

Om utvärdering vid cancervård

Edgar Borgenhammar

Bengt Rosengren

Med utgångspunkt i en artikel i den kända medicintidskriften *Lancet* diskuterar Edgar Borgenhammar, professor i hälso- och sjukvårdsadministration, Nordiska hälsovårdshögskolan, Göteborg och cancerprofessorn Bengt Rosengren, Bergen, alternativ cancerbehandling. Brister och fallgropar vid värdering av behandlingseffekter aktualiseras. Deras slutsats är att här behövs mer forskning.

Har det någon betydelse hur den som väl har drabbats av bröstcancer lever? Innebär det skillnad om denne går över till mager och fiberrik kost, praktiserar mental träning och utvecklar sociala nätverk? Motionerar? Slutar röka?

Skillnader som har samband med livsstil är svåra att dokumentera. Därför: den som bara vill lämna in sig själv med sin cancer som paket till sjukvården utan tanke på att göra något själv har inte mindre chans att överleva än den som väljer att ändra livsstil. Orättvist, kan man tycka. Ändå är det forskningens nuvarande ståndpunkt.

Men kan det vara troligt att man rentav blir sämre av att bemöda sig? Tre gånger sämre? Att man dör tidigare? Dubbelt så tidigt?

Förnuftsmässigt talar inget i den riktningen. Men en artikel i *Lancet* presenterar sådana data (1). Låt oss se närmare på dessa märkliga resultat.

Lancet-artikeln har studerat 334 kvinnor med bröstcancer som vänt sig till en självhjälpsorganisation för cancerdrabbade, Bristol Cancer Help Centre (BCHC) i England. De har jämförts med en kontrollgrupp av 461 kvinnor vid tre sjukhus: ett specialist-sjukhus för cancer och två distriktssjukhus.

Bristol Cancer Health Center

Vad är då BCHC? — En patientorganisation dit cancerdrabbade kommer för att samtala och lyssna till föredrag och dela gemenskap. Det kan ske under någon enstaka dag. Kanske följs ett undervisningsprogram om livsstil under en vecka. Tanken är att avspänning, meditation, visualisering och goda matvaror ska upplevas positivt. Förhoppningsvis ge självkänsla, stimulera viljan att arbeta mot sjukdomen och kanske förlängsamma sjukdomsprocesserna. I bästa fall resultera i förbättring. Programmet har beskrivits av en av eldsjälarna, Penny Brohn (2), själv cancerpatient.

Psykologins vikt

Föreställningen att psykologiska faktorer som motivation, beredskap att arbeta själv med livsstilsförändringar, avkoppling och gruppsamtal kan ha betydelse vid uppkommen cancer har diskuterats i populär (3, 4) såväl som i vetenskaplig litteratur (5–10). Den har fått visst stöd i några studier. En sådan följer två grupper av bröstcancerpatienter med metastaser. Totalt gäller det 82 patienter (11). De som varje vecka fått gruppsamtal, avstressning och självhypnos för smärtkontroll synes enligt vissa data ha fått längre överlevnad. Det talas om i det närmaste fördubbling. Anmärkningsvärt nog visade interventionsgruppen ökad (om än inte signifikant högre) dödlighet i jämförelse med kontrollgruppen de första 18 månaderna (30 mot 22 procent). Närmare granskning visar dock att inga generella slutsatser kan dras från studien, varken i ena eller andra riktningen.

Frågan om psyke och cancer diskuterades vid Läkarsällskapets riksstämma 1985 (12). Efter genomgång av litteraturen ansåg docenten vid Radiumhemmet Lars-Erik Holm att forskningen varken stödjer eller motbevisar teorierna om att psyket på ett avgö-

.....
Patienten borde inte behöva vända sig utanför sjukvården för att få hjälp med positivt tänkande.
.....

rande sätt påverkar motståndskraften när man väl fått cancer. En rad möjliga så kallade "medierande faktorer" mellan psyke och cancer kan vara viktiga men nämns enligt Holm mindre ofta i den studerade litteraturen. Det gäller livsstilsfaktorer som rökning, alkohol, kost- och sexvanor samt ekonomiska och arbetshygieniska faktorer. Allt detta kan i sin tur påverkas av personligheten och återverka på psyket. De psykosociala faktorerna kan vara av betydelse för att avgöra om en patient klarar att leva ett rikt och värdefullt liv med sin sjukdom.

I diskussionen vid riksstämman nämndes att sjukvården bör känna ansvar att få med patienterna i gemensamt arbete mot sjukdomen. Därmed får också patienterna ökad känsla av positivt ansvar och delaktighet: "Patienter borde inte behöva vända sig till någon utanför sjukvården för att få hjälp med positivt tänkande" (12, s 76).

Nu är så inte alltid fallet. Kritik finns i många fall när det gäller bemötande, kommunikation och respekt (13). Situationen är inte tillfredsställande, varken i Sverige eller i England. Därför kommer organisationer som BCHC till.

Enorm publicitet

I England har Lancet-studien fått enorm publicitet och lett till intensiv debatt. Artikeln "läckte" några dagar före publiceringen i Lancet, och författarna intervjuades i teve och press. Vid presskonferensen sägs vida slutsatser ha dragits från studien, långt utöver vad tillgängliga data ger täckning för (14).

Inte mindre än nio insändare som är kritiska mot studien återfinns i Lancets två första nummer efter publiceringen. Studien har också väckt uppmärksamhet i många andra länder och bli refererats i svenska massmedia. I Finland har en stor artikel publicerats med rubriken: "Är holistisk vård skadlig" (15)?

Är den det? – Låt oss se närmare på studien. Principiellt syftar den till att jämföra överlevande och

metastasfrihet hos BCHC-gruppen och kontrollgruppen.

Studiens brister

Vad kännetecknar då BCHC-gruppen? – Att den varit registrerad vid BCHC någon gång mellan 1 juni 1986 och 31 oktober 1987. Undersökningen analyserar inte om, och i så fall i vilken grad BCHC-gruppen har andra levnadsvanor än kontrollgruppen. På centret talas det en hel del om vegetarisk kost och motion, om vikten av att inte röka, att meditera etc. Men undersökningen analyserar inte om eller i vilken mån gruppen tagit till sig någon ändrad livsstil eller över huvud taget tillämpat något av vad den kan ha hört eller läst. En del kan bara ha gått dit vid enstaka tillfälle.

Rökningen är en faktor som omnämns i undersökningen. I BCHC-gruppen var bara sju procent rökare. Hur många som rökte i kontrollgruppen får man inte veta, bara att 34 procent utgör det nationella genomsnittet.

BCHC-gruppen består av dels patienter som fått och får den konventionella sjukvårdens skilda terapier, och dessutom möjligen av ett antal, okänt hur stort, som kan ha valt att avstå. I BCHC-gruppen hade fler än i kontrollgruppen genomgått kirurgisk behandling (mastectomi).

Resultaten av analysen visar att metastastendensen är 2,85 gånger större hos patienter som vänt sig till BCHC än hos övriga. Överlevnaden var 1,81 gånger större i kontrollgruppen än i BCHC-gruppen.

Den rimliga hypotesen för majoriteten forskare skulle vara att likartade grupper visar likartat överlevande. I varje fall finns inte något förnuftsmässigt skäl föreställa sig betydande skillnader.

Vad kan då det sämre resultatet för BCHC-gruppen bero på? – Forskargruppen utesluter dröjsmål i behandlingen till följd av att man företagit besök vid BCHC. Efter analys av journalerna finner man heller inget som tyder på skepsis mot att söka läkare till följd av inflytande från BCHC. 41 procent av BCHC-patienterna hade använt "alternativa terapier" av ett eller annat slag före första BCHC-besöket.

Kan det, frågar forskarna, ha uppstått negativa effekter till följd av "den stränga kosten"? – Skillnader i kostvanor har inte analyserats. Därför är frågan

.....
Forskarens första bud är att vara kritisk – inte minst mot de egna föreställningarna.
.....

irrelevant. Som läsare skulle man önska vetenskap om hur många av de cancerdrabbade kvinnorna som gjort små, måttliga respektive stora förändringar i sina matvanor under kortare eller längre tid (undersökningen omfattar en relativt begränsad period). Men det är inte troligt att kostomläggning har betydelse för patienter med bröstcancer i de stadier det här gäller.

Den rimligaste förklaring till olikheterna är skevhet i urvalet. Denna kan bero på att man inte tar hänsyn till och redovisar förekomsten av metastaser i hela det aktuella bröstcancermaterial varur patienterna är hämtade och att man inte har upplysning om receptorstatus och svar på endokrin behandling (16, 17).

Har livskvaliteten varit olika för de båda grupperna? – Undersökningen berör inte den frågan. Den ska bli föremål för en kommande rapport, meddelar forskarna.

Forskningen ifrågasätter

Hur reagerar man när forskningsresultat pekar tvärs emot vad man förväntat? – Sådana resultat är inte ovanliga. Ett exempel: en icke-randomiserad studie visar att medikamentbehandlade patienter med högt blodtryck har två gånger högre dödlighet än obehandlade (18). Ett annat: Män som aldrig varit gifta har mindre risk för coloncancer och rectumcancer än gifta, fränksilda och änklings (19).

När forskare kastar ett epidemiologiskt nät i havet av information kan både det ena och det andra fastna i maskorna. Vad som missats i BCHC-studien är dels annan *effekt*mätning än mortalitet och metastasering, tex livskvalitet. Den andra svagheden är *attribu*tionen, avsaknaden av analys av vad som kan ligga bakom de olikheter som observeras mellan grupperna. Den tredje är avsaknaden av den i och för sig önskvärda men tekniskt och etiskt praktiskt taget ogenomförbara *randomiseringen* (20).

En allmänmänsklig reaktion när data inte stämmer med våra föreställningar är att försvarsmekanismer aktiveras. Och när data strider mot förnuftet blir vi

lätt förvirrade. Men forskarens första bud lyder: "Var kritisk".

Nya hypoteser är utmanande: Är patientföreningar skadliga? Detta att flera cancerpatienter kommer samman på frivillig bas, kan det förvärra läget? Är det livsfarligt att befinna sig under samma tak som en vegetarian? Är hälsopedagogik äventyrlig för hälsan?

Låt oss anta att det i varje fall än så länge varken är livsfarligt eller metastaserande att säga: "Här behövs grundligare analytisk forskning!"

REFERENSER

1. Bagenal FS, Easton DF, Harris E, Chilvers CED, McElwain TJ: Survival of patients with breast cancer attending Bristol Cancer Help Centre. *Lancet* 1990; 336, 606–10.
2. Brohn, P: The Bristol programme. An introduction to the holistic therapies practiced by the Bristol Cancer Help Centre. London: Century, 1987.
3. LeShan L: Kämpa för livet. Stockholm: Liber, 1979.
4. Simonton C, Matthews-Simonton S, Creighton J: Du kan bli frisk igen. Stockholm: Wahlström & Wahlström, 1980.
5. Greer S, Morris T: Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study. *J Psychosom Res* 1975; 19: 147–53.
6. Greer S, Morris T, Pettingale KW: Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *Lancet* 1979; ii: 785–7.
7. Greer S: Cancer and the mind. *Br J Psychiatry* 1983; 143: 535–43.
8. Priestman TJ: et al – Stress and breast cancer. *Br J Cancer* 1985; 51, 493–8.
9. Cassileth BR, Lusk EJ, Miller DS, Brown LL, Miller C: Psychological correlates of survival in advanced malignant disease? *N Engl J Med* 1985; 3–12: 1551–5.
10. Ramirez AJ, Craig TKJ, Watson JP, Fentiman IS, North WRS, Rubens RD: Stress and relapse of breast cancer. *Br Med J* 1989; 298: 291–3.
11. Spiegel D, Bloom Jr, Kræmer HC, Hottheil E: Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; ii, 889–91.
12. Bolund C: Psyke och cancer, en diskussion om psykosomatiska teorier. *Svensk Medicin* 1986. Stockholm: Sprirapport 205, 1986.
13. Sätterlund Larsson U: Being involved. Patient participation in health care. Linköping: Linköpings universitet, 1989.
14. Bennet C: Letter to editor: Bristol cancer help centre. *Lancet* 1990; 336, 744.

Fullständig referenslista kan fås hos professor Edgar Borgenhammar, Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg, tel 031-69 39 00.