

Når kreftsykdommen kommer i tillegg...

Det er fremdeles uavklart om subjektivt eller objektivt «stress» spiller noen prognostisk rolle hos kreftpasienter. Denne artikkelen er basert på en seks års oppfølgingsstudie av en kohort brystkreftpasienter. Vi ønsker å se om psykososiale faktorer registrert i en tidlig sykdomsfase kan ha prognostisk betydning når man kontrollerer for kjente kliniske faktorer.

106 pasienter med nyopptaget brystkreft i stadium 1 og stadium 2 ble undersøkt med intervju og spørreskjema dagen før og seks uker etter operasjonen. Tidligere helse, negative livshendelser og redusert funksjon ble registrert ved hjelp av standardspørsmål. Emosjonell kontroll, psykologiske stresssymptomer og mestringsstil ble også registrert.

Etter seks år var 79 pasienter i live, hvorav sju med verifisert residiv av brystkreftsykdommen. 27 pasienter var døde, hvorav to av andre årsaker enn kreftsykdom. Kvinner som hadde hatt «en eller flere alvorlige sykdommer av mer enn seks måneders varighet de siste ti år» hadde 2,6 ganger økt risiko for død av kreft sammenliknet med kvinner uten andre sykdommer. Vi fant ingen sammenheng mellom overlevelse og kvinnes mestringsstil eller grad av emosjonell kontroll.

Vi konkluderer med at komorbide tilstander representerer en negativ prognostisk faktor med viktige kliniske implikasjoner hos pasienter med kreftsykdom.

En kreftdiagnose oppleves som en stor påkjenning av de fleste mennesker (1–3). Belastningen er enda større hos dem som på forhånd har andre sykdommer eller problemer hos seg selv eller sine nærmeste (4). Moderne kreftbehandling er en høyt spesialisert oppgave. Muligheten for at pasientens øvrige helsetilstand og livssituasjon ikke får nok oppmerksomhet i behandlingsopplegget er til stede. Dette kan føre til at pasienten ikke føler seg ivarettatt på en god måte, noe som kan innvirke på vedkommendes motivasjon for og evne til å gjennomføre den onkologiske behandling.

Det er fortsatt vitenskapelig uavklart

Lars Tjemsland

L-tjemsl@online.no

Rogaland psykiatriske sjukehus

Postboks 1163 Hillevåg

4004 Stavanger

Jon Arne Søreide

Kirurgisk avdeling

Sentralsjukehuset i Rogaland

Postboks 8100

4068 Stavanger

Tjemsland L, Søreide JA.

Breast cancer in addition to current health problems.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1046–51.

Background. There is still controversy over the possible prognostic role of subjective and objective stress in patients with cancer. The present report is based on a six year follow-up study of a breast cancer patient cohort. We focus on the possible prognostic effects of behavioural variables recorded in an early phase of the disease, adjusting for known clinical prognostic factors.

Material and methods. 106 consecutive breast cancer patients stage I and II less than 71 years of age were investigated with interviews and questionnaires one day before and six weeks after surgery. Negative life events, impaired functioning and previous health parameters were recorded with standard questions. Coping style and emotional control were assessed with the Mental Adjustment to Cancer scale (MAC) and the Courtauld Emotional Control scale (CEC).

Results. At six years, 79 patients were still alive, including seven patients with relapse. Among 27 deceased patients, two patients died from other causes. There was a significantly increased risk (Hazard Ratio 2.6; 95% CI 1.18–5.77) of cancer specific deaths in women who «had suffered from one or more serious illnesses of more than six months' duration over the past 10 years» compared to those without previous illnesses. There were no significant results found for scores on the MAC or CEC scales.

Interpretation. Comorbid chronic diseases in cancer patients represent a negative prognostic factor with important clinical and health service implications.

☞ Se også side 1023

hvorvidt objektivt eller subjektivt «stress» har effekt på overlevelse hos pasienter med kreftsykdom. I en fersk norsk studie der man benyttet data fra Kreftregisteret og Statistisk sentralbyrå fant man ingen sammenheng mellom negative livshendelser og forekomst av brystkreft (5) eller andre kreftsykdommer (6). Heller ikke ble det observert sammenheng mellom negative livshendelser og pro-

gnose hos pasienter med kreft (7). Studier der man har satt søkelyset på subjektivt stress og forløp av kreftsykdom, har gitt motstridende resultater. Noen har funnet at psykologisk intervensjon har hatt positiv effekt på overlevelse (8, 9), mens andre ikke har kunnet bekrefte en slik sammenheng (10).

Vi har tidligere undersøkt brystkreftpasienters psykiske reaksjoner på diagnosen og primærbehandlingen ved å benytte en post-traumatisk stressforstyrrelse-modell (11). Tidligere helseproblemer, redusert funksjon året forut for operasjonen og personlighetstrekk preget av emosjonell reaktivitet syntes å disponere for utvikling av langvarige post-traumatiske stresssymptomer.

Den foreliggende undersøkelsen er en oppfølging av de samme pasientene. Vi ønsket å undersøke om psykologiske og sosiale data innhentet i en tidlig sykdomsfase kan forutsi overlevelse når man kontrollerer for alminnelig anvendte prognostiske variabler hos kvinner med operabel brystkreftsykdom. Mer spesifikt ønsket vi å undersøke om pasienter med andre alvorlige sykdommer, negative livshendelser og redusert psykososial funksjon forut for kreftdiagnosen hadde kortere levetid enn pasienter uten. Vi ønsket også å undersøke om personlighetstrekk preget av en tendens til kontroll av negative følelser og om spesifikke psykologiske reaksjonsmåter på kreftsykdommen influerte på overlevelse.

Materiale og metode

I perioden juni 1992–mars 1994 ble alle nye pasienter under 71 år med operabel brystkreft i stadium 1 og 2 ved Sentralsjukehuset i Rogaland invitert til å delta i en studie av psykiske sider og livskvalitet hos pasienter med kreftsykdom. Av 124 aktuelle pasienter ble fire ekskludert pga. språkvansker eller administrativ svikt og to etter revisjon av diagnose eller stadium, og 12 pasienter avsto å delta. I den endelige evaluering ble 106 pasienter (85%) med bekreftet brystkreftdiagnose i stadium 1 eller 2 inkludert. Median alder var 50 år (33–70 år), 80% var gift eller samboende, 6% separert eller skilt, 5% enker og 8% aldri gift. 47% arbeidet fulltid og 21% deltid.

Variabler som beskriver primærsvulst og behandling ble registrert (tab 1). Alle pasienter ble rutinemessig fulgt opp med poliklinisk konsultasjon 3–4 uker etter operasjonen. Behovet for eventuell adjuvant behandling ble da vurdert.

Den psykososiale del av studien ble utført dagen før operasjonen og bestod av et semistrukturert klinisk intervju og utfylling av spørreskjema. Helseproblemer i løpet av de siste ti år ble klassifisert ved hjelp av fire standardspørsmål fra Nord-Trøndelagsundersøkelsen (12): «Har du vært sykmeldt eller arbeidsufør i mer enn tre måneder sammenhengende?» «Har du vært innlagt i sykehus pga. sykdom i mer enn en uke?» «Har du brukt medisiner for sykdom mer enn tre måneder sammenhengende?» «Har du hatt en eller flere alvorlige sykdommer med varighet lengre enn seks måneder?» Ved bekreftende svar på det siste spørsmålet ble pasienten spurt om hva slags sykdommer dette hadde vært, og tentative diagnoser ble notert. Forekomst av negative livshendelser i løpet av de siste 12 måneder ble registrert ved hjelp av et 12-punkts selvutfyllingsskjema som tidligere er benyttet i norske helseundersøkelser (12).

Redusert funksjon siste år før innleggelsen ble registrert ved hjelp av Sheehan's disability scale (13). Dette er et enkelt selvutfyllingsskjema med tre spørsmål som registrerer «reduert funksjon på grunn av problemer» langs en tipunkts Likerts skala for livsområdene «arbeid», «sosialt liv/fritidsaktiviteter» og «familieforpliktelser/hjemlige forpliktelser». Funksjonsnivå ble også vurdert av intervjuer ved hjelp av Global Assessment of Functioning Scale (GAF) (14). Denne skalaen tar hensyn både til grad av symptomer og til funksjonsnivå og skåres fra 0 (dårligst) til 90 (best) med definisjoner for hvert tiende trinn. Vi registrerte både «status presens» og «høyest skåre siste år».

Individuelle psykologiske karakteristika ble vurdert ved hjelp av selvutfyllingsskjema for personlighetstrekk, psykologisk stress og mestringsstil. I hvilken grad pasienten undertrykker negative følelser ble registrert ved hjelp av Courtauld Emotional Control Scale (CECS) (15). Bakgrunnen for bruk av skalaen er funn forenlig med at pasienter med brystkreft rapporterer at de i større utstrekning enn kvinner med godartede brystsykdommer undertrykker negative følelser (16). Skalaen måler i hvilken grad personen kontrollerer sine reaksjoner når de føler seg sinte, redde eller triste (17). Nevrotisme er en annen personlighetsdimensjon av betydning for emosjonell reaktivitet og ble målt ved hjelp av Eysenck Personality Questionnaire (18).

Psykologisk stress ble målt ved hjelp av Montgomery Aasberg Depression Rating Scale (MADRS), Goldbergs General Health Questionnaire (GHQ-28) og Impact of Event Scale (IES) (14). MADRS måler grad av depresjon de siste 4–5 dagene ved hjelp av ti intervjubaserte spørsmål. Skalaen er godt egnet for pasienter med somatisk sykdom, siden den i liten grad legger vekt på somatiske symptomer. GHQ-28 er en mye brukt skala for å måle velvære og stress. Den

Tabell 1 Klinisk-onkologiske karakteristika (N = 106)

Faktor	Antall (%)
Alder (år)	
31–40	17 (16)
41–50	37 (35)
51–60	24 (23)
61–70	28 (26)
Menopausalstatus	
Pre	57 (54)
Post	49 (46)
Tumordiameter	
≤ 20 mm	60 (57)
> 20 mm	43 (41)
Ukjent	3 (3)
Aksillær nodal status	
pN0	54 (51)
pN1–3	32 (30)
pN4+	18 (17)
Ukjent	2 (2)
Differensieringsgrad	
Høyt differensiert	29 (27)
Middels "	32 (30)
Lavt "	27 (26)
Ukjent "	18 (17)
Stadium (p)	
1	41 (39)
2	65 (61)
Østrogenreseptorstatus ¹	
Positiv	75 (71)
Negativ	10 (9)
Ukjent	21 (20)
Progesteronreseptorstatus ¹	
Positiv	80 (76)
Negativ	5 (5)
Ukjent	21 (20)
Adjuvant behandling	
Ja	70 (66)
Nei	36 (34)
Type kirurgi	
Modifisert radikaloperert	74 (70)
Ablatio	2 (2)
Brystbevarende operasjon	30 (28)

¹ Østrogen- og progesteronreseptorstatus betraktet som positiv hvis ≥ 10 pmol/g

består av 28 spørsmål og legger vekt på de siste to ukene. Vi benyttet Likert-skåring for å registrere grad av stress. IES måler posttraumatiske stresssymptomer knyttet til kreftsykdommen. Den består av to subskalaer, en med sju spørsmål, som registrerer påtrengende, repeterende tanker og bilder knyttet til sykdommen (intrusjon), og en med åtte spørsmål, som registrerer unngåelse av stimuli knyttet til sykdommen, dissosiative symptomer, hemning og følelsesmessig nummenhet (unngåelse). Skåre over 19 predikerer en posttraumatisk stressrespons av klinisk betydning.

Pasientens måte å mestre kreftsykdom-

men på ble målt ved hjelp av Mental Adjustment to Cancer scale (MAC). Forfatterne som utviklet denne skalaen, hadde i en tidligere pilotstudie ved hjelp av semistrukturerte intervjuer vært i stand til å gruppere pasientenes psykiske reaksjoner på brystkreftsykdom i ulike kategorier som var forbundet med ulik prognose (19). Skalaen måler fire ulike reaksjoner på kreftsykdom: kampånd, hjelpeløshet/håpløshet, engstelse/bekymring og fatalisme. Skalaen måler styrken av reaksjoner innen de ulike kategoriene på en pålitelig måte, men dens evne til å gruppere pasientene i gjensidig uavhengige reaksjonsmåter er mer usikker.

Høsten 1999 ble pasientenes status kategorisert i hvorvidt de var
– i live uten tegn til residiv/metastaser
– i live, men med diagnostisert residiv/metastase
– døde

I tilfelle død ble dødsårsaken registrert. Tidspunkt og lokalisasjon ved første gangs residiv/metastase ble også registrert. Opplysningene ble hentet fra pasientens journal, i noen tilfeller supplert ved direkte kontakt med primærlege og pasient.

I den statistiske analysen behandlet vi den avhengige variabel både som kategorisk (i live/død etter 5–7 år) og som kontinuerlig (tid fra operasjon til død). Vi utførte univariate analyser ved hjelp av krystabeller og Kaplan-Meiers overlevelsesanalyser, og sammenliknet overlevelse i subgrupper med logranktest. Deretter utførte vi multivariate analyser ved hjelp av Cox' regresjon. I de multivariate modellene inkluderte vi variabler som viste statistisk signifikans ($p < 0,05$) i de univariate analysene.

Resultater

Ved oppfølgingstidspunktet oktober 1999 var 72 pasienter i live og uten metastaser, sju var i live med metastaser og 27 pasienter var døde. To pasienter døde av andre årsaker enn kreftsykdommen. Median oppfølgings-tid for hele materialet var seks år, mens oppfølgings-tid for dem som fortsatt er i live er mellom fem og sju år. Tabell 2 viser klinisk-onkologiske data relatert til status «i live»/«død pga. kreftsykdom». Som forventet var både tumorstørrelse og metastaser til aksillære lymfeknuter ved operasjonstidspunktet viktige prognostiske faktorer.

Tidligere helsetilstand, livshendelser og funksjonsnivå relatert til prognose er presentert i tabell 3. Pasienter som døde, hadde økt forekomst av «annen alvorlig sykdom av mer enn seks måneders varighet siste ti år» sammenliknet med pasienter i live. Tabell 4 viser psykologiske karakteristika registrert i en tidlig sykdomsfase relatert til status ved oppfølgingstidspunktet. Det var ingen signifikante forskjeller for noen av variablene.

Overlevelseskurver med «død av brystkreftsykdom» som endepunkt relatert til «stadium» og til forekomst av «en eller flere

Tabell 2 Kliniske karakteristika hos kvinner med operabel brystkreft relatert til «død pga. kreft» ved oppfølgingstidspunktet (N = 106)

Variabler	Pasienter totalt Antall (%)	Død pga. kreft ¹ Antall (% av alle i gruppen)	P (logrank)
Menopausal status			
Pre	57 (54)	15 (26)	0,41
Post	49 (46)	10 (20)	
Tumordiameter ²			
≤ 20 mm	60 (58)	9 (15)	< 0,01
> 20 mm	43 (42)	16 (37)	
Nodal status ³			
pN0	54 (52)	7 (13)	< 0,01
pN1–3	32 (31)	9 (28)	
pN4+	18 (17)	9 (50)	
Stadium (p)			
1	41 (39)	2 (5)	< 0,01
2	65 (61)	23 (35)	
Adjuvant behandling			
Ja	70 (66)	20 (39)	0,09
Nei	36 (39)	5 (14)	
Type kirurgi			
Modifisert radikaloperasjon	76 (72)	19 (25)	0,58
Brystbevarende operasjon	30 (28)	6 (20)	

¹ To pasienter som døde av annen årsak enn kreftsykdommen er ikke tatt med

² Tumordiameter ukjent for tre pasienter

³ Aksillær nodal status ukjent for to pasienter

Tabell 3 Indikatorer på tidligere helse registrert før operasjonen hos pasienter med operabel brystkreft relatert til «død pga. kreft» ved oppfølgingstidspunktet (N = 106)

Variabler	Pasienter totalt Antall (%)	Død pga. kreft ¹ Antall (% av alle i gruppen)	P (logrank)
Helsetilstand siste 10 år			
Sykmeldt/arbeidsufør > 3 md.			
Ja	27 (25)	7 (26)	0,72
Nei	79 (75)	18 (23)	
Innlagt sykehus > 1 uke			
Ja	24 (23)	5 (21)	0,78
Nei	82 (77)	20 (24)	
Medisin for sykdom > 3 md.			
Ja	39 (37)	11 (28)	0,23
Nei	67 (63)	14 (21)	
Annen alvorlig sykdom > 6 md. varighet			
Ja	34 (32)	12 (35)	0,02
Nei	72 (68)	13 (18)	
Negative livshendelser siste år ²			
Ja	55 (56)	16 (29)	0,15
Nei	44 (44)	7 (16)	
Redusert funksjon siste år ³			
Ja	47 (51)	15 (32)	0,15
Nei	45 (49)	8 (18)	

¹ To pasienter som døde av annen årsak enn brystkreftsykdom er ikke tatt med.

² Analysene basert på N = 99 fordi 7 pasienter leverte mangelfullt utfylte skjema

³ Analysene basert på N = 92 fordi 6 pasienter leverte mangelfullt utfylte skjema og 8 pasienter pga. administrativ svikt ikke fikk utlevert skjema. Registrert ved hjelp av Sheehan's disability scale

alvorlige sykdommer siste ti år» er vist i figur 1 og figur 2 (observasjonstiden for to pasienter ble kodet som «sensurert» ved død av annen årsak enn kreftsykdommen). Pasienter med sykdom i stadium 1 (N = 41) hadde økt overlevelse sammenliknet med pasienter i stadium 2 (p < 0,001). Pasienter med «annen alvorlig sykdom» (N = 34) hadde redusert overlevelse sammenliknet med pasienter uten annen sykdom (p = 0,023). Overlevelse var ikke relatert til type kirurgi eller menopausalstatus.

Vi var interessert i hvorvidt sammenhengen mellom «annen sykdom» og overlevelse var forskjellige for pre- og postmenopausale kvinner. Figur 3 viser Kaplan-Meier-kurver der pasientene er stratifisert i henhold til menopausalstatus. Kun hos premenopausale kvinner ble det funnet en statistisk signifikant sammenheng (p = 0,004).

For å påvise en eventuell uavhengig effekt på overlevelse av premorbide helsefaktorer utførte vi regresjonsanalyser ved hjelp av Cox' modell. Vi inkluderte variablene «alder», «stadium» og «annen alvorlig sykdom». I denne modellen viste «alder» ingen effekt. Den endelige modellen innholdt variablene «stadium» og «annen alvorlig sykdom». Pasienter som i løpet av de siste ti år har lidd av en eller flere alvorlige sykdommer av mer enn seks måneders varighet, har 2,6 ganger økt relativ risiko for død 5–7 år senere (RR = 2,61, 95 % konfidensintervall 1,18–5,78) sammenliknet med pasienter uten tidligere sykdommer med samme sykdomsstadium. Tilsvarende har pasienter med sykdom i stadium 2 9,0 ganger økt relativ risiko for død innen 5–7 år sammenliknet med pasienter i stadium 1 når man kontrollerer for forekomst av andre sykdommer (RR = 9,03, 95 % konfidensintervall 2,12–38,46).

Post hoc-analyser

For å komme nærmere et svar på hvorvidt det dreier seg om «tidligere» eller «kroniske» sykdommer utførte vi post hoc-analyser der vi sammenliknet GAF-skåre for pasienter med og pasienter uten andre sykdommer. Disse analysene viste at gruppene var forskjellige med hensyn til høyeste funksjonsnivå siste året før operasjonen. Pasienter uten annen sykdom hadde et statistisk signifikant høyere funksjonsnivå enn pasienter med annen sykdom (GAF-skåre 81,4 versus 77,4, p < 0,001). Dette taler for at pasienter med tidligere alvorlig(e) sykdom(mer) har et lavere funksjonsnivå enn pasienter uten tidligere sykdom ved debuterende brystkreftsykdom. Dette styrker en antakelse om at det dreier seg om pasienter med kroniske sykdommer og helseproblemer.

Diskusjon

Det viktigste funn i denne prospektive undersøkelsen er at kvinnens tidligere helsetilstand synes å ha prognostisk betydning for pasienter med brystkreftsykdom. En annen

viktig observasjon er at det ikke kan påvises noen sammenheng mellom individuelle psykologiske faktorer (som emosjonell reaktivitet, psykologisk stress eller mestringsstil) og overlevelse.

Watson og medarbeidere har nylig undersøkt om psykiske reaksjoner på kreftsykdommen influerer på femårsoverlevelsen hos 578 pasienter med brystkreft (20). I tråd med våre funn fant heller ikke disse forfatterne noen sammenheng mellom kampvilje eller emosjonell kontroll og overlevelse. De fant derimot en viss sammenheng mellom høy skåre på hjelpeløshet/håpløshet og residivfri (men ikke total) overlevelse. Effekten var ikke stor, men statistisk signifikant og til stede selv om man kontrollerte for kjente kliniske faktorer.

At en tredel av en uselektert kohort av pasienter under 71 år med brystkreft i tidlig stadium angir å ha hatt annen alvorlig sykdom i løpet av de siste ti år, er tankevekkende. For å få nærmere kunnskap om hva slags sykdommer det dreide seg om, har man gått inn i notatene som ble gjort etter det kliniske intervjuet og forsøkt å kategorisere sykdommene. De aller fleste har mer enn én diagnose. En innvending kan være at man ikke har undersøkt hvor pålitelig diagnosen «alvorlig sykdom» er. Vurderingene er gjort rent skjønnsmessig av en erfaren kliniker på grunnlag av en samtale med pasientene.

Vi har sammenholdt våre resultater med

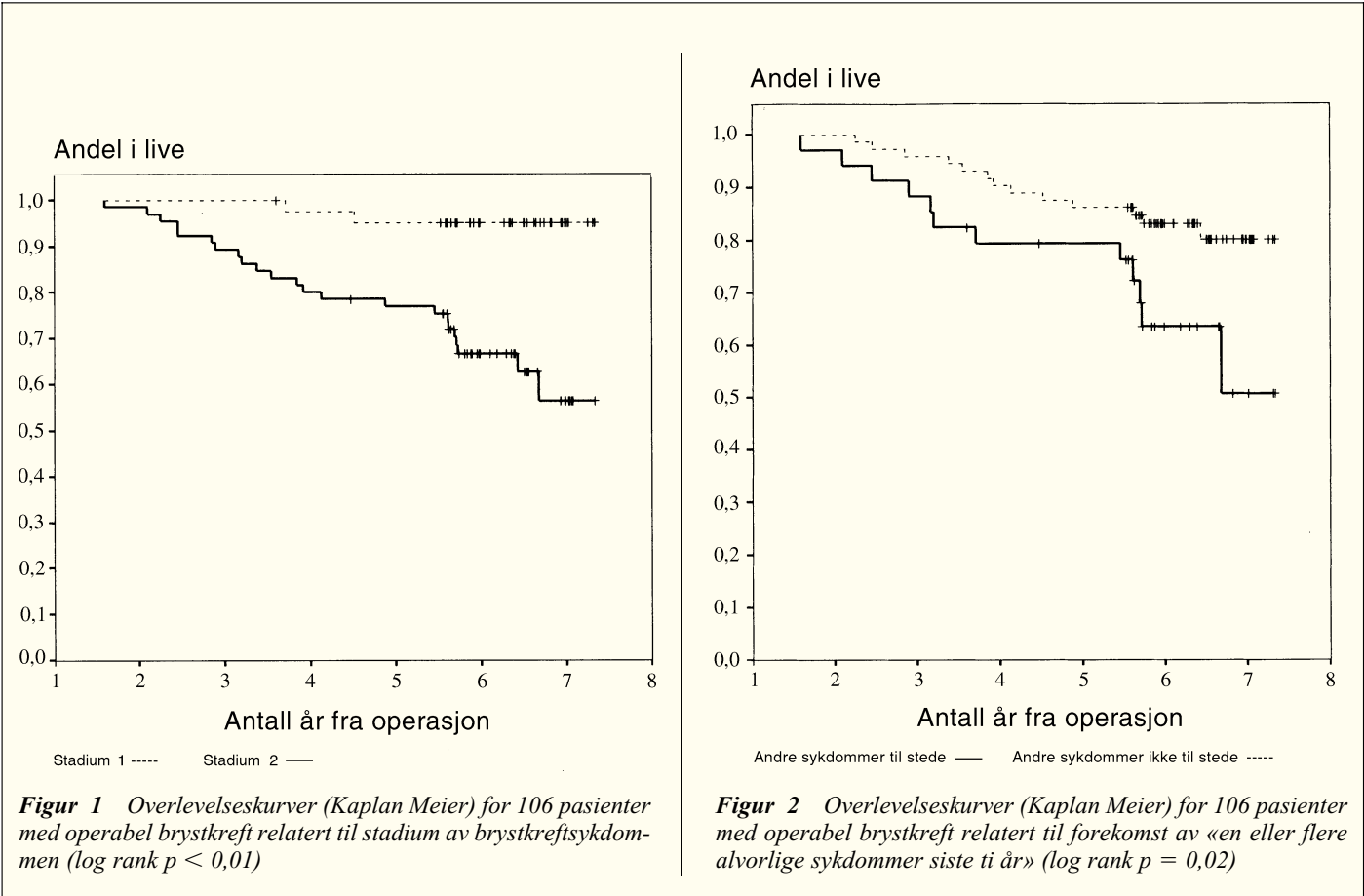
Tabell 4 Gjennomsnittsskåre (SD) for psykologiske karakteristika registrert i en tidlig sykdomsfase hos pasienter med operabel brystkreft relatert til status «i live»/«døde» ved oppfølgingstidspunktet

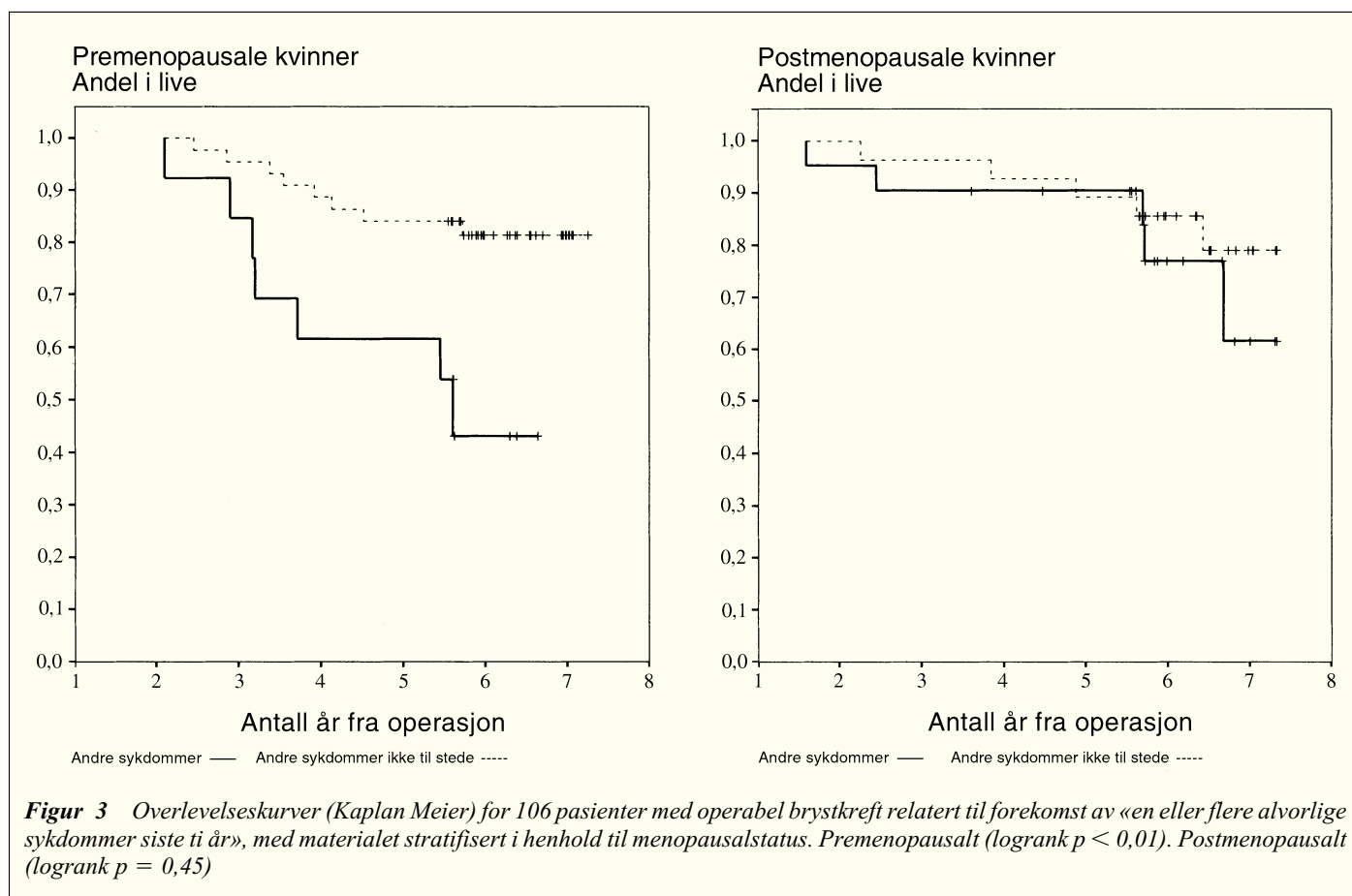
Variabler	N ¹	I live N = 79	Døde N = 27	P (t-test)
Personlighetstrekk				
Emosjonell kontroll (CEC)	99	48,9 (11,1)	47,1 (11,3)	0,64
Neurotisisme (EPQ-N)	102	7,1 (4,8)	6,9 (4,9)	0,88
Psykologisk stress				
GHQ-28(likert)	94	23,6 (11,0)	26,5 (11,7)	0,27
IES – Intrusjon	98	17,1 (9,2)	17,5 (8,5)	0,84
IES – Unngåelse	100	15,4 (9,1)	13,8 (6,8)	0,33
MADRS – Depresjon	106	11,6 (7,9)	12,9 (7,9)	0,46
Sykdomsmestring (MAC)				
Kampvilje	103	48,8 (5,1)	50,5 (5,8)	0,16
Hjelpeløshet/håpløshet	104	9,4 (2,2)	9,0 (2,9)	0,46
Engstelig bekymrethet	104	21,6 (3,2)	22,5 (3,2)	0,20
Fatalisme	104	18,4 (3,5)	18,7 (3,5)	0,80

¹ N varierer fordi noen pasienter leverte ufullstendig utfylte skjema

studier av sammenheng mellom komorbide tilstander og overlevelse hos pasienter med kreftsykdom. Satariano (21) undersøkte 463 pasienter med brystkreft og fant at kvinner med to eller flere samtidige sykdomstilstander hadde 2,2 ganger større risiko for å dø av

brystkreftsykdom i løpet av en fireårsperiode enn pasienter uten tilleggssykdommer. Dette ligger nær opp til våre resultater etter seks års observasjon. De fant og fire ganger så høy dødsrisiko uansett årsak for pasienter med tre eller flere selekterte komorbide til-





stander sammenliknet med pasienter uten slike sykdommer (22).

Fleming og medarbeidere (23) har utviklet en omfattende prognostisk indeks spesielt for pasienter med brystkreft. Den kombinerer alder, stadium og komorbiditets-skåre. Med en slik indeks oppnås en mer presis predikering av overlevelse. De fant at nærmere to tredeler av pasientene i studien ($N = 848$) hadde minst én tilleggssykdom, og at sammenhengen mellom komorbiditet og alder eller stadium var sterkest for de eldste pasientene og for dem med mest avansert kreftsykdom.

Vi fant at en negativ sammenheng mellom annen alvorlig sykdom og kreftforløp forekom kun hos premenopausale, ikke hos postmenopausale pasienter. Dette var et uventet funn som vi ikke har noen forklaring på. Vi kjenner heller ikke til at dette har vært rapportert av andre.

Nylig ble det advart mot en altfor høyt spesialisert kreftbehandlingsmodell som ikke tar tilstrekkelig hensyn til pasientens totale medisinske og sosiale situasjon (24). I en epidemiologisk befolkningsstudie ($N = 15\,626$) ble kronisk sykdomsstatus og demografiske data samlet inn ved selvsrapportering og sammenholdt med data om kreftdiagnose og stadium fra medisinske journaler. To tredeler av pasientene hadde en annen sykdom i tillegg til kreftsykdommen, mens en tredel hadde to eller flere sykdommer i

tillegg til kreftsykdommen. Forfatterne konkluderer med at forekomst av andre sykdommer i tillegg til kreftsykdommen har viktige kliniske og forskningsmessige implikasjoner (24). En altfor sykdomsspesifikk kreftbehandlingsmodell kan føre til at pasientene ikke får dekket viktige behov for generell omsorg og støtte. Om økt integrering med primærhelsetjenesten kan gi bedre behandlingsresultater, gjenstår å se. Det vil avhenge av allmennlegens evne og vilje til å gå inn i et utvidet behandlingsteam der både ansvar og krav til kompetanse vil øke vis-à-vis pasienten. En slik endring vil også utfordre spesialistene både hva gjelder oppfatning av egen rolle og vilje til å samarbeide med førstelinjetjenesten på nye premisser.

Studien er støttet av Den Norske Kreftforening. Vi takker Eva Skovlund for statistisk veiledning. En spesiell takk til sykepleier Bergfrid Herikstad for hjelp med innsamling av pasientdata.

Litteratur

1. Massie MJ, Holland JC. Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. I: Holland JC, Rowland JH, red. Handbook of psychooncology. Psychological care of the patient with cancer. Oxford: Oxford University press, 1990: 273–83.
2. Heskestad, S. Tjemsland L. Du har kreft. En kvalitativ studie av kvinners akutte reaksjoner ved informasjon om brystkreftdiagnose. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1067–71.

3. Tjemsland L, Søreide JA, Malt UF. Traumatic distress symptoms in early breast cancer. I. Acute response to diagnosis. Psycho-Oncology 1996; 5: 1–8.
4. Tjemsland L, Søreide JA, Malt UF. Traumatic distress symptoms in early breast cancer II. Outcome six weeks post surgery. Psycho-Oncology 1996; 5: 295–303.
5. Kvikstad A, Vatten LJ, Tretli S, Kvinnsland S. Death of a husband or marital divorce related to risk of breast cancer in middle-aged women. A nested case control study among Norwegian women borne 1935–1954. Eur J Cancer 1994; 30A: 473–7.
6. Kvikstad A, Vatten LJ, Tretli S, Kvinnsland S. Widowhood and divorce related to cancer risk in middle aged women. A nested case-control study among Norwegian women borne between 1935 and 1954. Int J Cancer 1994; 58: 512–6.
7. Kvikstad A, Vatten LJ, Tretli S. Widowhood and divorce in relation to overall survival among middle-aged Norwegian women with cancer. Brit J Cancer 1995; 71: 1343–7.
8. Spiegel D, Bloom J, Kraemer HC, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. Lancet 1989; 2: 888–91.
9. Fawzy IF, Fawzy NW, Hyun CS, Elashoff R, Guthrie D, Fahey JL et al. Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. Arch Gen Psychiatry 1993; 50: 681–9.
10. Cunningham AJ, Edmonds CVI, Jenkins GP, Pollack H, Lockwood GA, Warr D. A randomized controlled trial of the effects of group psychological therapy on survival in women with metastatic breast cancer. Psycho-Oncology 1998; 7: 508–17.
11. Tjemsland L, Søreide JA, Malt UF. Posttrau-

- matic distress symptoms in operable breast cancer III: status one year after surgery. *Breast Cancer Res Treat* 1998; 47: 141–51.
12. Holmen J, Midtthjell K, Bjartveit K, Hjørt PF, Lund-Larsen PG, Moum T et al. The Nord-Trøndelag Health Survey 1984–86; Report no.4. Verdal: National Institute of Public Health, 1990.
13. Leon AC, Shear MK, Portera L, Klermann GL. Assessing impairment in patients with panic disorder: the Sheehan disability scale. *Soc Psychiatric Epidemiol* 1992; 27: 78–82.
14. Beck P, Malt UF, Dencker SJ, Ahlfors UG, Elgen K, Lewander T et al. red. Scales for assessment of diagnosis and severity of mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87 (suppl 372): 34–44.
15. Watson M, Greer S. Development of a questionnaire measure of emotional control. *J Psychosom Res* 1983; 27: 299–305.
16. Greer S, Morris T. Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study. *J Psychosom Res* 1975; 19: 147–57.
17. Watson M, Greer S. Development of a questionnaire measure of emotional control. *J Psychosom Res* 1983; 27: 4: 299–305.
18. Eysenck HJ, Eysenck SBG. Manual of the Eysenck Personality Questionnaire. 4. utg. London: Hodder and Stoughton, 1987.
19. Greer S, Watson M. Mental adjustment to cancer: its measurement and prognostic importance. *Cancer Survey* 1987; 6: 439–53.
20. Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet* 1999; 354: 1331–6.
21. Satariano WA. Aging, comorbidity, and breast cancer survival: an epidemiologic view. *Adv Exp Med Biol* 1993; 330: 1–11.
22. Satariano WA, Ragland DR. The effect of comorbidity on 3 year survival of women with primary breast cancer. *Ann Intern Med* 1994; 120: 104–10.
23. Fleming ST, Rastogi A, Dmitrienko A, Johnsen K. A comprehensive prognostic index to predict survival based on multiple comorbidities. A focus on breast cancer. *Med Care* 1999; 37: 601–14.
24. Ogle KS, Swanson GM, Woods N, Azzouz F. Cancer and comorbidity. Redefining chronic diseases. *Cancer* 2000; 88: 653–63.

○