

”Ge extra stöd till ängsliga

Senaste forskningen är enig. Psykosociala faktorer påverkar cancer. Individanpassad vård kräver psykosocialt beaktande och kunskap om individen. **John Magnus Roos**, doktor i psykologi och forskare vid Centrum för konsumtionsvetenskap vid Göteborgs universitet och Veryday, förklarar här de psykosociala faktorernas betydelse vid cancer.

Den svenska cancervården har börjat inse att patienter är olika och att individuella skillnader bör beaktas i vårdkedjans olika delar. Från primärvården till rehabilitering och/eller palliativ vård.

Angereds Närsjukhus har exempelvis anpassat sig till sin målgrupp, som kännetecknas av låg socioekonomisk status och en hög andel utlandsfödda. Patienter i deras målgrupp avstår oftare från behandling än befolkningen i övrigt, på grund av okunskap och rädsla för konsekvenserna. I syfte att öka provtagning hos den specifika målgruppen användes modellen ”Ta med en vän”. Detta projekt exemplifierar att den svenska cancervården går mot en alltmer individanpassad vård, även om det runt om i landet föreligger stora skillnader i socioekonomiska och geografiska betingelser. Enligt den internationella forskningen är en individanpassning utifrån socioekonomisk status och bostadsort långt ifrån tillräcklig, då psykosociala faktorer har en större inverkan i cancerpatientens vårdkedja än demografiska, socioekonomiska och geografiska faktorer².

Denna artikel utgår från en presentation som hölls vid Medicine X konferensen vid Stanford University 2015³. Det är en sammanställning av 16 oberoende kvantitativa forskningsstudier med 3250 patienter med olika cancertyper. Jag har valt att fokusera särskilt mycket på de två senast publicerade studierna för att ge en djupare förklaring till hur psykosociala faktorer påverkar cancer.

ÄNGSLIGHET, COPINGSTRATEGI OCH LIVSKVALITET HOS NJURCANCERPATIENTER

Den första studien⁴ har undersökt hur personlighetsdragen ängslighet/neuroticism och coping påverkar den hälsorelaterade livskvaliteten (exempelvis förmågor, aktiviteter och symptom). Undersökningen baseras på 185 patienter i Norge med diagnosen njurcancer.

patienter!”



Resultatet från studien visar att förmågor, aktiviteter och symtom påverkas negativt av ängslighet och undvikande coping^A. Studien visar också att en hög grad av ängslighet leder till undvikande coping. Slutsatsen är att hög grad av ängslighet och undvikande coping är de två främsta förklaringarna till försämrade livskvalitet bland njurcancerpatienter. Beisland m.fl. (2015) visar att psykosociala faktorer, i form av personlighet och coping, har större betydelse för den hälsorelaterade livskvaliteten än många behandlingsrelaterade medicinska faktorer, som exempelvis tumörvariabler, njurfunktioner och lungmediciner.

PERSONLIGHETENS INVERKAN PÅ COPINGSTRATEGI VID MUNCANCER

Den andra studien³ har undersökt hur hälsorelaterade personlighetsdrag påverkar coping. Undersökningen baseras på 104 patienter i Tyskland med diagnosen muncancer.

De personlighetsdrag som förklarar ineffektiv, så kallad depressiv coping^B, är låg grad av livstillfredsställelse, hög grad av ängslighet, svårigheter att omvärdera situationen och undvikande av socialt stöd. De personlighetsdrag som förklarar effektiv, aktiv problemorienterad coping^C, är hög grad av prestationsorientering och hög grad av utåtriktning/social orientering. Både en låg grad av ängslighet och en hög grad av prestationsorientering är nödvändiga förutsättningar för en aktiv problemorienterad coping. Ängsliga patienter saknar ofta de kognitiva resurser som en sådan copingstrategi kräver och tvingas därför att bagatellisera sjukdomen eller ta till önsketänkande. Personer som är prestationsorienterade har en hög ambitionsnivå och betraktar sjukdomen som en uppgift som de själva skall hantera och lösa.

FORSKARES REKOMMENDATIONER TILL CANCERVÅRDEN

De två studier som presenterats här är representativa för de 16 studier som ingår i litteraturoversikten³. De skillnader som påträffas reflekterar olikheter i vad som studerats (exempelvis undvikande coping eller depressiv coping), snarare än meningsåtskillnader. På det stora hela är forskarna överens om betydelsen av psykosociala faktorer inom cancervården. Deras slutsatser är liknande, oavsett vilka mätinstrument som använts, cancertyp som studerats eller var studien har ägt rum.

I femton av de sexton studierna uttrycker forskarna en tydlig och enhetlig rekommendation till cancervården: "Ge extra stöd till ängsliga, ibland sårbara, patienter!" Det är anmärkningsvärt att forskare är så ense och att de dessutom uttryckligen ger så starka rekommendationer till intressenter utanför akademien. Framförallt rekommenderar de ett stöd till ängsliga och sårbara patienter tidigt i vårdkedjan, för att öka acceptansen hos nyligen diagnostiserade patienter. För att optimera behandlingen och öka livskvaliteten rekommenderas stöd till ängsliga patienter även senare i vårdkedjan.

I fem studier rekommenderas någon form av terapi till ängsliga patienter. Det är framförallt i studier som publicerats efter 2010 som terapi explicit rekommenderas, även om de tidigare studierna har varit inne på att särskilda åtgärder borde vidtas för att inkludera ängsliga patienter. I två studier rekommenderas KBT (kognitiv beteendeterapi) med fokus på att förändra den mentala uppfattning, patientens självkon-

troll och förmåga att söka stöd. KBT är relaterat till aktiv problemorienterad coping. I flera av studierna talas det om individanpassad terapi i syfte att minska depressionen och öka aktivitet. En utmaning med terapi till ängsliga patienter är att balansera mellan att ständigt tänka på oron och att helt tränga bort oron. Forskarna är överens om att terapin skall hjälpa patienterna att någonstans emellan dessa ytterligheter finna en mental plattform till aktiv problemorienterad coping. Personligheten som ligger bakom denna balans kan vara svår att ändra, men om den tas i beaktande så kan förutsättningar för bättre coping skapas. En annan utmaning med ängsliga patienter är att överhuvudtaget lyckas kommunicera med dem. Uppmuntran och positivt stöd tycks inte fungera särskilt bra på denna grupp, då de hellre lyssnar och tar till sig av negativa aspekter⁶. Dessutom har gruppen kognitiva inlärningssvårigheter i form av koncentration och minne⁴. Två av studierna menar att en viktig del av den individanpassade vården vilar på sjuksköterskornas axlar, vilka bör vara kapabla att känna in patienters unika behov. De rekommenderar därför en rekrytering av sjuksköterskor utifrån förmågor som empati, lyhördhet, kommunikation och öppenhet samt att sjuksköterskorna ges möjligheter till utbildning för att utveckla dessa förmågor.

ÄNGSLIGA PATIENTER BÖR FÅ TERAPI

Med tanke på den konsensus som råder bland forskare i frågan om psykosociala faktorerers inverkan på cancer, så är det dags att vi implementerar dessa råd i den praktiska verksamheten. Utifrån vad jag känner till så görs detta varken i Sverige eller någon annanstans, vilket kan förklaras av att de vetenskapliga rönen är relativt nya. Det finns idag bra screeninginstrument som kan användas tidigt i vårdkedjan för att identifiera personlighet och copingstrategi. Flera studier rekommenderar vårdpersonalen att använda sådana instrument, framförallt för att mäta graden av oro före en cancerbehandling så att lämpliga stödåtgärder kan vidtas. Om oroliga patienter erbjuds terapi under vårdkedjans olika faser, med betoning på den inledande fasen, så blir terapin givetvis en extra kostnad för sjukvården. Men enligt Cuijpers m.fl. (2010), så blir den totala kostnaden för ängsliga patienter ändå lägre. Kostnaderna för ängsliga patienter i den befintliga vårdstrukturen ökar betydligt mer genom vårdkedjan än för övriga patienter, då de kommer in fel från början. Därmed bör terapi för att få ängsliga cancerpatienter att acceptera situationen och bli mer handlingskraftiga ses som en besparing snarare än en kostnad⁷.

Enligt Letho-Järnstedt m.fl. (2004), är det viktigt att identifiera målgrupper för psykosociala interventioner. De menar att sådana insikter bör ligga till grund för inkluderande cancerbehandling. Det vore intressant att framöver screena för personlighet och copingstrategi för att undersöka betydelsen av olika interventioner för olika individer under olika faser av vårdkedjan. Detta är fullt möjligt, men det kräver långsiktiga samarbeten mellan socialpsykologiska forskare och sjukvården. Longitudinella undersökningar (mätningar på samma personer över tid) beträffande psykosociala faktorer i cancervården är mycket ovanliga. Enbart tre sådana studier har ingått i denna litteraturoversikt.

TILLBAKA TILL ANGERED

Avslutningsvis, efter njurcancer i Norge och muncancer i Tyskland, vill jag ta er tillbaka till Angereds Närsjukhus. Sjukhuset brukar lyftas som ett exempel på individanpassning inom den svenska cancervården, som en lyckad anpassning till utlandsfödda och patienter med låg socioekonomisk status. Som jag skrev inledningsvis så avstod sjukhusets målgrupp från cancerbehandling, på grund av okunskap och rädsla för konsekvenserna. Om vi skulle screena personlighet och copingstrategi för dessa patienter, så är en kvalificerad gissning att de skulle karaktäriseras av en hög grad av ängslighet samt undvikande eller depressiv coping (beroende på vilket mätinstrument som används). Angered är en stadsdel i nordöstra delen av Göteborgs kommun, vars socioekonomiska status skiljer sig betydligt från övriga Göteborg och övriga landet. I detta fall så är det lämpligt att vidta geografisk segmentering inom cancervården, precis som Angereds Närsjukhus har gjort och kanske fortfarande gör. Det föreligger dock två problem med fallet Angered. För det första så är fallet unikt, det är inte så vanligt att geografiska segment går att separera på detta sätt. För det andra, och kanske än viktigare, så är det en förenkling av individanpassad vård där vi tittar på anpassning till segment snarare än till individ.

VAD VÄNTAR VI PÅ?

Forskningen visar att psykosociala faktorer har en större betydelse för patienters behandling och upplevelser inom cancervården än geografiska, socioekonomiska och demografiska faktorer, liksom många medicinrelaterade faktorer. Eftersom det är fullt möjligt att inkludera psykosociala faktorer i cancervården, så måste frågan ställas – vad väntar vi på?

Jag är medveten om att det just nu viktas betydande åtgärder för att komma till bukt med regionala och socioekonomiska skillnader inom svensk cancervård. Men vi måste nog lyfta vårt perspektiv bort från dessa jämförelser och inse att sårbara patienter finns överallt, även om de inte har inkluderats i den statistik som vi jämför. Först då vi beaktar psykosociala faktorer så kan vi på allvar prata om en ”individpassad vård” och en ”demokratisering av sjukvården”^D. En av demokratiseringens viktigaste uppgifter, som jag ser det, är att hjälpa dem som på egen hand inte är jämlika med andra, så att de blir det. Denna uppgift blir allt viktigare, då utvecklingen inom sjukvården (exempelvis privatisering, globalisering och digitalisering) paradoxalt nog ställer allt högre krav på individen, för att individanpassa vården.

REFERENSER

Beisland, E., Beisland, C., Hjelle, K. M., Bakke, A., Aarstad, H., Aarstad, H. J. (2015). Health-related quality of life, personality and choice of coping are related in renal cell carcinoma patients. *Scandinavian Journal of Urology*, 49 (4), 282-289.

Brans, B., Van Den Eynde, F., Audenaert, K., Vervaeke, M., Van Saele, K., Van Herringen, C., Dierckx, R. A. (2003). Depression and anxiety during isolation and radionuclide therapy. *Nuclear Medicine Communication*, 24, 881-886.

Cancerrapporten (2013). Cancervård i Sverige. Nedladdad 9:e december, från <http://docplayer.se/388292-Cancervard-i-sverige-80-cancerfondsrapporten-2013-cancerfondsrapporten-2013-81.html>.

Cuijpers, P., Smit, F., Penninx, B-W et al. (2010). Economic cost of neuroticism: a population-based study. *Arch Gen Psychiatry*, 67, 1086-1093.

Letho-Järnstedt, U-S., Ojanen, M., Härkänen, T. & Kellokumpu-Lehtinen, P. (2004). Baseline psychosocial factors and survival in melanoma and breast cancer patients. *Psychology and Health*, 19, 103-104.

Shimizu, K., Nakaya, N., Saito-Nakaya, K., Akechi, T., Fujimori, M., Ogawa, A., Fujisawa, D., Goto, K., Iwasaki, M., Tsugane, S. & Uchitomi, Y. Clinical biopsychosocial risk factors for depression in lung cancer patients: A comprehensive analysis using data from the lung cancer database project. *Annals of Oncology*, 23, 1973-1979.

Rana, M., Gellrich, N-C., Czens, F., Kanatas, A. & Rana, M. (2014). Coping with oral cancer: the impact of health and disease-related personality traits. *Support Care Cancer*, 22, 2981-2986.

Roos, J. M. & Africano-Clark, D. (2015). Psychosocial influences on cancer: A Meta-Analytic Review. *Stanford University Medicine X*, Stanford, US, Sept 25-27, 2015.

Urcuyo, K. R., Boyers, A. E., Carver, C. S. & Antoni, M.H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health*, 2005, 175-192.

LITTERATURHÄNVISNINGAR I TEXTEN

1. Cancerrapporten, 2013.
2. Brans m.fl., 2003; Shimizum.fl., 2012.
3. Roos & Africano-Clark, 2015.
4. Beilsand m.fl., 2015
5. Rana m.fl., 2014
6. Urcuyo m.fl., 2005
7. Shimizu, 2012

ORDLISTA

A. Undvikande coping: Undvika att konfronteras med cancer. Exempelvis förnekelse, bortträngning, förskjutning av aggression och/eller substansanvändning.

B. Depressiv coping: En passiv och pessimistisk inställning som medför depression och ångestsyndrom. Exempelvis socialt undvikande och självömskan.

C. Aktiv problemorienterad coping: Att agera utifrån känslan av kontroll och tron på egenförmågan. Exempelvis riktade och strategiska åtgärder.

D. Fraserna ”personalized care” och ”democratizing the industry” användes som mantran bland IT-konsulter och läkare under de glada MedX-dagarna vid Stanford University 2015, där denna litteraturöversikt först presenterades.

