

Brug kræfterne

LEDER

Christoffer Johansen

Ugeskr Læger
2017;179:V68821

Mennesket skal bevæge sig, må bevæge sig, har det endda bedst, hvis det af og til bevæger sig. Der er biologiske, fysiologiske, psykologiske, sociale og politiske grunde til at bevæge sig. Der er lige så mange grunde til ikke at bevæge sig. Idræt gennemført sammen med andre eller alene spiller en positiv rolle, selvom tredje halvleg måske er den vigtigste. Det er derfor Sundhedsstyrelsen, WHO eller en hvilken som helst anden sundhedsautoritet fortæller os, hvor vigtigt det er at være fysisk aktiv. Således også når man får kræft. Der er i og for sig ikke noget galt med det budskab. I en rapport fra Idrættens Analyseinstitut fremgår det, at sandsynligheden for at være idrætsaktiv, når man har en grundskolebaggrund, er 47%, og den er 72%, hvis man har en lang videregående uddannelse. Data er fra en tværnsnitsundersøgelse (n = 3.914; 36% deltagelse) og kan derfor ikke sige noget om kausalitet, men kun om en sammenhæng. En frafaldsanalyse viser, at signifikant flere af deltagerne end af nonrespondenterne var idrætsaktive [1]. Men alligevel er det interessant.

Nu foreligger der et Cochranereview, der bygger på 32 randomiserede undersøgelser af fysisk træning blandt i alt 2.626 kvinder, der var i adjuverende behandling for brystkræft. I 16 af de 32 undersøgelser havde man randomiserede færre end 50 patienter, og kun i 14 havde man a priori beregnet det antal deltagere, der var nødvendigt for at vise en effekt [2]. Kvinderne havde trænet på forskellig vis i 6-52 uger. På tværs af undersøgelserne fandt man, at træningen i begrænset omfang påvirkede *fatigue*, der var en lille eller ingen forbedring af livskvaliteten og en forbedring af den kognitive funktion. Disse resultater bygger på undersøgelser, der er vurderet til at være af ringe til moderat kvalitet. Det er altså ikke så stærke data, vi har på bordet. Vores kollektive problem i sundhedssektoren er dog, at de patienter, der tager fat på træningsopgaven med interesse og overbevisning samt kan gennemføre den, kommer fra de samme sociale lag som vi selv. I analyser af, hvem der går ind i randomiseringer, når det drejer sig om forandringer af adfærd, er det et problem, at de, der ikke indgår i undersøgelserne, hyppigt har kort uddannelse, bor alene og har en anden kronisk sygdom, når kræften bliver opdaget. De lever i øvrigt signifikant kortere end de andre mere velstående kræftpatienter [3]. Cochranereviewet er komplet fri for én eneste betragtning om de virkelige barrierer for at indføre fysisk aktivitet i klinikken, inklusive den sociale virkelighed, lokaler, udstyr, terapeuter, udvikling og af-

prøvning af programmer. De naturvidenskabelige skyklapper er sat godt fast, så tunnelsynet er sikret, og dermed bliver hele projektet med at reviewe litteraturen mærkelig virkelighedsfraværende og lidt ligegyldig. For vi ved jo rent faktisk ikke, om konklusionen dækker andre end dem, der ønskede at indgå i studierne, hvilket sandsynligvis var de velfungerende kræftpatienter med uddannelse og et socialt netværk.

Desuden er fysisk aktivitet noget, der er koblet til ernæring, til det sociale fællesskab og til en række psykologiske dimensioner, som overhovedet ikke indgår i betragtningerne, hvilket medfører en simplistisk opfattelse af fænomenet. Trods disse begrænsninger mener jeg, at der er al mulig grund til at anbefale indførelse af fysisk træning som et led i kræftbehandlingen, fordi det skubber til patientens muligheder for selv at gøre noget under behandlingen. Det er opsigtsvækkende, at få, mindre undersøgelser viser, at hvis den fysiske træning iværksættes, før behandlingen af kræftsygdommen påbegyndes, bliver patienterne bedre i stand til at klare behandlingen [4]. Hvis patienten får nogle ugers præoperativ træning, kan mange forhold rettes op, så en række klassiske postoperative problemer måske bliver reduceret. Fysisk træning er derfor en potentielt vigtig komponent i enhver fase af behandlingen af kræft. Et langt mere påtrængende spørgsmål er, hvordan vi får udbredt interventionen til de borgere, der i princippet har det største behov.

LITTERATUR

1. Pilegaard M. Danskernes motions- og sportsvaner 2016. Idrættens Analyseinstitut, 2016.
2. Furmaniak AC, Menig M, Markers MH. Exercise for women receiving adjuvant therapy for breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 9:CD005001.
3. Dalton SO, Schüz J, Engholm G et al. Social inequality in incidence of and survival from cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003: summary of findings. *Eur J Cancer* 2008;44:2074-85.
4. Chen BP, Awasthi R, Sweet SN et al. Four-week prehabilitation program is sufficient to modify exercise behaviors and improve preoperative functional walking capacity in patients with colorectal cancer. *Support Care Cancer* 2017;25:33-40.

KORRESPONDANCE:

Christoffer Johansen,
Onkologisk Klinik,
Finsencentret,
Rigshospitalet. E-mail:
christof@cancer.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk