

Kræftpatienters forløb i sundhedsvæsenet

Den ringere overlevelse af kræftsygdomme i Danmark end i de lande, vi normalt sammenligner os med, har ført til kritiske overvejelser over vores sundhedsvæsenes indsats over for patienter med disse sygdomme. Et resultat blev kræftpakkerne med accelererede, planlagte udredningsforløb. Som det belyses i artiklerne i dette temanummer, er det overordentlig komplekst at tilrettelægge

rationelle forløb. Der har åbenbaret sig et stort behov for forskning til at understøtte udviklingen, hvilket formentlig også vil få indflydelse på sundhedsvæsenets organisation i forhold til andre lidelser.

God læselyst!

John Sahl Andersen

TEMA

Fra symptom til lægesøgning

Anette Fischer Pedersen & Rikke Sand Andersen

Undersøgelser har vist, at 20-30% af de patienter, som får stillet en kræftdiagnose, har ventet i tre måneder eller længere med at søge læge, efter at de oplevede det første symptom på deres sygdom [1]. Tiden fra første symptom til lægesøgning betegnes *patient delay*, og i forskningen inden for området har man især fokuseret på at identificere barrierer for lægesøgning og faktorer, der er associeret med langt *patient delay*.

Formålet med denne artikel er at præsentere nogle af de psykologiske og sociale faktorer, som er blevet identificeret som barrierer for lægesøgning. Endvidere vil anbefalinger til fremtidig forskning i lægesøgningsadfærd og betydningen af de identificerede barrierer for interventioner kort blive berørt.

PSYKOLOGISKE BARRIERER FOR LÆGESØGNING

En vigtig faktor for manglende lægesøgning efter opdagelsen af et symptom er manglende viden om, at symptomet kan være tegn på alvorlig sygdom [2]. Samtidig er det dokumenteret, at personer, som efter opdagelsen af et symptom overvejer alvorlig sygdom som f.eks. kræft, også kan have langt *patient delay* [2]. Adskillige psykologiske faktorer er blevet undersøgt som forklaring på *patient delay* hos denne gruppe. Blandt de hyppigst undersøgte faktorer er manglende social støtte, frygt for alvorlig sygdom og undgåelse som mestringsstrategi.

Manglende social støtte

Undersøgelser har vist, at det at fortælle andre om det opdagede symptom kan resultere i hurtig lægesøgning [1]. Forklaringen på dette kan være, at andre personers bekymringer motiverer personen med symptomet til at søge læge. Ved en systematisk gennemgang af den eksisterende litteratur på området har en entydig sammenhæng mellem forskellige indikatorer for social støtte, eksempelvis ægteskabelig status, oplevet social støtte og lægesøgning imidlertid ikke kunnet dokumenteres [2]. Effekten ser bl.a. ud til at være påvirket af kræfttypen, hvilket muligvis skyldes forskellig kønsfordeling ved forskellige kræfttyper kombineret med forskelle i mænds og kvinders brug af det sociale netværk. Hvor partneren ofte er mænds eneste fortrolige, gør kvinder brug af flere personer i netværket, herunder veninder og voksne børn [3]. Manglende statistisk kontrol for disse kønsforskelle i brugen af det sociale netværk kan sløre effekten af social støtte på lægesøgningsadfærd.

Frygt for alvorlig sygdom

Frygten for at være alvorligt syg medfører hos nogle personer udsættelse af lægebesøg, hvorimod det hos andre medfører hurtigt besøg hos lægen [2]. Det antages, at en afgørende faktor for, om sygdomsfrygten

STATUSARTIKEL

Forskningsenheden for
Almen Praksis, Aarhus
Universitet

bliver en barriere for eller en *trigger* af at søge læge er personens tillid til egne evner til at håndtere helbredstruslen, også kaldet *self-efficacy* [4]. Sygdomsfrygt kombineret med en høj grad af *self-efficacy* vil medføre, at personen vil forsøge at håndtere helbredstruslen f.eks. ved at søge lægehjælp, hvorimod sygdomsfrygt kombineret med en lav grad af *self-efficacy* vil få personen til at håndtere frygten i stedet for selve helbredstruslen. Dette kan ske ved hjælp af defensive forsvarsstrategier som f.eks. benægtelse eller fortrængning [4]. En anden faktor, som ser ud til at være forbundet med, om sygdomsfrygt bliver en barriere for eller en *trigger* af at søge læge, er det forventede udkomme af lægesøgningen. Således ser frygten for alvorlig sygdom (f.eks. lungekræft) ud til at kunne fremme lægesøgning, hvis lægesøgningen har til formål at reducere risikoen for sygdommen (f.eks. vejledning i ryggestop), og at kunne fungere som barriere for lægesøgningen, hvis denne indebærer risiko for påvisning af sygdommen (f.eks. henvisning til røntgenundersøgelse af lungerne) [5].

Undgåelse som mestringsstrategi

I forlængelse af ovenstående er undgåelse som mestringsstrategi en dokumenteret barriere for lægesøgning [6]. I litteraturen inddeles personer af og til i *monitors* og *blunters* [7]. Hvor *monitors* er optaget af sundhed og sygdom og gerne søger detaljeret information om symptomer og helbedsfremmende adfærd, stresses *blunters* derimod af informationer om sundhed og sygdom og reagerer på dette ved at aflede sig selv fra information eller bruge undgåelsesadfærd [7]. *Blunters* udviser bl.a. lavere grad af kom-

plians og deltager mindre i sundhedsfremmende aktiviteter som screeningsundersøgelser [7].

SOCIALE BARRIERER FOR LÆGESØGNING

Som nævnt tidligere fastslås det i flere undersøgelser, at manglende symptomerkendelse er den primære årsag til forsinket lægesøgning [2, 8]. En gennemgang af litteraturen på området viser imidlertid, at årsagerne til patienternes manglende symptomerkendelse ikke er entydigt dokumenteret. I enkelte studier er det beskrevet, at den manglende symptomerkendelse skyldes, at patienterne trivialiserede deres symptomer eller tillagde dem dagligdags hændelser [8]. I andre studier har man påpeget, at folk ikke erkender, at de har mulige symptomer på kræft, fordi de har adgang til en række fortolkninger af de kropslige forandringer, de oplever [9, 10]. Fortolkninger af kropsoplevelser er ofte indlejrede i en given sociokulturel kontekst [10], hvor faktorer som f.eks. køn og alder [9] har betydning for, hvordan kropslige forandringer opleves og tolkes. Eksempelvis vil en ældre kvinde eller en yngre gravid kvinde sandsynligvis tolke symptomer som træthed eller ændringer i appetitten på en anderledes måde end en yngre mand, som dyrker megen motion og har en forventning om at være i god form.

Sociale hensyn og sociale risici

En anden barriere for lægesøgning er forskellige former for sociale hensyn eller sociale risici forbundet med indtagelse af patientrollen. I en oversigtsartikel om brystkræftpatienter er det påvist, at kvinderne prioriterede familiens behov og de huslige pligter højere end deres egne behov og derfor udskød lægesøgning [11]. I andre studier har man påpeget, at konkurrerende hensyn såsom en partners eller en arbejdsgivers behov kan påvirke, hvornår folk går til læge [9, 12]. I litteraturen påpeges det også, at det at indtage sygerollen for nogen kan opfattes som en trussel mod deres sociale identitet, dvs. den position og rolle, de gerne vil indtage i familien, i vennekredsen og blandt kollegerne. Folk kan for eksempel være bange for at miste deres arbejde, deres partner eller mere generelt kontrollen over deres eget liv [11]. I et studie om lægesøgning blandt mænd med testikelkræft rapporterede flere mænd således, at det at være syg ikke var i overensstemmelse med deres maskuline selvforståelse [13]. Overordnet peger denne litteratur på, at det at indtage sygerollen ikke kun har fysiske konsekvenser, men i høj grad er en social begivenhed, og at det kan have betydning for lægesøgning.

Den alment praktiserende læge og sundhedsvæsenet

Forskning har også vist, at faktorer, der er relaterede

Langt fra alle symptomer, vi oplever, medfører et lægebesøg, og det ville have store konsekvenser for sundhedsvæsenet, hvis de gjorde. Hvornår er der tale om en relevant selektion, og hvornår er der tale om en egentlig barriere for lægesøgning?



til den alment praktiserende læge og sundhedsvæsnets net, kan påvirke tiden til lægesøgning. I studier har man påpeget, at lungekræftpatienter kan føle sig uværdige til behandling, særligt hvis de tilskriver deres kræftsygdom egne rygevaner. Andre studier viser, at folk ikke vil forstyrre deres alment praktiserende læge [14], at de er flove over at fortælle lægen om deres problemer eller er bange for, at han ikke vil tage dem alvorligt [11]. Dårlige erfaringer med lægen generelt har også vist sig at være en barriere for lægesøgning. I enkelte studier har man ligeledes påpeget, at faktorer relateret til organiseringen af sundhedsvæsnets net kan påvirke folks opfattelse af adgang til udredning og behandling [15, 16]. Nogle studier viser, at gatekeepersystemer kan skabe mistillid og utilfredshed hos de patienter, der ikke bliver henvist [17]. For nogle patienter kan det resultere i, at de tøver med at søge læge, hvis de tvivler på, om lægen vil reagere på deres henvendelse [16]. Det er også blevet vist, at overvejelser om lægesøgning påvirkes af relationsbevarende mekanismer, dvs. at folk overvejer, om deres beslutning om at søge læge kan kompromittere deres (kontinuerlige) relation til lægen [16].

FREMtidig FORSKNING

Anbefalinger til fremtidig forskning i *patient delay* er bl.a. større konsistens i definitioner og operationaliseringer af prædiktorer for *patient delay*, og at der i højere grad opnås indsigt i de sociale, samfundsmæssige og kulturelle mekanismer, der har indflydelse på, hvornår kropslige forandringer tolkes som symptomer, der bør udløse lægesøgning. Det retrospektive design er udbredt i undersøgelser af *patient delay*, men vi har brug for mere viden om, hvordan erindringen om intervallet fra første symptom til lægesøgning påvirkes af kræftdiagnosen, og hvordan skæringspunktet mellem et rimeligt og et for langt *patient delay* defineres [18].

INTERVENTIONER

I ovenstående præsentation har fokus været på at præsentere kendte barrierer for lægesøgning. I forbindelse med udvikling af interventioner er det dog centralt, at vi skelner mellem, hvad der er barrierer, som vi kan gøre noget ved, og hvad der er præmisser eller forudsætninger for, hvordan folk erfarer og tolker symptomer og træffer beslutninger om at søge læge. Øget viden om kræft vil sandsynligvis kunne reducere *patient delay* hos den gruppe af patienter, hvor manglende viden om symptomer på kræftsygdom er årsag til den forsinkede lægesøgning. Det er derimod mere tvivlsomt, om den gruppe af patienter, som faktisk havde tanker om kræftsygdom i *delay*-perioden, vil profitere af øget viden om kræft. Hos denne



FAKTABOKS

Tiden fra oplevelsen af et symptom til lægesøgning betegnes i litteraturen som *patient delay*.

20-30% af de patienter, som får stillet en kræftdiagnose, har et *patient delay* på mindst tre måneder.

Et langt *patient delay* kan være forårsaget af manglende viden om, at symptomet kan være udtryk for malign sygdom.

Et langt *patient delay* kan også være forårsaget af et samspil af psykologiske og sociale faktorer som f.eks. manglende social støtte, frygt for alvorlig sygdom, sociale risici forbundet med sygerollen og forholdet til den alment praktiserende læge.

Der er brug for mere viden om, hvorvidt faktorer af betydning for *patient delay* skal ses som barrierer for lægesøgning eller som præmisser for fortolkning af symptomer, der hverken kan eller skal ændres.

gruppe af patienter er mestringsstrategier og forsvarsmekanismer påvist at være barrierer for lægesøgning. Det er imidlertid et åbent spørgsmål, om disse strategier er barrierer, der kan og skal ændres, eller om de i virkeligheden er præmisser for, at mennesket kan leve med bevidstheden om sin egen dødelighed og – over tid – kan forlige sig med at være alvorligt syg. Hvis man laver interventioner med det formål at reducere *patient delay*, bliver man også nødt til at forholde sig til det forhold, at omtrent 13% af almenbefolkningen oplever alarmsymptomer som f.eks. blod i afføring eller urin i løbet af 12 måneder [19]. Det ville have store konsekvenser for sundhedsvæsnets net, hvis alle, som oplevede et alarmsymptom, søgte læge med det samme. Beregninger af symptomers positive prædiktive værdi i forhold til kræft har vist, at sandsynligheden for, at en person i almenbefolkningen, som oplever rektal blødning, har kolorektal kræft, er 0,1%, men at sandsynligheden stiger til 2-3% hos de personer, som søger læge [20]. Dette tyder på, at der foregår en relevant selektionsproces hos patienterne, men spørgsmålet er, hvad der adskiller en relevant selektionsmekanisme fra en egentlig barriere for lægesøgning. Dette vil være nødvendigt at få afklaret, såfremt interventioner skal have den ønskede effekt.

KORRESPONDANCE: Anette Fischer Pedersen, Forskningsenheden for Almen Praksis, Bartholins Allé 2, 8000 Aarhus C. E-mail: AFP@alm.au.dk

ANTAGET: 4. maj 2011

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC et al. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet* 1999;353:1127-31.
2. Macleod U, Mitchell ED, Burgess C et al. Risk factors for delayed presentation and referral of symptomatic cancer: evidence for common cancers. *Br J Cancer* 2009;101(suppl 2):S92-S101.
3. Umberson D. Gender, marital status and the social control of health behavior. *Soc Sci Med* 1992;34:907-17.
4. Witte K. Fear as motivator, fear as inhibitor: using the extended parallel process model to explain fear appeal successes and failures. I: Andersen PA, Guerrero LK, red. *Handbook of communication and emotion*. San Diego: Academic Press, 1998:424-50.

5. Millar MG, Millar K. The effects of anxiety on response times to disease detection and health promotion behaviors. *J Behav Med* 1996;19:401-13.
6. Byrne SK. Healthcare avoidance: a critical review. *Holist Nurs Pract* 2008;22:280-92.
7. Miller SM. Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. *Cancer* 1995;76:167-77.
8. Smith LK, Pope C, Botha JL. Patients' help-seeking experiences and delay in cancer presentation: a qualitative synthesis. *Lancet* 2005;366:825-31.
9. Andersen RS, Paarup B, Vedsted P et al. "Containment" as an analytical framework for understanding patient delay: a qualitative study of cancer patients' symptom interpretation processes. *Soc Sci Med* 2010;71:378-85.
10. Hay M. Understanding the process of distinguishing "fine" from "sick". *Transcult Psychiatry* 2008;1:198-229.
11. Facione NC. Delay versus help seeking for breast cancer symptoms: a critical review of the literature on patient and provider delay. *Soc Sci Med* 1993;36:1521-34.
12. Scott SE, Grunfeld EA, Main J et al. Patient delay in oral cancer: a qualitative study of patients' experiences. *Psychooncology* 2006;15:474-85.
13. Chapple A, Ziebland S, McPherson A. Qualitative study of men's perceptions of why treatment delays occur in the UK for those with testicular cancer. *Br J Gen Pract* 2004;54:25-32.
14. Robb K, Stubbings S, Ramirez A et al. Public awareness of cancer in Britain: a population-based survey of adults. *Br J Cancer* 2009;101 (suppl 2):S18-S23.
15. Shilling C. Culture, the "sick role" and the consumption of health. *Br J Sociol* 2002;53:621-38.
16. Andersen R. Approaching patient delay and cancer. Aarhus: Aarhus Universitet, Institut for Folkesundhed, 2011.
17. Grumbach K, Selby JV, Damberg C et al. Resolving the gatekeeper conundrum: what patients value in primary care and referrals to specialists. *JAMA* 1999;282:261-6.
18. Andersen RS, Vedsted P, Olesen F et al. Patient delay in cancer studies: a discussion of methods and measures. *BMC Health Serv Res* 2009;9:189.
19. Svendsen RP, Stovring H, Hansen BL et al. Prevalence of cancer alarm symptoms: a population-based cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care* 2010;28:132-7.
20. Hamilton W. Cancer diagnosis in primary care. *Br J Gen Pract* 2010;60:121-8.

Almen praksis' rolle i kræftdiagnostikken

Peter Vedsted¹, Rikke Pilegaard Hansen¹ & Flemming Bro^{1,2}

STATUSARTIKEL

1) Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, og
2) Center for Forskning i Cancerdiagnostik i Praksis, Aarhus Universitet

Hvert år får ca. 30.000 danskere stillet kræftdiagnosen for første gang. Langt hovedparten af disse, nemlig 90%, vil have mere eller mindre oplagte symptomer på kræft. Under optimale omstændigheder og med den nuværende teknologi, vil kun 5-8% af tilfældene blive fundet ved screening. I det danske sundhedsvæsen med almen praksis som lægefaglig frontlinje vil ca. 85% af samtlige kræfttilfælde have en diagnostisk vej via almen praksis. Almen praksis har derfor en overordentlig vigtig rolle i sikring af tidlig og veltilrettelagt diagnostik af kræft i Danmark.

Denne artikel har til formål at give en oversigt over almen praksis' rolle i kræftdiagnostikken i Danmark. Der bliver fokuseret på de overordnede kliniske aspekter af kræftudredningen, og væsentlige organisatoriske forhold af betydning for kræftdiagnostikken i Danmark bliver berørt.

FRA SYMPTOMHAV TIL KRÆFTDIAGNOSE

Hver dag oplever en meget stor del af os symptomer, der for langt hovedpartens vedkommende er be-

nigne, og som vi typisk ikke tillægger særlig betydning. Selv alvorlige symptomer forekommer hyppigt i befolkningen og fører typisk ikke til lægehenvendelse, men går i sig selv igen. I en undersøgelse fra Fyn fandt man, at omkring 15% af den voksne befolkning i det seneste år havde haft et såkaldt alarmsymptom på nogle af de hyppigst forekomne kræftformer [1]. Fra andre undersøgelser ved vi, at kun en mindre del af dem, der oplever symptomer f.eks. blødning fra endetarmen, søger læge for det [2]. Vi taler således om, at der i befolkningen er et »symptomhav«. Det er af dette »symptomhav«, at lægesøgningen for kræftsymptomer kommer, men vores viden om, hvor ofte og hvorfor dette sker, er yderst sparsom.

Når en borger har valgt at søge læge for et symptom, ved vi kun ganske lidt om, hvordan lægen betragter dette symptom. I en nyligt publiceret undersøgelse af kontakt- og sygdomsmønsteret i almen praksis [3] blev det fundet, at alment praktiserende læger i næsten 8% af konsultationerne havde mistanke om kræft eller anden alvorlig sygdom. Fra norske undersøgelser ved vi, at ca. 4% af konsultationerne i almen praksis medførte yderligere tiltag pga. frygt for kræft [4]. Med ca. 20 mio. konsultationer årligt i Danmark rejser mistanken altså 800.000-1.600.000 gange årligt eller mindst 1-2 gange dagligt for en alment praktiserende læge.

For den alment praktiserende læge er den helt store udfordring at være i stand til at fange netop de 8-10 kræfttilfælde, som lægen skal diagnosticere i gennemsnit i løbet af et år. Det skal ses i forhold til



FAKTABOKS

Flertallet af kræftpatienter ses i almen praksis i forbindelse med diagnosen.

Såkaldte alarmsymptomer på kræft har en positiv prædiktiv værdi på 2-10% i almen praksis.

Symptomerne kan være specifikke, uspecifikke eller ukarakteristiske, og det stiller krav om muligheder for adgang til relevant, hurtig frontlinjediagnostik.

Vi mangler i høj grad bedre og mere viden i almen praksis om symptomer og deres betydning.