter (75 %) fått forsinket diagnose pga. sen legesøkning, sen diagnostikk, eller begge deler.

Skal vi analysere elementene i almenpraktikerens diagnostikk, melder det seg 2 spørsmål: hva bidrar positivt til diagnosen, og hvor gjøres det oftest feil? Anamnesen har her bidratt positivt hos 47 av 102 pasienter. Den ble registrert som sparsom hos 43, bra hos 52 og grundig hos 7 pasienter. Anamnesen fikk stor betydning for diagnosen hos alle med grundig anamnese, men bare hos 9 av de 43 hvor anamnesen ble vurdert som sparsom.

Den kliniske undersøkelsen er også viktig. Den ble registrert som utilstrekkelig hos 42, bra lokal/regional hos 51 og grundig hos 9, tilsammen 102 pasienter. Stor betydning for diagnosen hadde den kliniske undersøkelsen hos 37 av pasientene, herav 8 av de 9 med grundig undersøkelse, men bare 9 av de 42 med utilstrekkelig undersøkelse.

Laboratorieprøver ble utført for 73 pasienter og bidro positivt til diagnosen hos 22 av disse. 35 av cancerpasientene fikk utført røntgenundersøkelse, hos 17 av disse bidro undersøkelsen til riktig diagnose.

Diagnostikken kunne ha vært bedre fra almenpraktikerens side hos 43 pasienter (tab 6). Bedre klinisk undersøkelse og bedre anamnese var de 2 faktorer som kunne ha ført til raskere diagnose i flest tilfelle. Almenpraktikere synes å ha størst problemer med å stille diagnosen ved kreft i tykktarm og lunger. Få feil blir gjort i diagnosegruppene hudkreft, svulster i sentralnervesystemet og i blod/lymfoid vev.

Laboratorieprøver og røntgenundersøkelser kan være villedende. I 5 tilfelle har almenpraktikere latt seg berolige av normale senkningsreaksjoner eller av negativ undersøkelse på blod i avføring ved gastrointestinal kreftsykdom. For

senkningsreaksjonen er det også flere eksempler på at årsaken til forhøyede verdier ikke blir undersøkt nærmere, i ethvert fall hvis man setter en øvre normalgrense for voksne på 20 mm/time, som i min gruppepraksis.

Hos 2 menn med cancer ventriculi ble det utført negativ røntgen Ø+V+D henholdsvis 12 og 28 uker før diagnosen ble stilt. Hos en kvinne med cancer recti var røntgen colon negativ 10 uker før diagnose.

Diskusjon

Metoden. Det kan innvendes mot undersøkelsen at mange leger unnlater å notere mye av det de tenker på og undersøker. Dette er selvsagt en begrensning ved hva jeg har kunnet hente ut av pasientjournalene. Men for de aller fleste pasientene hadde jeg både almenpraktikerjournal og sykehusjournal, og for mange pasienter var det notater fra flere almenpraktikerjournaler. Mange pasienter var skriftlig henvist til sykehus, og henvisningene var oftest detaljerte. Når jeg sammenholdt de forskjellige kildene med min egen erfaring fra almenpraksis, syntes jeg ofte jeg fikk et rimelig bra bilde av hva som hadde foregått ved de enkelte konsultasjonene.

Pasienten. Hva skal vi si til folk? Hvilke konsekvenser skal vi trekke av at det i undersøkelsen er mange pasienter hvor diagnosen er registrert som forsinket fordi det gikk urimelig lang tid mellom første symptom og første legebesøk? Skal vi kanskje unnlate å drive opplysning for ikke å skape unødig angst? Jeg kan ikke si jeg er kommet over tilfelle der forsinkelse i diagnosen synes å ha hatt positive konsekvenser. En kortere eller lengre «lykkelig uvitenhet» kan oftest tenkes oppveid av angst og usikkerhet over vage, men persisterende symptomer. Men det er i undersøkelsen 4 dødsfall hos

eldre mennesker som nok er fremskynnet ved at de ble undersøkt (cystoskopi, gastroskopi) eller operert (sigmoideumreseksjon, radikaloperasjon for cancer pancreatis) for sin kreftsykdom.

På den annen side er god informasjon tidligere vist å kunne senke mortalitet av f.eks. maligne melanomer (12). Jeg mener derfor vi må prøve å informere publikum. Her har jeg begrenset meg til å se på om Landsforeningen mot Krefts faresignaler er så gode som ønskelig. Det er de neppe, siden Landsforeningen selv har flikket på dem etter at jeg startet denne undersøkelsen. Undersøkelsen tyder på at noen av tegnene er bedre inne i publikums bevissthet enn andre. Dessuten: innen 12 uker fra første symptom har bare 54 % av pasientene med faresignaler søkt lege, men hele 77 % av dem med andre symptomer. Et annet problem er at flere krefttyper ikke synes å bli fanget opp av faresignalene.

Det ser ut som om legen har vel så god nytte av faresignalene som pasientene, siden kreftmistanken oftere oppsto raskt for denne gruppen pasienter. For legen fungerer faresignalene antagelig som et varsel om å skjerpe oppmerksomheten.

Alt i alt synes jeg det er riktig å ha en liste av denne typen. Symptomgruppen utenom faresignalene er svært variert, men kan gi grunnlag for et par endringsforslag. Punktet med vekt tap er i en revisjon fra desember 1978 fjernet fra Kreftforeningens liste. Dette bør beholdes sammen med en tilføyelse om unaturlig slapphet. Føyer man til et punkt med smerter som ikke flytter seg eller går over, får man en liste som i denne undersøkelsen ville ha fanget opp ytterligere 16 % av pasientene, eller tilsammen 79 % mot 63 % for listen i tabell 3 A. Forslag til revidert og sproglig forenklet liste finnes i tabell 3 B.

Til oppmuntring for alle helseopplysere tas med en solskinnshistorie fra materialet:

Kasus 1. Kvinne, 53 år ser TV-program om brystkreft. Undersøker brystene. Finner kul i høyre bryst og opereres for brystkreft uten påvisbare metastaser 3 uker senere.

Almenpraktikeren. En almenpraktiker som ser 5 000 pasienter på 1 år, vil neppe få sjansen til å stille mer enn 10 kreftdiagnoser i løpet av året (3). Regner vi en konsultasjonsrate pr. år på 2½ konsultasjon pr. innbygger (4), vil Tromsøs 44 800 innbyggere konsultere almenpraktiker vel 110 000 ganger i løpet av 1 år. Mangelen på almenpraktikere gjør nok dette tallet lavere, men

Tabell 6 Kunne vært gjort bedre av almenpraktiker for 43 pasienter

	Antall feil					
Tilsynelatende ikke avtalt kontroll	15					
Mangelfull anamnese	20					
Mangelfull klinisk undersøkelse	24					
Mangelfull laboratorieundersøkelse	13					
Manglende eller sen henvisning til røntgenundersøkelse	6					
Manglende eller sen henvisning til spesialavdeling	11					
Forsinkende «bomskudd» ved henvisning til røntgen, spesialavdeling eller lignende	2					
	Sum 91					
Antall feil notert pr. pasient:	1	2	3	4	5	
Antall pasienter:	18	11	7	5	2	Sum 43

ingen vet hvor mange pasienter med kreft i tidlig stadium det er blant dem som siles bort. På Værøy og Røst hadde hver 4. voksne innbygger sykdom i fordøyelsesorganene i løpet av 2 år. Det har åpenbart ikke vært lett for Tromsø 11-12 almenpraktikere å plukke ut tidlig f.eks. de 33 pasientene som i 1976 fikk diagnostisert kreft i gastrointestinalltractus.

Selv for de pasientene som har kreft som er diagnostiserbar, kan det ofte være lite rimelig å vente at almenpraktikeren skal ta korteste veien mot diagnosen. Kreftpasientens problempresentasjon kan skje på en måte som i utgangspunktet kan være svært villledende for legen. Frykten for kreft kan gjøre at kreftsymptomer bagatelliseres idet de presenteres. Traumer av forskjellig art kan feilaktig tillegges etiologisk betydning ved kreftsymptomer. Hele utgangspunktet for konsultasjonen er fra pasientens side oftest et annet enn det å få diagnostisert kreft. Dette er viktig å huske på når jeg her likevel har tillatt meg å være etterpåklok og stilt spørsmålet om hvilke forbedringer på veien til diagnosen som kunne minske de forsinkelsene jeg anser som urimelige i hvert enkelt tilfelle.

Almenpraktikeren få pasienter med kreft har ved første konsultasjon oftest sparsomme, vage symptomer. Men nettopp her ligger den faglige utfordringen ved almenpraksis. Pasientene og sykdommene er ikke de samme som i sykehus. Færre pasienter kan puttes i klare diagnosebåser. Pasientene er ikke selektert på samme måte som sykehuspasienter. Der hvor konkrete diagnoser kan stilles, har symptomene oftest kortere varighet og lavere intensitet enn hos sykehuspasienter. Alt dette nødvendiggjør at almenpraktikere utvikler egne måter å stille diagnoser på.

Å angi et rimelig mistenksomhetsnivå overfor tidlig kreftsykdom i almenpraksis, er vanskelig. I prinsippet mener jeg kreftmuligheten alltid skal lure bak i almenpraktikeren hjerne. For å kunne handle i et rimelig omfang overfor den enkelte pasient, tror jeg man kan skille ut 2 situasjoner hvor kreftmuligheten må hentes mer bevisst frem:

Det alminneligste er sannsynligvis at almenpraktikeren i starten fester seg ved et enkelt, nokså vagt symptom. Det rimeligste og raskeste legen da kan gjøre, er et anamneseopptak og en klinisk undersøkelse som står i forhold til symptomet, eventuelt supplert av noen få og enkle laboratorieprøver. Svært ofte står legen etter dette igjen med lite mer enn symptomet som var utgangs-

punktet. Lungefysikalia som ikke forsvinner, forstoppelse som ikke går over, lumbago som ikke blir bra – kan alt sammen være kreft og forekommer i denne undersøkelsen. Da er nøkkelordet *kontroll*. En almenpraktiker kan alltid ta pasienten tilbake til kontroll om en uke eller en måned, og er det kreft, vil sykdommen ofte ha utviklet seg videre. I det minste vil symptomet persistere og gi grunnlag for ny kontroll. Et altfor stort arbeidspress kan riktignok redusere almenpraktikeren mulighet for å avtale slike kontroller.

Den andre situasjonstypen er der hvor bestemte symptomer eller symptomkomplekser opptrer, eventuelt bestemte kombinasjoner av symptomer, tegn og laboratorieresultater. En del er vel kjente og viser seg ofte å være kreft, slik som underlivsblødning etter menopausen. Andre er vanskeligere fordi de forekommer oftere slik at bare enkelte viser seg å være kreft, eller fordi de er tegn på sjeldne krefttyper. Dyspepsi pluss anemi er likevel noe mer enn dyspepsi i all alminnelighet. Infeksjoner som residiverer, ubehag som progredierer, neseblødning i kombinasjon med ansiktssmerter, svimmelhet sammen med falltendens, kvalme kombinert med vekttap, dette er noen av mange kombinasjoner som må reageres på – i første omgang med en god anamnese og klinisk undersøkelse.

I denne undersøkelsen forekommer en del slike kreftkarakteristiske sykehistorier hvor almenpraktikeren i noen tilfelle har reagert raskt og presist, i andre tilfelle har manglende reaksjon fra legens side ført til hva jeg har kalt forsinkelser i diagnosen (6).

Utover dette er det neppe mulig å anvise hvilke pasienter man skal undersøke særlig grundig. Oppmerksomhet kan ikke læres, men sikkert oppøves og skjerpes. Det er ikke nødvendig å gi alle almenpraktikeren pasienter en grundig anamnese og klinisk undersøkelse ut over det presenterte symptom. Man kan på bakgrunn av undersøkelsen ikke uten videre si at pasienter fikk stilt en diagnose pga. en grundig anamnese eller klinisk undersøkelse. Diagnosen kan i en del tilfelle ha ligget såpass i dagen at mistanken førte til den grundige anamnesen eller undersøkelsen. Men undersøkelsen gir avgjørt grunn til å hevde at tid brukt til skikkelige undersøkelser av pasienten ofte er vel anvendt. Jeg synes de vanlige 15-20 minuttene er lite som gjennomsnitt for en konsultasjon. Skal dette bedres, stiller det krav til utbygging av kapasiteten i primærhelsetjenesten.

Ut fra undersøkelsen er det klart at almenpraktikere kan forbedre sin dia-

gnostikk. Helsepolitisk må dette likevel ikke lede til den konklusjon at kreftdiagnostikk må samles i sentraliserte spesialpoliklinikker (1). Almenpraktikeren er helsevesenets økolog som har størst mulighet til å finne sammenheng i kroppens signaler.

Litteratur

1. Arner, O. et al.: Lækarfödröjning vid diagnostik av bröstcancer. Läkartidningen 1978, 38, 3299-3300.
2. Carlsen, E. et al.: Lav fremre reseksjon av cancer i rectum. Tidsskr Nor Lægeforen 1978, 98, 893-894.
3. Cox, K. R.: The GP and the cancer patient. Australian Family Physician 1978, 7, 757-769.
4. Fugelli, P.: Helsetilstand og helsetjeneste på Værøy og Røst. Universitetsforlaget, Oslo-Bergen-Tromsø 1977.
5. Hill, D. J. et al.: General Practitioners in cancer education. Australian Family Physician 1977, 6, 1295-1299.
6. Holtedahl, K. A.: Kreftdiagnostikk i almenpraksis - II. Hva kan almenpraktikeren forbedre? Kasuistikker å lære av. Tidsskr Nor Lægeforen 1980, 100, 1224-1226.
7. Jenkins, S.: Diagnostic delay in neoplastic disease. Journal of the Royal College of General Practitioners 1978, 28, 724-728.
8. Lallemand, Y. et al.: Les erreurs et les retards de diagnostic du cancer du cavum. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1975, 92, 522-526.
9. Martin, L. R.: The family physician's response to recent advances in early detection and diagnosis of cancer. Cancer 1976, 37 (1), 612-613.
10. Rostad, H. & Vale, J. R.: Primær lungecancer. Tidsskr Nor Lægeforen, 1978, 98, 1670-1673.
11. Segal, A. J. & Fisherman, R. S.: Delayed diagnosis of pituitary tumors. Am J Ophthalmol 1975, 79 (1), 77-81.
12. Smith, T.: The Queensland melanoma project - an exercise in health education. Br Med J 1979 (1), 253-254.
13. Solheim, K.: Lungecancer. Tidsskr Nor Lægeforen 1978, 98, 1669-1670.
14. The image of cancer. Editorial. Lancet (1), 1975, 1284.

**Diagnosis of cancer in
general practice I + II**

*Can the diagnosis be made earlier?
What can the general practitioner
improve?*

Knut Arne Holtedahl, MD

In 1976, 108 patients from Tromsø county were registered by the Cancer Registry of Norway. General practitioners' records and hospital case notes concerning these patients have been examined in order to evaluate how efficiently their cancers were diagnosed.

Three quarters of the patients could have had their diagnosis made earlier. Half of the patients saw their general practitioner rather late in the course of the disease. In half of the cases the general practitioner or hospital doctor could have improved the diagnostic work-up. Long waiting lists in hospitals or with general practitioners also played a part.

A list of danger signals has been produced for the public, and in addition a list of advice for doctors. Early diagnosis of cancer is a challenge to general practice.