

# Primærlegens rolle i diagnostikk av kreft

---

## en kvantitativ og kvalitativ studie

5. års oppgave i Stadium IV – medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø

**Kristin Kvalvik og Elen Tjong, Kull – 03**

**Veileder: Professor Dr. med. Knut Holtedahl**

**Tromsø 15.09.2008**

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Forekomsten av kreftsykdommer er økende. For allmennlegen innebærer det en stor utfordring å fange opp pasienter med kreft på et tidlig tidspunkt. I forberedelsene til femte års oppgaven kontaktet vi professor Holtedahl ved Institutt for samfunnsmedisin, som introduserte oss for temaet kreftdiagnostikk i allmennpraksis. Vår oppgave ble knyttet opp mot registreringer fra et pilotprosjekt, som testet skjema senere brukt i et omfattende prosjekt om kreftsymptomers rolle i diagnostikken av kreft.

**Metode:** Vi benyttet kvantitativ og kvalitativ metode. Vi analyserte et tallmateriale fra én leges registreringer av fokale og generelle kreftsuspekterte symptomer i en uselektert allmennpraksis. I tillegg gjennomførte vi semistrukturerte intervju med fire sykehusleger og en allmennpraktiserende lege.

**Resultater:** I 1842 pasientkonsultasjoner ble det registrert totalt 161 kreftsuspekterte symptomer. Symptomene hoste/heshet og føflekk hadde flest registreringer, med henholdsvis 45 og 22 prosent av alle symptomer. Fordøyelsesproblemer hadde ingen registreringer. Det var ingen signifikante forskjeller mellom kjønnene i forhold til kreftsannsynlighet og symptomvarighet. Allmennlegen vurderte kreftsannsynligheten som økende med økende alder. Tiltak i form av rtg/billeddiagnostikk ble i større grad benyttet ved høy kreftsannsynlighet.

Intervjumaterialet resulterte i tre hovedtema som omhandlet tillitsforholdet mellom pasient og fastlege, tidsforløpet fra symptomdebut til henvisning, og tilfredshet ved henvisningen.

**Konklusjon:** Registreringene av kreftsuspekterte symptomer var ikke helt som forventet. Vi tror at en del av de uventede funnene skyldes tilfeldigheter og et lite tallmateriale. Sykehuslegene ga uttrykk for at allmennlegenes vurderinger var faglig gode. De vektla tillitsforholdet mellom pasient og primærlege som av betydning i det diagnostiske arbeidet. Det er vanskelig å si noe om symptomenes relasjon til kreft i denne undersøkelsen. Til det trengs et større materiale og prospektive data over krefttilfeller.

Innhold	
Introduksjon .....	4
Metode og materiale .....	6
Kvantitativ metode .....	6
Kvalitativ metode .....	6
Resultater .....	8
Kvantitative resultater .....	8
Konsultasjonsfrekvens .....	8
Symptomfordeling .....	8
Symptomvarighet .....	9
Kreftmistanke.....	10
Fastlegens videre tiltak .....	11
Kvalitative resultater .....	12
Tillitsforholdet mellom fastlege og pasient .....	12
Tidsforløpet – fra symptomdebut til henvisning .....	13
Tilfredshet ved henvisningen.....	14
Diskusjon .....	16
Styrker og svakheter ved metoden .....	16
Pasientmaterialet .....	17
Symptomer og kreftmistanke.....	18
Tillitsforhold, vurdering og videre tiltak.....	20
Konklusjon.....	22
Referanser: .....	23
Vedlegg 1.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Vedlegg 2a.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Vedlegg 2b.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tabeller.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

## Introduksjon

Kreftsykdommers forekomst har økt de siste årene. Dette tilskrives flere faktorer. En del av den økte forekomsten skyldes bedre registrering av krefttilfeller, og en gjennomsnittlig lengre levetid i befolkningen. Det er gjort beregninger på at antall nye krefttilfeller vil øke med omtrent 30 prosent fram mot 2020 (1). For menn tilskrives økningen at den totale befolkningen eldes, mens det for kvinner i tillegg er forventet en økning av kreftrisiko.

Fastlegen har en spesiell posisjon i det de fleste personer med helserelaterte plager er i kontakt med fastlegen først. Dette betyr at legen kan komme til å møte pasienter både i tidlig og sen fase av en kreftsykdom, som ikke er diagnostisert. En stor utfordring vil være å fange opp pasienter med kreft på et tidlig stadium. Hvordan skal så fastlegen være i stand til å skille ut disse fra den store gruppen av pasienter som kommer til konsultasjon? Såkalte alarmsymptomer eller generelle kreftsuspekterte symptomer kan være et verktøy til hjelp i dette arbeidet. Dette er symptomer som har vært beskrevet i litteratur og tidligere studier (2), og som til en viss grad er publisert ut til befolkningen gjennom kampanjer og folkeopplysning (3).

Dersom kreftsuspekterte symptomer skal ha nytteverdi er det viktig å ha kjennskap til hvilken betydning slike symptomer har for en senere kreftdiagnose. I Norge er det gjort få studier på dette. Holtedahl publiserte i 1980-84 en serie artikler under hovedtittel "Kreftdiagnostikk i almenpraksis I-VII", basert på egne studier i Tromsø på kreftfaresignaler og allmennlegens rolle i diagnostikken av kreft (4). Her fant han blant annet at kreftfaresignaler har liten verdi når de vurderes alene. Sammen med andre faktorer, som alder og risiko hadde kreftfaresignalene større diagnostisk betydning.

I 2005 startet et nasjonalt paraplyprosjekt i regi av Universitetet i Tromsø med Holtedahl som prosjektleder. Prosjektet omfattet kvantitative og kvalitative delprosjekter omkring allmennpraktikerens rolle i kreftomsorg, og samarbeidet med sykehustjenesten. Resultatene fra denne studien er ikke publisert enda.

I forbindelse med forberedelse til femte års oppgaven kontaktet vi Holtedahl, som introduserte oss for temaet kreftdiagnostikk i allmennpraksis. Vi syntes dette var et spennende fagfelt. Som en forstudie til det nasjonale paraplyprosjektet pågikk det en pilotstudie av Dr. Tommy Thorsen, som omhandlet kreftsymptomers rolle i diagnostikken av kreft. Vi fikk muligheten til å skrive femte års oppgave knyttet opp mot dette, ved at vi fikk tilgang til tallmaterialet fra pilotstudien. Vi håpet å få kunnskap om kreftsuspekterte symptomers assosiasjon til senere kreftdiagnose. Underveis ble dessverre premissene for pilotstudien endret, slik at vi ikke fikk tilgang til prospektive data som skulle brukes i oppgaven. I tillegg til tallmaterialet gjennomførte vi intervju av leger. Vi hadde på forhånd få forventninger til hva som ville fremkomme i intervjuene, men ønsket å belyse temaet fra legenes perspektiv.

Målsetningen for oppgaven vår er følgende:

- Primærlegens rolle i diagnostikk av kreft, og i den forbindelse betydningen av kreftsuspekterte symptomer

Vi vil takke informantene som velvillig stilte opp på intervjuer. Vi vil også takke Institutt for Samfunnsmedisin for tilrettelegging og assistanse under arbeidsprosessen.

Til slutt vil vi få takke vår veileder professor Dr. med. Knut Holtedahl for all inspirasjon og hjelp, under utformingen og i arbeidet med oppgaven.

## **Metode og materiale**

Vi har benyttet oss av kvantitativ og kvalitativ metode. Den kvalitative metoden ble brukt for å forsøke å få en utdypning av tema gjennom legenes egne synspunkter.

### **Kvantitativ metode**

De kvantitative dataene er registreringer utført av Thorsen i en uselektert allmennpraksis. Alle pasientkonsultasjoner over en 12 måneders periode ble registrert, og alle generelle og fokale kreftsuspekterte symptomer ble registrert i standardiserte skjemaer (Vedlegg 1). Materialet består av 1842 pasientkonsultasjoner, fordelt på 1193 kvinner og 649 menn. Vi fikk tilgang til databasen med tallmaterialet og benyttet oss av statistikkprogrammet SPSS versjon 15.0 for analyse. Kji-kvadrat testing er benyttet på noen av dataene. På øvrig materiale er statistiske tester ikke benyttet da det ikke ble ansett som relevant. I hovedstudien ble alle kreftpasienter identifisert prospektivt, men dette ble ikke gjort i pilotstudien da Thorsen sluttet i den aktuelle praksisen før dette ble aktuelt. Vi fikk derfor ikke tilgang til tallmateriale på prospektivt registrerte krefttilfeller, slik som det opprinnelig var planlagt.

### **Kvalitativ metode**

Den kvalitative delen av oppgaven består av semistrukturerte intervju med fire sykehusleger og en allmennpraktiserende lege. Hensikten var å få frem sykehuslegenes tanker og erfaringer rundt fastlegens rolle i diagnostiseringen av kreft. Vi inkluderte også en fastlege i undersøkelsen for å få synspunkter fra hans ståsted. Sykehusinformantene ble på forhånd spurt om å velge ut en pasient som hadde fått diagnostisert kreft på deres avdeling. Allmennpraktikeren ble bedt om å velge ut en pasient som var registrert i pilotstudien og som hadde fått kreftdiagnosen i

oppfølgingstiden. Intervjuene skulle ta utgangspunkt i disse, for oss anonyme pasientene. Vår veileder anså det derfor som unødvendig å søke REK utover det som allerede var gjort i forbindelse med paraplyprosjektet. Vi hadde på forhånd utarbeidet 10 veiledende spørsmål som skulle brukes som hjelpemiddel under intervjuene, men disse ble tilpasset underveis i møtet med den enkelte informant (5). Informantene la fram sine kasuistikker og disse ble videre brukt som utgangspunkt under intervjuene. En åpen intervjuform gav informantene muligheten til å komme med generelle betraktninger underveis. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert. For analyse av materialet benyttet vi oss av systematisk tekstkondensering, inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse, som modifisert og beskrevet av Malterud (6). Systematisk tekstkondensering gjennomføres ved hjelp av fire trinn:

1. Danne seg et helhetsinntrykk av materialet
2. Identifiserer meningsbærende enheter og systematisere disse
3. Abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene
4. Sammenfatte betydningen av disse

Vi hadde et relativt lite tekstmateriale, og analysen ble derfor utført manuelt uten programvare for kvalitativ analyse. Etter trinn fire, ble den nye teksten validert opp mot den sammenhengen den var hentet ut fra. Vi satt til slutt igjen med tre tema, omtalt i resultatdelen.

## Resultater

### Kvantitative resultater

Registreringen av pasientkonsultasjoner i standardiserte skjema ble fulgt av en utførlig veiledning for utfylling (vedlegg 2). Vi har valgt å dele inn pasientmaterialet i 5 aldersgrupper. Dette er den samme aldersinndelingen som brukes i kreftregisterets tabeller over kreftinsidens i Norge.

Symptomene som ble registrert tilsvarer symptomer som vanligvis regnes som kreftsuspekte, og er omtrent de samme som ble brukt i en mindre undersøkelse i Tromsø i 1981-82 (2). Symptomene presiseres nærmere i veiledningen, og her i tekst og tabeller refereres de i stikkordsform.

### Konsultasjonsfrekvens

I pilotstudien ble det registrert totalt 1842 pasientkonsultasjoner, og vi ser at pasientutvalget er tilnærmet normalfordelt med tanke på alder. Den høyeste konsultasjonsfrekvensen finner vi i aldersgruppa 30 - 54 år, hvor vi har i alt 780 (42 %) konsultasjoner. Gruppen 75 + har færrest antall konsultasjoner, med 142 (8 %). Det er ulik fordeling av kjønn i materialet, med 1193 (65 %) kvinner, og 649 (35 %) menn. Kvinner er overrepresenterte i alle aldersgrupper bortsett fra i gruppen under 15 år som består av 100 gutter og 94 jenter. Kjønnforskjellen er størst i den eldste gruppen på 75+, hvor det er registrert 117 kvinner og 25 menn. (tab 1)

### Symptomfordeling

I de 1842 pasientkonsultasjonene er det registrert totalt 161 kreftsuspekte symptomer fordelt på 158 konsultasjoner. Registrerte symptomer fordeler



seg mellom kjønnene med 64 % hos kvinner og 36 % hos menn. Det er de samme symptomene som dominerer hos begge kjønn. (tab 2)

Som vi ser av tabell 3 har den yngste aldersgruppa på 0-14 år størst hyppighet av kreftsuspekte symptomer (12 %). I aldersgruppa 55-74 år er hyppigheten 10 %. Videre følger de andre aldersgruppene nokså jevnt, med lavest hyppighet (7 %) i aldersgruppa 15-29 år.

I tabell 4 ser vi at hoste/heshet av uklar årsak er det hyppigst registrerte kreftsuspekte symptomet i alle aldersgrupper, og utgjør 73 (45 %) av alle registrerte symptomer. Deretter følger føflekk og kul/knute/klump, med henholdsvis 35 (22 %) og 26 (16 %) av de registrerte symptomene.

Symptomene fordøyelsesproblem som varer og ufrivillig vekttap er ikke registrert i noen av konsultasjonene og er derfor ikke tatt med i tabellen.

Annet kreftsuspekt har 14 registreringer. Ved en gjennomgang av skjemaene finner vi at det for noen av disse er registrert hvilket organsystem det gjelder, men ikke hvilke symptomer som presenteres.

### Symptomvarighet

Varigheten av det symptomet i konsultasjonen som hadde vart lengst, ble angitt i uker. Det er krysset av for symptomvarighet i alle konsultasjoner med registrerte symptomer. I 105 konsultasjoner er symptomene rapportert som nylig oppståtte. 19 av konsultasjonen er registrert med symptomvarighet over 1 år. Vi ser at 74 % av mennene og 62 % av kvinnene oppgir symptomvarighet under 1 uke. 21 % av kvinnene og 5 % av mennene oppgir symptomvarighet på 10-19 uker. Ellers er det små forskjeller mellom kjønnene med hensyn til symptomvarighet. Ved kji-kvadrat testing av symptomvarighet under og over 1 uke, mot kjønn, er forskjellene ikke statistisk signifikant (tab 5).

Alle aldersgruppene har overhyppighet av symptomer med varighet under 1 uke. Aldersgruppen 30-54 år har flest symptomer med varighet over 1 år, med 11 av 62 registreringer. (tab 6)

Symptomet hoste/heshet av uklar årsak har i 67 av 73 registreringer varighet under 1 uke. Føflekk og kul/knute/klump har henholdsvis 8 og 5 registreringer med varighet over 1 år. (tab 7)

### Kreftmistanke

Av de 158 konsultasjonene hvor det er registrert kreftsuspekterte symptomer, er sannsynligheten for kreft vurdert i 148 av tilfellene. Legen har vurdert 34 av pasientkonsultasjonene som "kreft mulig – bør følges opp". Til sammenligning er det krysset av for "kreft lite sannsynlig" i 114 av konsultasjonene. Kreftsannsynligheten er vurdert som litt høyere hos kvinner enn hos menn, imidlertid er forskjellen ikke statistisk signifikant (tab 8).

Det er ingen registreringer av "kreft mulig – bør følges opp" i de to yngste aldersgruppene. I de tre eldste aldersgruppene ser vi en forholdsmessig økning av "kreft mulig – bør følges opp" med økende alder. I den eldste aldersgruppen er 5 av 9 vurderte konsultasjoner registrert som "kreft mulig- bør følges opp" (tab 9).

I tabell 10 har vi relatert kreftsannsynlighet til kreftsuspekterte symptomer. Her får vi 37 registreringer, mens vi i forrige tabell fikk 34 for "kreft mulig – bør følges opp". Dette skyldes at det for hver pasientkonsultasjon kan krysses av for flere symptomer, men kun i en rubrikk for vurdering av kreftmistanke. Uvanlige smerter og annet kreftsuspekt er de symptomene som har den høyeste andelen "kreft mulig – bør følges opp". Det må tas forbehold om at tallene her er svært små.

Når det gjelder symptomvarighet er 7 av 19 symptomer med varighet over 1 år vurdert som "kreft mulig- bør følges opp".

## Fastlegens videre tiltak

Det er totalt registrert 119 tiltak i form av supplerende prøver på laboratorium, billeddiagnostikk eller videre henvisning. Det er gjort videre tiltak hos 79 av de kvinnelige, og 40 av de mannlige pasientene. Lab.prøver er det hyppigste tiltaket, anvendt i 75 av de 158 aktuelle konsultasjonene. Deretter følger henvisning/innleggelse, som ble benyttet i 31 av tilfellene. Røntgen/billeddiagnostikk er det tiltaket som brukes minst, med 13 registreringer totalt. (tab 11)

I tabell 12 ser vi at røntgen/billeddiagnostikk ikke ble anvendt i de to yngste aldersgruppene. I de to eldste aldersgruppene, 55-74 år og 75 år +, ser vi derimot at dette er like ofte brukt som henvisning/innleggelse.

I tabell 13 er det registrert 122 tiltak, dette fordi det kan krysses av for flere symptomer i samme konsultasjon. Der det er registrert flere symptomer er det ikke mulig å se hvilket symptom tiltaket er knyttet til. Hoste/heshet av uklar årsak var det symptomet som hyppigst førte til videre tiltak, etterfulgt av kul/knute/klump og føflekk. Hoste/heshet av uklar årsak var det symptomet som hyppigst førte til laboratorieprøver og røntgen/billeddiagnostikk. Kul/knute/klump førte hyppigst til henvisning/innleggelse.

I tabell 14 hvor kreftmistanke er satt opp mot de ulike tiltakene ser vi at "kreft lite sannsynlig" hovedsakelig førte til laboratorieprøver, dernest til henvisning/innleggelse. "Kreft mulig – bør følges opp" førte til laboratorieprøver i 43 % av tilfellene, og i omtrent samme grad til røntgen/billeddiagnostikk og henvisning/innleggelse, i henholdsvis 30 % og 27 % av tilfellene.

## Kvalitative resultater

Intervjumaterialet ga oss tre hovedtema. Disse gikk på tillitsforholdet mellom lege og pasient, tidsforløp før henvisning ble sendt videre til sekundærnivå, og sykehuslegenes tilfredshet med henvisningene. Utvalgte sitater er hentet fra de meningsbærende enhetene i analyseprosessen, og er tatt med som illustrasjoner. Sitatene kommer fra sykehusleger hvis ikke annet er oppgitt.

## Tillitsforholdet mellom fastlege og pasient

Flere av informantene vektlegger betydningen av at pasienten har et godt forhold til sin fastlege. De tenker seg at pasienten har en lavere terskel for å ta opp plager og bekymringer med en lege som de kjenner og har tillit til. Dette fremheves av informantene både i forhold til pasienter som kommer med udiagnostiserte plager, og i forhold til pasienter i oppfølgingsfasen etter en kreftdiagnose. To av informantene nevner korttidsvikarer og hyppige utskiftninger av fastleger som et problem for pasienten. De ser for seg at ustabile fastlegeforhold fører til høyere terskel for å søke hjelp. For primærlegen er det også viktig å kjenne pasienten for å vurdere alvorligheten av symptomene. Altså er det viktig at tilliten går begge veier, ikke bare fra pasient til lege men også fra lege til pasient.

*”Det viktigste her er at jeg kjenner denne pasienten over tid. Slik at når hun kom til meg og sa det hun sa, så tok jeg det veldig på alvor. Det var tydelig at her var det noe nytt.” (Fastlegen)*

*”Det viktigste er nok at pasienten og fastlegen har et personlig forhold, at de kjenner hverandre. Slik at når problemene oppstår så kan pasienten ringe til primærlegen og si at nå har jeg det problemet. Det er straks verre for de som ikke har noen spesiell kontakt med legen sin, eller der det skiftes leger hele tiden slik at de ikke har en fast de går til.”*

## Tidsforløpet – fra symptomdebut til henvisning

Når det gjelder pasientkasuistikkene er alle informantene fornøyd med tidsforløpet fra symptomdebut til henvisning. Informantene gir også uttrykk for at dette vanligvis pleier å være tilfredsstillende. Informanten som jobber med barn understreker at barn med kreftmistanke kommer raskt inn til utredning, og at de ofte får henvisninger hvor kreftmistanken ligger i bakhodet, men hvor det viser seg å ikke være kreft. To av informantene har erfaring med at pasientgruppen de jobber med kan gå lenge med sine symptomer. Den ene informanten mener å se dette oftere i nordnorske områder hvor der er store geografiske avstander, dårlig legedekning og mange vikarer. Hun mener disse faktorene fører til høyere terskel for å søke lege, samt at legen ikke kjenner pasienten godt nok til å gjøre en optimal vurdering. Den andre informanten har tanker om at forsinkelser kan skyldes vage symptomer slik at pasienten venter for lenge før han søker lege.

*”Det er vel ofte slik at om en person har litt vondt i halsen eller er litt hes, er ikke det første han tenker på at han har fått kreft. Vi ser av og til at de har fått antibiotikakur mot vondt i halsen fordi man har trodd at de har vært forkjølet og litt hes. Men så har det ikke gått over, og da bruker de å komme ganske fort.”*

*”De vanlige krefttilfellene er såpass akutte at det er veldig sjeldent at det er så lang latenstid. Hvis man ser tilbake så har ikke symptomene vart så lenge, kanskje en måneds tid. Så det er sjeldent at vi synes pasientene kommer for seint. Vi får mange henvisninger der kreftdiagnosen ligger i bakhodet men hvor det ikke er kreft.”*

*”Hvis en pasient kommer på kontoret med et symptom så iverksetter man jo ikke alltid maksimal utredning med tanke på at det verste kan være*

*tilfelle. Pasienten kan være i god allmenntilstand, og det blir en vurderingssak der og da som legen må gjøre, hvilke råd han vil gi pasienten med hensyn til behandling eller videre undersøkelser. Vi har det problemet med "doctors delay", at selve utredningstiden fra symptomer melder seg, til diagnosen er stilt, den kan pasienter av og til føle blir for lang. Av og til kan det jo også være det at symptomene er såpass vage at pasienten selv ikke gjør så stor notis av det. Slik at forsinkelsen kan jo være både på pasient og på legesiden."*

*"Vi ser veldig ofte her at pasienten har gått lang tid med sine symptomer uten at man har reagert på det. Det er et nordnorsk problem, helt klart. Det er mange pasienter som ikke er vant til å gå til lege i det hele tatt, og spesielt ikke for å få utført en gynekologisk undersøkelse. Også er det mange ganger store geografiske avstander, og det er vanskelig å få kontakt med lege eller det er vikarleger eller utenlandske leger eller et eller annet som gjør at det er høyere terskel for å søke hjelp."*

### **Tilfredshet ved henvisningen**

Når det gjelder henvisningen er alle sykehuslegene fornøyd med den faglige vurderingen som er gjort av primærlegen. I alle de aktuelle pasientkasuistikken som ble brukt var det i følge dem gjort helt relevant utredning og vurderinger i forkant av henvisningen. De er, som tidligere nevnt, også fornøyd med tidsperspektivet fra pasienten kontaktet legen med sine kreftsuspekterte plager, til pasienten ble henvist videre for utredning på spesialistnivå. Imidlertid hadde to av informantene kommentarer til hva de ofte savner i henvisningen, noe som også gjaldt henvisningen i pasientkasuistikken. De peker på at det ofte mangler tilfredsstillende bakgrunnsopplysninger om pasienten som henvises. De ønsker mer utfyllende opplysninger, slik at de får vite noe om hvem pasienten er, og lettere kan planlegge innleggelsen.

*”Henvisningen synes jeg er grei sånn som den er der. Pasienten hadde et problem hvor man ikke hadde funnet en løsning, og som førte til at han ble henvist”*

*”Vi vet ikke mer om pasienten enn at hun har fått en kreftdiagnose (histologisvar etter biopsi hos fastlegen, red. anm.). Vi vet ingenting om familie og jobbsituasjon, som kan være viktig å vite. Er hun gift eller ikke, har hun barn eller ikke, har hun noen i nær familie som kan ta hånd om henne og barna når hun er nyoperert? Det er også meget vanskelig for oss hvis vi ikke får god informasjon om bakgrunnsykdommer. Nå må vi liksom begynne fra begynnelsen her.”*

*”Hva vi vil vite i henvisningen er jo først og fremst hva slags pasient dette er. Vi trenger å vite om pasienten er frisk, klar og orientert, har rusproblemer eller sosiale problemer som vanskeliggjør for eksempel strålebehandling.”*

Begge sistnevnte informanter har erfaring med at ufullstendige opplysninger kan gjøre det vanskelig å planlegge innleggelsen. De peker på at det i enkelte tilfeller fører til at prosessen på sykehuset forlenges.

## Diskusjon

### Styrker og svakheter ved metoden

Alle dataene fra pilotstudien er registrert av en enkelt lege. Det kan være en fordel ved at subjektive faktorer i mindre grad påvirker resultatet. Samtidig er det usikkert om en annen lege ville vurdert symptomer og kreftsannsynlighet annerledes, og dermed fått andre resultater. Det er en svakhet med skjemaene at det for hver konsultasjon kunne krysses av for flere symptomer, men bare gjøres tiltaksregistrering for ett symptom. Dette er tilfellet i 3 av konsultasjonene, og i disse tilfellene vet man ikke hvilket symptom som har ført til tiltaket. I veiledningen for studien er det bedt om at "Annet kreftsuspekt" spesifiseres nærmere. Noen av disse symptomene ble relatert til organ, men ingen ble nærmere kommentert. Det er merkelig at legen ikke har registrert noen fordøyelsessymptomer. Det kan delvis skyldes at presiseringen forutsetter en viss varighet av symptomet, men vi kan gi noen fullgod forklaring på dette. Vi synes ikke at dette svekker tilliten til de registreringer som er gjort.

Manglende prospektive data på krefttilfeller, gjør tallmaterialet ufullstendig. Dette skyldes som nevnt at oppfølgingen av studien ikke ble gjennomført. Betydningen av tallmaterialet blir derfor mindre interessant enn hvis vi kunne relatert symptomer og funn til krefttilfeller. Deler av tallmaterialet består av få registreringer, og vi tar forbehold om at det er vanskelig å trekke konklusjoner fra et så lite materiale. Et større konsultasjonsmateriale kunne gitt et mer riktig bilde av symptomfordeling og – hyppighet.

Ved bruk av intervju som metode fremkommer informantens subjektive oppfatning av temaene, og vår hensikt er å fortolke de fenomener som framkommer (5). Som studenter med liten egen jobberfaring, hadde vi på forhånd få forventninger til hva vi ville finne. Vi erfarte at metoden ga et



godt innblikk i informantenes tanker rundt temaet, og at det å kombinere kvantitativ og kvalitativ metode gav data som utfylte hverandre. Utvalget var lite, men strategisk (6) i det alle legene hadde erfaring med kreftpasienter. Vi vektla en åpen og fleksibel intervjuform, og vårt inntrykk er at denne formen fungerte godt for å få frem generelle betraktninger. Imidlertid erfarte vi at enkelte av informanter fikk styre samtalen i for stor grad. Dette resulterte i at vi fikk mindre relevant materiale enn ønsket, fordi de fjernet seg fra tema. Vi mener at metoden var egnet til å utforske temaet, men at utvalget av informanter kunne vært større. Vi ser at vi med et større utvalg kunne vært bedre i stand til å få fram nye og relevante opplysninger.

### **Pasientmaterialet**

Pasientmaterialet besto av 65 % kvinner og 35 % menn. Andelen kvinner var større enn andelen menn i alle aldersgrupper over 14 år, og størst i den eldste aldersgruppa. Pasientmaterialet er således sammenliknbart med det man fant i en større undersøkelse utført av Statistisk sentralbyrå (SSB) der man innhentet data fra 82 allmennleger i perioden 2004 – 2007 (7). Her fant man at flere kvinner enn menn kontaktet fastlegen etter 14 års alder. Særlig var andelen kvinner i alderen 25 – 44 år stor, noe som kan sees i sammenheng med typiske kvinnesykdommer som underlivsplager, svangerskap og familieplanlegging. Også her var kjønnsforskjellen størst i den eldste aldersgruppen. Dette ble satt i sammenheng med at kvinner lever lengre enn menn og derfor utgjør en større andel av kontaktene. Hovedtyngden av pasienter i SSBs undersøkelse var i aldersgruppen 25 – 65 år. I vårt materiale med andre aldersinndelinger lå hovedtyngden i aldersgruppen 30 – 74 år. De 158 pasientkonsultasjonene vi konsentrerer analysen om i vår oppgave representerer på bakgrunn av sine kreftsuspekterte symptomer et selektert pasientutvalg. Det totale pasientmaterialet ser ut til å være sammenliknbart med pasientgrunnet i en norsk allmennpraksis.

## Symptomer og kreftmistanke

I pilotstudien ble det registrert 161 kreftsuspekterte symptomer fordelt på 158 pasienter. Bare 34 av disse symptomene ble vurdert til å utgjøre en kreftisiko (tab 8). Noe av forklaringen vil være at kreftsuspekterte symptomer også representerer symptomer som man finner ved en rekke ikke – maligne tilstander. Symptomene kan også representere alvorlige, men likevel benigne tilstander. En stor andel av symptomene i pilotstudien fant man hos pasientene under 30 år, og hoste/heshet av ukjent årsak sto for nær halvparten av symptomene i denne gruppen (tab 4). Dette er ikke et typisk kreftsuspekt symptom i denne aldersgruppen. Kreftinsidensen hos norske barn under 14 år var i 2006 i underkant av 150 tilfeller i året (8), og de vanligste kreftformene hos barn er leukemi og kreft i sentralnervesystemet. I aldersgruppen 15 – 29 år er kreft i sentralnervesystemet hyppigst, etterfulgt av testiscancer hos gutter og melanomer hos jenter. Således er kul/knute/klump og føflekk mer relevant som kreftsuspekt symptom i disse aldersgruppene. Som vi ser av tabell 9 har legen som forventet vurdert kreft sannsynligheten som liten for disse pasientene.

I følge nasjonalt kreftregister oppstår 98 % av krefttilfellene etter fylte 30 år (8). Majoriteten av nye krefttilfeller, 85 % hos menn og 75 % hos kvinner, oppstår hos personer over 55 år. Til tross for økende kreftinsidens med økende alder, er det i vårt tallmateriale liten forskjell i symptomhyppighet i de tre eldste aldersgruppene (tab 3). Vi hadde forventet en stigning i andelen kreftsuspekterte symptomer med økende alder. Det er vanskelig å si om det vi finner her gjelder generelt, eller om det er spesielt for denne undersøkelsen. Man kan også spørre seg om samsvaret mellom kreftsuspekterte symptomer og kreftutvikling er mindre enn man tror. Dersom det er et generelt fenomen at symptompresentasjonen er så jevnt fordelt hos voksne pasienter, er det mulig at diagnostikken vanskeliggjøres

i enkelte aldersgrupper. Når de eldste presentere symptomer er det likevel tenkelig at man er særlig oppmerksom, ettersom de har en høyere pre-test sannsynlighet for kreftsykdom .

I pilotstudien var det omtrent samme hyppighet av kreftsuspekte symptomer hos kvinner og menn. Det var totalt registrert flest kreftsuspekte symptomer hos kvinner, og dette sammenfalt med at flere kvinner konsulterte lege (tab 2, tab 1). Insidensen av kreft i Norge er litt høyere hos menn enn hos kvinner (8). De hyppigste kreftformer er hos menn lokalisert i prostata, og hos kvinner i bryst. Disse kreftformene etterfølges hos begge kjønn av kolorektal kreft og kreft i lunge/trachea. Hoste/heshet av uklar årsak var det hyppigste registrerte symptom i vårt materiale (tab 2). Dette kan sees i sammenheng med at luftveisinfeksjoner er den vanligste kontaktårsaken i allmennpraksis (8), selv om forklaringen "av uklar årsak" tok sikte på å begrense registreringene av disse. Videre er deler av tallmaterialet nødvendigvis samlet inn over en lang vintersesong i Troms. Nest hyppigst registrert symptom var føflekk. I studiens veiledning er det presisert at symptomer skal registreres uansett om de peker i retning av kreft eller ikke. For hoste/heshet gjelder i tillegg at symptomet skal ha hatt en varighet utover en vanlig luftveisinfeksjon. Videre gjelder for føflekk at den skal ha forandringer i farge eller størrelse (vedlegg 2). I den tidligere studien med registrering av kreftsuspekte symptomer, var disse symptomene betydelig lavere representert (2). Det kan derfor virke som at symptomene hoste/heshet og føflekk er vurdert for lite strengt i pilotstudien. I forhold til hoste/heshet forsterkes denne mistanken når vi ser at symptomvarigheten i all hovedsak var under 1 uke.

Det er få registreringer av unormal blødning hos kvinner, og kjønnsforskjellen er liten (tab 2). Endringer i blødningsmønster er ikke uvanlig hos fertile kvinner, og postmenopausal blødning skyldes kreft i cervix eller uterus i 10-15 % av tilfellene (9). Tidligere har man sett at en

høyere andel kvinner enn menn konsulterer på grunn av unormal blødning (2), og det er nok rimelig å anta at disse tallene er mer representative. Høy forekomst av kul/knute/klump er som forventet i forhold til kjønn. Vi ser en større hyppighet av dette symptomet hos kvinner, og vi vil anta at en del av dette representerer kuler i bryst (tab 2). Kuler i bryst hos kvinner er ikke uvanlig (10), og som tidligere nevnt er brystkreft den hyppigste kreftformen hos kvinner.

Ingen av konsultasjonene har registrert symptomene fordøyelsesproblem eller uvanlig vekttap (tab 2). kolorektal kreft er den nest hyppigste kreftformen i Norge. Tall fra 2006 viser en insidens på 3453 nye tilfeller av kolorektal kreft, og det er bare kreft i prostata som har høyere insidens med 3815 (8). Manglende registreringer av fordøyelsesproblemer kan skyldes tilfeldigheter eller et lite materiale. Vi stiller likevel spørsmål ved om symptomet kan være tolket for strengt. I den tidligere studien fant man at også fordøyelsesproblemer hadde hyppigere registreringer (2).

### **Tillitsforhold, vurdering og videre tiltak**

En forutsetning for at en symptomgivende kreftsykdom diagnostiseres, er at pasienten tar opp sine plager med legen. Tidligere studier har pekt på at kontinuitet på legesiden gir en større pasienttilfredshet (12). Det er også gjort studier som viser at pasienter som har tillit til legen sin og bruker denne fast, er mest fornøyde med pasientkonsultasjonen (13). I forhold til dette vektlegger flere av informantene tillitsforholdet mellom pasient og fastlege som viktig. Informantene nevner også mangel på stabile fastleger, og store geografiske avstander som en faktor som kunne føre til sen diagnostisering. Betydningen av å kjenne pasienten understøttes av fastlegen, som nevner dette i tilknytning til å reagere på kreftsuspekterte symptomer.

Hvis vi ser på fastlegens videre tiltak i vårt materiale, finner vi at bruk av rtg/billeddiagnostikk og henvisning/innleggelse økte med økende alder (tab 12). Særlig fikk pasientene over 55 år denne typen utredning. I så måte kan vi si at symptomer i aldersgruppen som har størst sannsynlighet for kreftutvikling, tas på alvor. Vi ser også at der kreftsannsynligheten var vurdert som høy, var rtg/billeddiagnostikk betydelig mere anvendt (tab 14).

Mye av fastlegens utfordring består i å skille ut pasienter med alvorlig sykdom fra de med ufarlig sykdom. Vårt inntrykk er at informantene hadde forståelse for at allmennlegene må forholde seg til mange pasienter med symptomer av ulik alvorlighetsgrad. Informantene som jobbet på sykehuset var godt fornøyd med primærlegenes faglige vurderinger, utredningstiltak og henvisningspraksis. Den misnøyen som framkom i forhold til henvisningene gikk mest på manglende bakgrunnsopplysninger om pasienten. Man kan tenke seg at dette skyldes fastlegens hektiske hverdag, men også en misoppfatning av hva spesialistene anser som relevante opplysninger.

En engelsk studie har sett på assosiasjonen mellom alarmsymptomer presentert hos primærlegen og senere kreftdiagnose (14). De fant en signifikant økt risiko for å bli diagnostisert med kreft 3–6 måneder etter presentasjon av alarmsymptomene hematuri, hemoptyse, dysfagi og rektal blødning. Over en tre års periode var likelihood ratio høyest for øsofageal kreft etter dysfagi, og lavest for kolorektal kreft etter rektal blødning. Samlet sett var assosiasjonen mellom alarm symptomer og senere kreftdiagnose størst hos menn, og personer over 65 år.

I hovedstudien som pilotstudien var knyttet til ble det omtrentlig diagnostisert en pasient med senere kreft per 150 – 200 registrerte konsultasjoner (personlig meddelelse fra Holtedahl). Med utgangspunkt i

dette anslaget ville konsultasjonsmaterialet i pilotstudien gitt 9 - 12 pasienter med en senere kreftdiagnose. Prospektive data kunne kanskje gitt opplysninger om symptomenes relasjon til senere krefttype, alder og kjønn.

## Konklusjon

Hyppigheten av kreftsuspekterte symptomer var ikke helt som forventet. Vi hadde forventet en klar økning av symptomer med økende alder, men symptomene var nokså likt fordelt mellom aldersgruppene. Det var registrert en forholdsvis stor andel symptomer hos barn, uten at dette gav grunnlag for kreftmistanke. Symptomene hoste/heshet og føflekk var registrert hyppigst, men dette kan skyldes at symptomene er vurdert for lite strengt. Fordøyelsesproblemer hadde overraskende ingen registreringer. Vi tror at en del av de uventede funnene skyldes tilfeldigheter og et lite tallmateriale. Sykehuslegene som ble intervjuet ga uttrykk for at allmennlegenes faglige vurderinger før henvisning var god. Når det ble nevnt forsinkelser i den diagnostiske prosessen, ble disse satt i sammenheng med vage symptomer, dårlig legedekning og store geografiske avstander. Flere informanter vektla tillitsforholdet mellom pasient og primærlege som viktig for at pasienten presenterer sine plager. Det er vanskelig å si noe om symptomenes assosiasjon til kreft i denne undersøkelsen. Til det trengs et større materiale og prospektive data over krefttilfeller.

## Referanser:

1. Møller B, Aagnes B. Predictions of cancer incidence by health region 2010 – 2020. In: Cancer in Norway 2005 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway, Oslo: Cancer Registry of Norway, 2006. Special issue: 1-5 <http://www.kreftregisteret.no/Global/Publikasjoner%20og%20rapporter/cin2005.pdf>
2. Holtedahl K. Almenpraktikerens registrering av kreftfaesignaler hos pasienter. Kreftdiagnostikk i almenpraksis III, Tidsskrift for Den norske Lægeforening 1984; 104: 799–800
3. Kreftforeningen – Forebygging – kjenn din kropp. [http://www.kreftforeningen.no/portal/page?\\_pageid=35,3018&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&navigation1\\_parentItemId=2021&navigation2\\_parentItemId=2021&navigation2\\_selectedItemId=2054&\\_piref35\\_3023\\_35\\_3018\\_3018.artSectionId=48&\\_piref35\\_3023\\_35\\_3018\\_3018.articleId=1961](http://www.kreftforeningen.no/portal/page?_pageid=35,3018&_dad=portal&_schema=PORTAL&navigation1_parentItemId=2021&navigation2_parentItemId=2021&navigation2_selectedItemId=2054&_piref35_3023_35_3018_3018.artSectionId=48&_piref35_3023_35_3018_3018.articleId=1961) (08.09.08)
4. Holtedahl K A. Kreftdiagnostikk i almenpraksis I-VII. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 1980: 1219-21, 1224-26. 1984: 799-0, 800-3, 804-6, 806-8, 808-12.
5. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskrift for Den norske lægeforening 2002; 122: 2468-72
6. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. Oslo: Universitetsforlaget 2006. 3. Opplag
7. Brøyn N, Lunde E.S, Kvalstad I. SEDA – sentrale data fra allmennlegetjenesten 2004 – 2006. Ny statistikk fra allmennlegetjenesten?: 1. 50-6 [http://www.ssb.no/emner/03/90/rapp\\_200715/rapp\\_200715.pdf](http://www.ssb.no/emner/03/90/rapp_200715/rapp_200715.pdf) (20.06.08)
8. Cancer Registry of Norway. Cancer in Norway 2006 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway, Oslo: Cancer Registry of Norway, 2007: 12-25
9. Bergsjø P, Maltau J M, Molne K et al. Obstetrikk og gynekologi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2004: 276-80
10. Santen RJ, Mansel R. Benign breast disorders. N Engl J Med 2005; 353: 275-85. <http://content.nejm.org/cgi/content/full/353/3/275> (09.09.08)
11. Hundskar S (red). Allmenntmedisin. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2003: 32
12. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. BMJ 1992 May 16; 304: 1287-90

13. Baker R, Mainous A, Gray D, et al. Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patients satisfaction with consultations with family doctors. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2003; 21: 27-32
14. Jones R, Latinovic R, Charlton J. Alarm symptoms in early diagnosis of cancer in primary care: cohort study using General Practice Research Database. *BMJ* 2007; 334: 1040 <http://www.bmj.com/cgi/content/full/334/7602/1040> (17.08.08)



Legens navn:

Legens titel, kontor, mobil:

Legens e-post:

Dato	SYMPTOMER OG ERBET		FOKAL SYMPTOM							TID							ORGANSYSTEM							TILTAK		Merknad										
	Legens klinisknotat	År/År	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	Legens notat	Merknad			
01			337	Kul / Sårer / klump	Pricking, normalt	Prick	Pricking, normalt	Prick	Pricking, normalt	Pricking, normalt	Prick	Pricking, normalt	Prick	Pricking, normalt	Prick	Pricking, normalt	Prick	Pricking, normalt	Prick	Pricking, normalt	Prick	Pricking, normalt	Prick	Pricking, normalt	Prick	Pricking, normalt	Prick	Pricking, normalt	Prick	Pricking, normalt	Prick	Pricking, normalt				
02																																				
03																																				
04																																				
05																																				
06																																				
07																																				
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				

# SYMPTOMER OG KREFT

## Veiledning ved utfylling



### A. Generelt:

Vi ber deg registrere *alle* pasientene som du har inn på kontoret fortløpende i løpet av 10 kontordager. Det er plass til 17 pasienter per skjema, én per horisontal linje. Det er ti ark med linjenummer 1-17, men med nytt arknummer for hver dag. *Har* du bare flere enn 17 pasienter samme dag. Vennligst kopier da arket uten nummerering og legg på dato og arknummer = arknummer på første skjema + 10. (Eksempel: P1 Dag 2 har du mer enn 17 pasienter. Arknummer blir da 2-10=12).

Skjema er stort sett selvforklarende. Presiseringer og eksempler er tatt med nedenfor.

For pasienter uten fokale og/eller generelle symptomer som er nevnt i skjema, skal den fødselsdato og kjønn registreres.

For pasienter med angitt fokale og/eller generelle symptomer må du i tillegg registrere det første som er notert på skjema. Du vil i løpet av en kontordag sannsynligvis registrere 1-5 pasienter med symptomer som nevnt i skjema. Navn av dem som peke i retning av kreft, men symptomet skal registreres uansett.

Det skal settes kriss der det er aktuelt. Kryssene kan kommeres ut eller presiseres til høyre på skjema der du synes det er viktig. Det vil som regel gjelde kryss i spørsmålspare nr 7, 23, 24, 25, 26, 29.

For spørsmål-parer nr 12-13 skal det kun settes ett kryss.  
Det samme gjelder spørsmål-parer 27-28.

For andre spørsmål-grupper er flere kryss mulig.

Spør. 11, Symptons varighet angis med fedt i antall uker. Se notene under pkt 11.

Øverst på Ark 01 ber vi deg skrive lfie-post. Navn er kun nødvendig hvis en vikar fyller ut.

Merknader vil bli lest og skrevet inn på data. Alle andre data leses elektronisk, derfor er nøyaktig utfylling innenfor riktig rute viktig.

Ikke slik:

Ved feil avkryssing kan du stykke ut ved å mørklegge (skrivere/skrive over) hele ruten.

### B. Punkt for punkt:

**DATO:** Registreringsdato, skrives som DDMMÅÅ. (Eksempel: 17. juni 2006 skrives som 170606)

#### PASIENTOPPLYSNINGER:

**KJØNN:** Angis med kryss.

**FØDSELSDATO** (Angis som DDMMÅÅ)

Barn og voksne registreres. Ikke registrer pasienter eldre enn 99 år, dvs født før 1907.

**For pasienter uten opplistede symptomer trenger du ikke registrere mer enn dette.**

*Eksempler der det er naturlig kun å angi kjønn (kryss) og fødselsdato (ddmmåå):*

- pasient med luftveisinfeksjon siste par uker (fordårlig hoste, ikke uvanlig varighet)
- kvinne som kommer for rutine-GU med cervix- cyt som er kontroll av tidligere usikker prøve.
- pasient med vend skulder eller myalgisk nakke eller akutt skade av rygg eller ekstremitet
- mann, 69 år med økende tødens til rektal og økende urinutsl, uten benatur

#### 1-10: SYMPTOMER

De fleste symptomene som er angitt var tidligere kjent som forstyrrelser ved kreft og refererer bl. a. til Holtedahl K. *Diagnosis of Cancer in General Practice, 1991*. Det markeres med kriss for en eller flere symptomer som pasienten angir. Vi skiller mellom fokale symptomer (avgrenset kroppskolasjon) og generelle symptomer. Sett kryss uansett om symptomet virker kreftsuspekt eller ikke. Symptombeskrivelsen bør dekke av den litt mer detaljerte beskrivelsen nedenfor, det er altså ikke nok med baste som ledd i en akutt luftveisinfeksjon eller hvilken som helst blødning eller føflekk.

##### 1-7: FOKALT SYMPTOM

1. Sår som ikke groer. Anses selvforklarende
2. Kul/fenule/klump = knuter og klumper hvor som helst på legemet, spesielt i brystene, og selv om de er smertefrie.
3. Blødning, unormal = unormal blødninger fra naturlige legemsåpninger
4. Føflekk = forandringer i farge eller størrelse på vorter eller føflekker
5. Fordøyelsesproblemer som varer = vansker med å svelge, dårlig fordøyelse eller uregelmessigheter ved avføringen, hvis det ikke går bort over.
6. Hvesefølelse av uklar årsak = hveset eller hoste uten tydelig årsak og med varighet utover en vanlig luftveisinfeksjon
7. Annet kreftsuspekt = annet ikke angitt symptom som du tenker kan være kreftassosiert. Symptomet bes spesifisert i Merknadsbrikken helt til høyre på arket.

#### 8-10: GENERELT SYMPTOM

8. Ufrivillig vekttap = vekttap uten forklarlig grunn så som frivillig slanking
9. Uvanlig tretthet = tretthet som har vedvart uten tydelig årsak.
10. Uvanlig smerte = smerter som har vedvart uten tydelig årsak.

*Eksempler der det er naturlig å angi symptom og ytterligere kryss og tidsangivelse:*

- barn med kul på halsen, selv om du tenker at kreft er lite sannsynlig
- pasient med diare som har vart uvanlig lenge, eller et par kortere episoder med obstipasjon hos pasient som tidligere ikke har hatt dette
- pasient som sover 1-2 timer lenger enn vanlig
- mann med ryggsmertesom ikke er blitt bedre etter ukers sykmelding og behandling

#### 11-13: TIDSDIMENSJONEN

11. Symptomets varighet : angis for lengstvarende symptom i *antall uker*. For føflekker o.a. symptomer som har vært til stede i måneds- eller årevis, angi varighet fra endring som førte til legekonsultasjon.
- Ensfrede tall som for eksempel 3 uker skrives i høyre kolonne, tosifrede som for eksempel 20 uker med ett tall i hver kolonne under spm. 11.
- Mindre enn 1 uke angis som 0, mer enn 52 uker angis som 99.
- Hvis kryss for flere symptomer, angi i Merknad hvilket symptom varighet er angitt for.
- 12-13: Sett kryss i *én av disse to rutene* ettersom konsultasjonen er første konsultasjon eller ikke første konsultasjon for det viktigste aktuelle problemet.

#### 14-22: ORGANSYSTEM

**Refererer til Kreftregisterets klassifisering.**

*Kryss av det eller de organsystemer som symptom(er) eller funn kan tyde på sykdom i (ikke nødvendigvis kreft).*

14. Munnhule / Pharynx
15. Luftveier
16. GI - traktus = Gastrointestinaltractus
17. Bryst
18. Genitalia
19. Urinveier
20. Hud
21. CNS / Øye = Sentralnervesystem eller Øye
22. Blod / Lymfe = Bloddannende organer og lymfatisk vev. "Andre" lokalisasjoner som ikke dekkes av listen kan også avkrysses her, spesifiser i så fall under Merknad (f.eks: "Thyreoida", "Beinvev")

#### 23-25: TILTAK

**Gjelder alle typer supplerende undersøkelser rekvirert i aktuelle konsultasjon. Gjerne spesifisering i Merknadsrubrikk til høyre på arket**

23. Rekvirering av alle typer laboratorieprøver analysert i egen praksis og/eller sendeprøve til eksternt laboratorium: blod, mikrobiologisk materiale, cytologisk eller histologisk materiale.

24. Henvisning til røntgen eller annen billediagnostisk utredning.

25. Henvisning til spesialist og/eller innleggelse i sykehus.

#### 26: KOMORBIDITET

26. Gjelder annen, tidligere påvist betydelig somatisk eller psykiatrisk sykdom (enn eventuell nyoppstått sykdom mistenkt i aktuelle konsultasjon) som affiserer livskvaliteten og er behandlet medikamentelt eller på annen måte i løpet av siste år. Presiser helst i Merknadskolonnen til høyre på arket (f.eks "kols", "iskemisk hjertesykdom", "langvarige ryggsmertes" eller lignende).

#### 27-28: KREFTMISTANKE

Vekker aktuelle konsultasjon mistanke om at pasienten kan ha kreftsykdom? Bestem deg for om du vil krysse av for

ENTEN

27. Kreft lite sannsynlig etter legens faglige vurdering

ELLER

28. Kreft er en mulighet som bør følges opp.

#### 29: FORTID

29. Tidligere diagnostisert kreft. Sett kryss *hvis* pasienten har fått kreftsykdom diagnostisert tidligere. Pasienten kan anses helbredet, eller leve med stabil eller med progredierende kreftsykdom. Helst spesifisering av dette og av kreftform i Merknadsrubrikk. Ikke kryss av for basocellulært karsinom eller cancer in situ.

#### MERKNADER

Eventuelle merknader og/eller presiseringer skrives her. Vi ønsker særlig at du skal være oppmerksom på punktene; 7, 23, 24, 25, 26 og 29. I tillegg kan du for eksempel gi kort presisering av symptom, organsystem eller av hva som anses viktigst av flere kryss. Merknadskolonnen til høyre leses ikke elektronisk og kan utfylles over flere ubrukte linjer hvis det markeres tydelig hvilken pasient det gjelder.

**Lykke til med utfyllingen! På forhånd tusen takk for innsats!**

*p.s.* Dersom det blir vanskelig å fullføre ti registreringsdager, så send det du klarer!

**Knut Holtedahl**

Prosjektleder

**Tommy Thorsen**

Stipendiat

## Tabeller

### Konsultasjonsfrekvens

**Tabell 1: Konsultasjonsfrekvens etter kjønn og alder**

Alder	Kvinner		Menn		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
<b>0 - 14</b>	94	8	100	15	194	11
<b>15 – 29</b>	201	17	111	17	312	17
<b>30 - 54</b>	518	43	262	40	780	42
<b>55 - 74</b>	263	22	151	23	414	23
<b>75 +</b>	117	10	25	4	142	8
<b>Total</b>	1193	100	649	100	1842	100

## Symptomfordeling

**Tabell 2: Symptomer relatert til kjønn**

<b>Symptomer</b>	<b>Kvinner</b>	<b>Menn</b>	<b>Totalt</b>
<b>Sår som ikke gror</b>	1	2	3
<b>Kul/knute/klump</b>	17	9	26
<b>Blødning, unormal</b>	4	2	6
<b>Føflekk</b>	23	12	35
<b>Fordøyelsesproblem som varer</b>	-	-	-
<b>Hoste/heshet av uklar årsak</b>	46	27	73
<b>Annet kreftsuspekt</b>	11	3	14
<b>Ufrivillig vekttap</b>	-	-	-
<b>Uvanlig tretthet</b>	-	1	1
<b>Uvanlige smerter</b>	1	2	3
<b>Total</b>	103	58	161

**Tabell 3: Hyppighet av kreftsuspekte symptomer etter alder**

Alder	0 – 14	15 - 29	30 - 54	55 - 74	75 +	Total
Konsultasjoner	194	312	780	414	142	1842
Symptomer	24	22	64	40	11	161
Andel med sympt. %	12	7	8	10	8	9

**Tabell 4: Symptomfordeling etter type symptom og alder.**

Symptomer	0-14 år	15-29 år	30-54 år	55-74 år	75 år +	Total	
						n	%
Sår som ikke gror	1	-	1	1	-	3	2
Kul/knute/klump	4	3	13	3	3	26	16
Blødning, unormal	-	2	2	2	-	6	4
Føflekk	5	7	13	8	2	35	22
Hoste/heshet av uklar årsak	14	8	27	20	4	73	45
Annet kreftsuspekt	-	1	7	5	1	14	9
Uvanlig tretthet	-	-	-	-	1	1	0
Uvanlige smerter	-	1	1	1	-	3	2
<b>Total</b>	24	22	64	40	11	161	100

## Symptomvarighet

**Tabell 5: Symptomvarighet etter kjønn**

Uker	Kvinner		Menn		Total	
	n	%	n	%	n	%
<1	62	62	43	74	105	67
1-9	-	-	-	-	-	-
10-19	21	21	3	5	24	15
20-49	6	6	4	7	10	6
52+	11	11	8	14	19	12
<b>Total</b>	100	100	58	100	158	100

Kji-kvadrat test er utført for symptomer med varighet < 1 uke, og alle symptomer med varighet > 1 uke hvor disse ble samlet i en gruppe. Forskjellen mellom kjønnene i symptomvarighet er ikke statistisk signifikant, (p>0,05).

**Tabell 6: Symptomvarighet etter alder**

Uker	0–14 år	15–29 år	30-54 år	55-74 år	15 år +
< 1	22	10	39	26	8
1-9	-	-	-	-	-
10-19	2	5	10	6	1
20-49	-	4	2	4	-
52+	-	3	11	3	2
<b>Total n (%)</b>	24 (15)	22 (14)	62 (39)	39 (25)	11 (7)

**Tabell 7: Symptomvarighet etter symptom**

<b>Uker</b>	<b>&lt; 1</b>	<b>1 - 9</b>	<b>10 - 19</b>	<b>20 - 49</b>	<b>52+</b>
<b>Sår som ikke gror</b>	2	-	-	-	1
<b>Kul/knute/klump</b>	11	-	7	3	5
<b>Blødning, unormal</b>	3	-	-	2	1
<b>Føflekk</b>	12	-	10	5	8
<b>Hoste/heshet av uklar årsak</b>	67	-	4	-	2
<b>Annet kreftsuspekt</b>	10	-	2	-	2
<b>Uvanlig tretthet</b>	1	-	-	-	-
<b>Uvanlige smerter</b>	-	-	2	1	-



## Vurdering av kreftsannsynlighet

**Tabell 8: Kreftsannsynlighet relatert til kjønn.**

	Kvinne		Mann	
	n	%	n	%
<b>Kreft lite sannsynlig</b>	71	75	43	81
<b>Kreft mulig – bør følges opp</b>	24	25	10	19
<b>Total</b>	95	100	53	100

Kji-kvadrat-test er utført for kreft sannsynlig og kreft mulig-bør følges opp. Forskjellen mellom kjønnene er ikke statistisk signifikant ( $p > 0,05$ ).

**Tabell 9: Vurdert kreftsannsynlighet etter alder**

	0-14 år	15-29 år	30-54 år	55-74 år	75 år +	Total
<b>Kreft lite sannsynlig</b>	23	21	42	24	4	114
<b>Kreft mulig – bør følges opp</b>	-	-	16	13	5	34

**Tabell 10: Kreftsannsynlighet relatert til symptomer**

	Kreftsannsynlighet vurdert	Kreft mulig – bør følges opp	Kreft mulig / antall vurdert
Sår som ikke gror	3	1	33 %
Kul/knute/klump	26	8	31 %
Blødning, unormal	6	2	33 %
Føflekk	35	5	14 %
Fordøyelsesproblem som varer	0	0	-
Hoste/heshet av uklar årsak	73	11	15 %
Annet kreftsuspekt	14	8	57 %
Ufrivillig vekttap	0	0	-
Uvanlig tretthet	1	0	0 %
Uvanlige smerter	3	2	67 %
<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>37</b>	<b>23 %</b>

## Tiltak

**Tabell 11: Tiltak relatert til kjønn**

	<b>Kvinner</b>	<b>Menn</b>	<b>Total</b>
<b>Lab.prøver</b>	48	27	75
<b>Rtg/billediagnostikk</b>	10	3	13
<b>Henvising/innleggelse</b>	21	10	31
<b>Total</b>	79	40	119

**Tabell 12: Tiltak relatert til aldersgrupper**

	<b>0-14 år</b>	<b>15-29 år</b>	<b>30-54 år</b>	<b>55-74 år</b>	<b>75år +</b>
<b>Lab.prøver</b>	13	13	27	18	4
<b>Rtg/billediagnostikk</b>	-	-	4	7	2
<b>Henvising/innleggelse</b>	4	6	12	7	2
<b>Totalt</b>	17	19	43	32	8

**Tabell 13: Tiltak relatert til symptomer**

	<b>Lab</b>	<b>Rtg/billedd.</b>	<b>Henvi­sn./innl.</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sår som ikke gror</b>	-	-	2	2	2
<b>Kul/knute/klump</b>	4	3	17	24	20
<b>Blødning, unormal</b>	4	1	2	7	6
<b>Føflekk</b>	11	-	6	17	14
<b>Fordøyelsesproblem som varer</b>	-	-	-	-	-
<b>Hoste/heshet av uklar årsak</b>	47	7	3	57	47
<b>Annet kreftsuspekt</b>	9	2	2	13	11
<b>Ufrivillig vekttap</b>	-	-	-	-	-
<b>Uvanlig tretthet</b>	-	-	-	-	-
<b>Uvanlige smerter</b>	1	-	1	2	2

**Tabell 14: Tiltak relatert til kreftmistanke**

		<b>Lab prøver</b>	<b>Rtg/billeddiagnostikk</b>	<b>Henvisning/innleggelse</b>	<b>Total</b>
<b>Kreft lite sannsynlig</b>	<b>n</b>	57	2	20	79
	<b>%</b>	72	3	25	100
<b>Kreft mulig – bør følges</b>	<b>n</b>	16	11	10	37
	<b>%</b>	43	30	27	100