

Dansk resumé:

Socioøkonomisk status, henvisning og deltagelse i rehabilitering efter en kræftdiagnose. Et populationsbaseret studie i København, Danmark (2010-2015). Dalton S et al 2019.

Der er social ulighed i sundhed. Eksempelvis har uddannelseslængde betydning for adgangen til og brugen af sundhedstilbud. Det gør sig også gældende for kræftrehabilitering. Et nyt studie af Kræftens Bekæmpelse og Center for Kræft og Sundhed København (CKSK) viser, at kræftpatienter med lang uddannelse fortsat har større sandsynlighed for at blive henvist til og deltage i kommunal kræftrehabilitering end kræftpatienter med kort uddannelse.

Målet med rehabilitering er at opnå og vedligeholde det bedst mulige fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau samt at opnå et selvstændigt og meningsfuldt liv. Med sundhedsreformen i 2007 overgik en stor del af opgaven med rehabilitering og palliation på kræftområdet til kommunerne og blev dermed en tværsektoriel opgave. Både hospitalssektoren og den primære sundhedssektor er ansvarlige for at vurdere patientens behov for henvisning til rehabilitering. Implementeringen af systematisk behovsvurdering og henvisningspraksis har vist sig vanskelig.

CKSK er Københavns Kommunes rehabiliteringstilbud til københavnere med kræft. Allerede i et studie fra 2015 af Kræftens Bekæmpelse og CKSK "Social position and referral to rehabilitation among cancer patients" (Moustsen et al) fandt man, at kræftpatienter med lang og mellemlang videregående uddannelse havde henholdsvis 33% og 15% større sandsynlighed for at blive henvist til kræftrehabilitering i Københavns Kommune end patienter med kort uddannelse. Andre studier i Danmark viser ligeledes, at ikke alle kræftpatienter får lavet en systematisk behovsvurdering som en del af deres behandlingsforløb. Det er også vist, at patienter med lav social position oftere har uopfyldte behov efter endt rehabilitering og i mindre grad får tilbud om og deltager i kræftrehabilitering.

I dette nye studie af Kræftens Bekæmpelse og CKSK blev det undersøgt, om der fortsat er social ulighed relateret til sandsynligheden for at blive henvist til kommunal kræftrehabilitering. Desuden blev det undersøgt, om der er en social ulighed i, hvem der deltager i kræftrehabilitering, givet de er blevet henvist. Personer bosiddende i Københavns Kommune, der fik stillet en kræftdiagnose i årene 2010 til 2015, blev inkluderet i studiet. Oplysninger om kræftdiagnose blev indhentet fra Cancerregisteret, mens oplysninger om henvisning til samt deltagelse i kommunal kræftrehabilitering i CKSK (fremmøde til en indledende samtale) blev indhentet fra det kommunale journalsystem. Socioøkonomiske oplysninger om uddannelse, samlivs- og familieforhold samt disponibel indkomst blev indhentet fra nationale registre.

Resultater

Sandsynlighed for at blive henvist til kommunal kræftrehabilitering

- Fra 2010 til 2015 fik 13.059 københavnere stillet en kræftdiagnose. Heraf blev 19% henvist til kommunal kræftrehabilitering inden for to et halvt år efter endt behandling.
- Mænd og kvinder med lang uddannelse havde henholdsvis 30% og 33% større sandsynlighed for at blive henvist til kommunal kræftrehabilitering sammenlignet med de, der havde kort uddannelse.
- Mænd med mellemlang uddannelse havde 23% større sandsynlighed for at blive henvist til kræftrehabilitering end mænd med kort uddannelse.
- Mænd og kvinder med hjemmeboende børn havde henholdsvis 23% og 28% større sandsynlighed for at blive henvist til kommunal kræftrehabilitering end dem uden hjemmeboende børn.

Sandsynlighed for at deltage i kommunal kræftrehabilitering:

- Blandt de patienter, der blev henvist til kommunal kræftrehabilitering, deltog 81% i en indledende samtale i CKSK.
- Mænd og kvinder med lang uddannelse havde henholdsvis 72% og 56% større sandsynlighed for at deltage i kommunal kræftrehabilitering sammenlignet med de, der havde kort uddannelse.
- Mænd med mellemlang uddannelse havde 32% større sandsynlighed for at deltage i kommunal kræftrehabilitering end mænd med kort uddannelse.
- Kvinder med en høj indkomst havde 23% større sandsynlighed for at deltage i kommunal kræftrehabilitering end kvinder med lav indkomst.

Der er altså fortsat tydelige socioøkonomiske forskelle på, hvem der bliver henvist til kommunal kræftrehabilitering, men der er ligeledes forskel på, hvem der deltager i de kommunale kræftrehabiliteringstilbud.

Overgangen fra kræftbehandling til kræftrehabilitering påvirkes af systematiske forskelle i patientens sociale position og afspejler ikke nødvendigvis patientens behov for rehabilitering. Sandsynligheden for at blive henvist til kommunal kræftrehabilitering afhænger både af organisatoriske og sociale faktorer.

Sundhedsprofessionelle i hospitalssektoren er måske ikke bekendte med henvisningsprocedurerne og /eller omfanget af rehabiliteringstilbud i den kommunale praksis. Desuden kan ressourcestærke borgere bedre give udtryk for deres behov og ønsker for rehabilitering. Dette er mulige forklaringer på, at der fortsat er social ulighed i, hvem der bliver henvist, samt hvem der deltager i kræftrehabilitering.

Ifølge Sundhedsloven skal der være let og lige adgang til sundhedsydelse. På baggrund af de beskrevne resultater er der behov for, at der på hospitaler og i almen praksis arbejdes med en mere systematisk henvisning til kommunal kræftrehabilitering, men der er også behov for, at man i kommunerne vurderer, om man har de rette rehabiliteringstilbud til alle henviste kræftpatienter.

CKSK mener:

Ifølge sundhedsloven skal der være let og lige adgang til sundhedsydelser. Over 10 år efter strukturreformen er behovsvurdering og henvisning ikke implementeret fuldt ud. Derfor mener CKSK, at systematisk henvisning til kommunal kræftrehabilitering bør være obligatorisk og indgå som fast procedure. Lad behovsvurderingen foretages i kommunalt regi. Herved får man henvist kræftpatienter, der ikke er aktive i forhold til at udtrykke symptomer og behov, og som måske heller ikke nødvendigvis stiller så store krav til at få håndteret eventuelle uopfyldte behov.

Fokus fremadrettet i CKSK

Det er ikke tilfredsstillende, at der er social ulighed i, hvem der rent faktisk ender med at tage imod et tilbud om kommunal rehabilitering i CKSK. Centret vil derfor have fokus på, *hvorfor* nogle grupper i mindre grad deltager i kommunal rehabilitering. Denne viden skal udmøntes i en strategi for, hvordan vi som center gør, hvad der er muligt for at imødegå den sociale ulighed. Med CURA er det blevet muligt at arbejde struktureret med data i SUF og CKSK vil derfor monitorere løbende på den sociale ulighed i deltagelse i kommunal rehabilitering.

Studiet er finansieret af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune og Kræftens Bekæmpelse.