

Social ulighed i udbytte af behandling og rehabilitering blandt personer med type 2 diabetes

- Ansøgning vedrørende delprojekt 1

Baggrund

Ulige brug og udbytte af sundhedsydelser spiller en rolle i forhold til den sociale ulighed i sundhed (1–11). En ny undersøgelse fra Københavns Kommune finder, at prævalensen og konsekvenserne af sygdommen varierer markant efter uddannelse, tilknytningen til arbejdsmarkedet og etnicitet (12). Selvom personer med diabetes med kort eller ingen uddannelse har flere kontakter med almen praksis end dem med lang uddannelse (13), ses en selektion i henvisningen til rehabiliteringsydelser, og gruppen af mere sårbare patienter synes ikke at få tilstrækkeligt udbytte af tilbuddene (14,15). Ifølge forløbsprogrammerne for personer med type 2 diabetes bør patienter med høj sygdomskompleksitet henvises til behandling på hospitalet, men undersøgelser fra almen praksis viser, at de fleste højrisikopatienter følges i almen praksis (16). En kvalitativ undersøgelse blandt alment praktiserende læger om social ulighed i sundhed konkluderede, at den socialt sårbare patient – ubevidst – behandles lidt dårligere end den ressourcestærke patient (17). Konsekvenserne af ulighed i tilgængeligheden, i brugen af sundhedsydelser samt ulighed i muligheder for at benytte tilgængelige ydelser, inkluderer udstødelse af arbejdsmarkedet, uhensigtsmæssig brug af sundhedsydelser og forringet funktionsevne og livskvalitet (1). Et oversigtsstudie finder, at adgangen til- og brugen af sundhedsvæsenet betinges af den enkelte patients aktuelle ressourcer, der udfoldes i et samspil mellem både individets personlige og kontekstuelle forhold og de forhold, der påvirker, hvilke tilbud der er tilgængelige (18).

Der mangler detaljeret viden om mekanismer, der i mødet mellem patient og sundhedssystem, kan forklare den sociale ulighed i adgang og tilgængelighed, brug og udbytte af sundhedsydelser i det danske samfund. Indsigt i disse mekanismer vil give grundlag for udvikling af indsatser, der på længere sigt vil forebygge den sociale ulighed i mødet mellem patient og system. Sådant en indsats udvikles i dette studie (Delprojekt 3) på baggrund af eksplorerende studier (Delprojekt 1 og 2).

Formål

Projektets overordnede formål er, at forbedre socialt ressourcensvage personer med type 2 diabetes' udbytte af- og adgang til sundhedsvæsenet på tværs af sektorer.

Ansøgningen gælder studiets Delprojekt 1.

- Delprojekt 1 vil producere viden om faktorer i mødet mellem patient og behandler, som bidrager til den sociale ulighed i sundhedstilbud og udbyttet af disse blandt socialt ressourcetsvage patienter med type 2 diabetes.

- Delprojekt 2 vil afdække, hvorledes sundhedsydelsernes fysiske tilgængelighed, organiseringen af patientforløb, sundhedssystemets gennemsigtighed og muligheden for at navigere i sundhedssystemet interagerer med patienternes personlige og kontekstuelle betingelser – og hvilken rolle dette spiller for den sociale ulighed i deltagelse i og udbyttet af behandling og rehabilitering.

- Delprojekt 3 vil identificere og - i tæt samarbejde med de sundhedsprofessionelle - udvikle og afprøve tværsektorielle indsatser, der vil reducere den sociale ulighed i adgang og udbytte af behandlingen ved at forbedre behandlingen for de grupper, som ikke modtager optimal behandling.

Delprojekt 1 og delprojekt 2 vil dermed bidrage til Delprojekt 3 med viden om faktorer i organisering og udførelse af de aktuelle tilbud, som skal ændres for at socialt ressourcetsvage patienter kan deltage og få et tilfredsstillende udbytte.

Delprojekt 1

Formål og hypoteser:

Formålet med Delprojekt 1 er at afdække faktorer i mødet mellem patient og behandler, som bidrager til, at socialt ressourcetsvage patienter med type 2 diabetes ikke får samme sundhedstilbud og udbytte af tilbud som øvrige patienter.

Hypoteserne er:

1. At mål og aktiviteter i et vist omfang opgives, fordi de nuværende tilbud kræver forudsætninger, som gruppen af socialt ressourcetsvage patienter mangler, og at der således er dårligt ”match” mellem patient og tilbud.
2. At form og indhold i de nuværende tilbud medvirker til et begrænset udbytte og en begrænset deltagelse for socialt ressourcetsvage patienter.
3. At socialt ressourcetsvage patienter i mindre omfang ses som kandidater til sundhedsvæsenets tilbud.

Design, materiale og metoder

Data indsamles ved brug af observationer af konsultationer kombineret med semi-strukturerede interviews med sundhedsprofessionelle og patienter. Datamaterialet vil bestå af to datasæt:

Datasæt 1: Almen praksis: Der inkluderes to grupper af personer med type 2 diabetes i undersøgelsen: *socialt ressourcetsvage* karakteriseres ved ingen eller kort uddannelse og manglende tilknytning til arbejdsmarkedet; og *socialt ressourcestærke* karakteriseres ved mellemlang- eller lang videregående uddannelse og tilknytning til arbejdsmarkedet. Patienterne udvælges af de praktiserende læger. I almen praksis observeres 16 patientforløb. Ti socialt ressourcetsvage patienter og seks socialt ressourcestærke til sammenligning. For hver patient observeres 1-2 konsultationer med henholdsvis lægen og sygeplejersken, i alt 32-48 observationer. Der stiles imod at observere 2-3 på hinanden følgende kontakter. Læger, sygeplejersker og patienter interviewes efter de observerede kontakter. Interviews med patienter har fokus på, hvordan henholdsvis ressourcestærke- og ressourcetsvage patienter oplever deres møder med sundhedssystemet, og på hvorvidt patienterne oplever, at deres behov bliver imødekommet, og hvilke udbytte de har af tilbuddene. Interviews med sundhedsprofessionelle har fokus på vurderinger af patientens mulige udbytte af behandlings- og egenomsorgsaktiviteter, herunder hvorfor patienten henvises eller ikke henvises til yderligere tilbud, og hvilke faktorer ved patienten og mødet, som de bygger deres vurdering af relevante tilbud og målsætninger på. Patienter, som har fået konstateret type 2 diabetes indenfor det seneste halve år inkluderes. Patienter, der er demente, og patienter, der kræver tolkebistand, kan ikke indgå i studiet. De inkluderede konsultationer findes hos 10 praktiserende læger. Konsultationer videooptages i det omfang patienter og læger giver tilladelse til det.

Datasæt 2: Data indsamles på Endokrinologisk Ambulatorium på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Dataindsamlingen tilrettelægges i samarbejde med ambulatoriet, således at den dækker de 2-3 mest relevante møder mellem patient og sundhedsprofessionelle i starten af patienternes forløb. I alt inkluderes 32-48 konsultationer. Der anvendes samme selektionskriterier som i almen praksis; 10 plus seks patienter i ambulatoriet, hvor der både følges samtaler hos sygeplejerske og læge. En projektsygeplejerske udvælger patienterne. Med udgangspunkt i de observerede konsultationer gennemføres individuelle, kvalitative interview med henholdsvis sundhedsprofessionel og patient med fokus som i datasæt 1. Møder mellem patienter og behandlere videooptages i det omfang, patienter og behandlere giver tilladelse til det.

Undersøgelsen stiler imod at dække et bredt spektrum af praktiserende læger, hospitalslæger og sygeplejersker (maksimal variation (19)). Det tilstræbes således, at der indgår professionelle af

begge køn i undersøgelsen, professionelle med forskellig alder, med forskellig anciennitet og almen praksis med forskellige typer af organisering, dog alle med en praksissygeplejerske tilknyttet. Potentielle deltagere blandt praktiserende læger identificeres via Sundhed.dk og henvendelse sker via mail og brev til de enkelte læger. Henvendelsen udgår fra Forskningsenheden for Almen Praksis i København, som er de praktiserende lægers egen forskningsenhed. Rekrutteringsproceduren suppleres med præsentation af projektet i efteruddannelsesgrupper og lokale lægelaug. Undersøgelsen er godkendt hos Multipraksisudvalget, som anbefaler praktiserende læger at deltage. Multipraksisudvalget søges om dækning af honorar for deltagelse til praktiserende læger. Deltagende praktiserende læger honoreres efter Multipraksisudvalgets takst - kr. 129,32 for hver 10 minutter brugt på dataindsamling. Det anslås, at tidsforbruget for almen praksis er 2 timer for hver inkluderet patient.

Der er etableret samarbejdsaftaler med deltagende hospitalsafdelinger – underskrevne samarbejdsaftaler er vedlagt ansøgningen.

Analyse: Data består af interviews med patient og behandler i forlængelse af konsultationerne.

Dette materiale vil blive analyseret efter principperne i Systematisk Tekstkondensering (20).

Analysemetoden består af fire trin: 1) Helhedsindtryk efter gennemlæsning af teksten, 2) identifikation af meningsbærende enheder ud fra forskningsspørgsmål, 3) kondensering af mening i forhold til forskningsspørgsmål og 4) sammenfatning af beskrivelser og begreber. Videoptagelser af møder mellem patienter og behandlere – i det omfang de indgår - analyseres med konversationsanalyse (21). Med konversationsanalyse kan mekanismer i selve interaktionen, som medvirker til at patienten ender som kandidat eller ikke-kandidat til forskellige behandlinger, tilbud og målsætninger, beskrives (18).

Gennemførlighed

Der er indgået aftaler med samarbejdspartnerne i Københavns Kommune, på Endokrinologisk Afdeling på Bispebjerg Hospital og på Center for Forskning og Uddannelse i Almen Medicin, KU. Fra Københavns Kommune er der indgået samarbejde med Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Center for Sundhed ved Centerchef Karen Nørskov Toke og med Center for Diabetes ved Centerchef Charlotte Glümer. Fra Endokrinologisk Afdeling på Bispebjerg Hospital er der indgået samarbejde med Overlæge Hans Perrild og Afdelingssygeplejerske Solveig Jansen. Fra Center for

Forskning og Uddannelse i Almen Medicin, KU er der indgået aftale med forskningsleder Susanne Reventlow.

Studiedesignet på Endokrinologisk Ambulatorium på Bispebjerg Hospital er udarbejdet i samarbejde med afdelingen, og studiet i almen praksis er anbefalet af Multipraksisudvalget. Projektet i almen praksis udføres af forskningslektor Ann Dorrit Guassora, som har stor erfaring med denne type design og dataindsamling i almen praksis og med rekruttering fra almen praksis og med deltagelse af docent, antropolog Gitte Wind, Metropol, som har stor erfaring med observationsstudier. Konversationsanalyse udføres i samarbejde med sprogpsykolog, lektor Søren Beck Nielsen, Institut for Nordiske Studier og Sprogvidenskab, Københavns Universitet. Vurdering af tidsforbrug og antal deltagere er baseret på erfaring fra tidligere velgennemførte projekter. Studiet vil inkludere i alt 32 personer med ny-diagnosticeret diabetes fra henholdsvis 10 forskellige praktiserende læger og Endokrinologisk Ambulatorium på Bispebjerg Hospital. Tal fra Region Hovedstaden viser, at andelen af nye diabetestilfælde ligger på 0,5% (22) svarende til at en alment praktiserende læge med 1500 patienter har omkring syv personer med ny-diagnosticeret diabetes om året. Der er omkring 900 personer i Bispebjerg Hospitals optageområde, der får konstateret diabetes hvert år (22).

En styregruppe nedsættes med repræsentation fra almen praksis (praktiserende læge Jonas Meile, hospitalspraksiskonsulent KAP-H.), fra Tværsektoriel Forskningsenhed, Region Hovedstaden, og fra Sundheds-og Omsorgsforvaltningen centerchef Charlotte Glümer, Center for Diabetes, Københavns Kommune.

Tabel 2. Tidsplan

Aktiviteter	2017												2018					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
Styregruppemøde																		
Udarbejdelse af interviewguides og observationsguides																		
Indgåelse af aftaler om rekruttering, observationer og interviews																		
Rekruttering af deltagere																		
Gennemførelse af interviews og observationer																		
Databearbejdning																		
Dataanalyse																		
Afrapportering af resultater og artikelskrivning																		

Tværspektorielt samarbejde

Projektet hviler på en dataindsamling i både almen praksis og Endokrinologisk Ambulatorium på Bispebjerg Hospital, samt efterfølgende inddragelse af Københavns Kommunes Center for Diabetes i en fælles diskussion. Delprojekt 1 og 2 vil bidrage med viden og faktorer af betydning for henvisning til og brug af tilbud på tværs af sektorer og dermed til udviklingen af en intervention som vil forbedre patientforløb med inddragelse af alle tre sektorer.

Etik og tilladelser

Indsamlede data i form af lyd- og billedoptagelser vil blive opbevaret i henhold til forskrifter angivet i Lov om behandling af personoplysninger. Projektet er anmeldt til Datatilsynet. Data offentliggøres i anonymiseret form. Projektet er anmeldt til De Videnskabetiske Komiteer for Region Hovedstaden, som har meddelt, at projektet indgår i kategorien ”projekter uden anmeldelsespligt” og derfor ikke skal godkendes hos dem. Informeret samtykke fra såvel deltagende professionelle som patienter indhentes, og underskrevet kopi af samtykkeerklæring til alle deltagere udleveres. Undersøgelsen er godkendt af DSAMs Multipraksis-udvalg.

Relevans og perspektiv

Delprojekt 1 bidrager med viden om, hvilke konsekvenser de sociale forskelle i det kliniske møde har for patienternes udbytte af konsultationen og for deres videre vej i sundhedsvæsenet.

Samlet vil projektet bidrage til udvikling af et bedre tværsektorielt tilbud, som passer til en målgruppe, som i dag ikke har fuldt udbytte af mødet med sundhedsvæsenet og dermed til reduktion af ulighed i sundhed.

Formidling

Resultaterne af Delprojekt 1 formidles i to artikler i internationale peer-reviewed tidsskrifter; én omhandlende konsultationsforløb, der fører til, at patienter ikke ses som kandidater til sundhedsvæsenets tilbud – og én omhandlende patienters og professionelles rationaler for deres handlinger i det faktiske møde. Desuden vil resultaterne formidles på temadag for Tværsektoriel Forskningsenhed, ved oplæg hos deltagende parter, via DSAMs nyhedsbrev, på nordisk konference i almen medicin 2019 samt i en artikel til Månedsskrift for Almen Praksis.

Tegn med mellemrum: 13.726 med tabeller og figurer og uden referencer

Referencer

1. Diderichsen, F; Andersen, I; Manuel C. Ulighed i sundhed - årsager og indsatser. København; 2011.
2. Søndergaard G, Biering-Sørensen S, Michelsen SI, Schnor O, Andersen A-MN. Non-participation in preventive child health examinations at the general practitioner in Denmark: a register-based study. *Scand J Prim Health Care* [Internet]. 2008;26(1):5–11. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3406629&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
3. Kjellén M, Von Euler-Chelpin M. Socioeconomic status as determinant for participation in mammography screening: Assessing the difference between using women's own versus their partner's. In: *International Journal of Public Health*. 2010. p. 209–15.
4. Von Euler-Chelpin M, Olsen AH, Njor S, Vejborg I, Schwartz W, Lynge E. Socio-demographic determinants of participation in mammography screening. *Int J Cancer*. 2008;122(2):418–23.
5. Frederiksen BL, Jørgensen T, Brasso K, Holten I, Osler M. Socioeconomic position and participation in colorectal cancer screening. *Br J Cancer*. 2010;103(10):1496–501.
6. Palència L, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, Puigpinós R, Pons-Vigués M, Pasarín MI, et al. Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: Influence of the type of screening program. *Int J Epidemiol*. 2010;39(3):757–65.
7. Rasmussen JN, Rasmussen S, Gislason GH, Buch P, Abildstrom SZ, Køber L, et al. Mortality after acute myocardial infarction according to income and education. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(4):351–6.
8. Rasmussen JN, Chong A, Alter D a. Relationship between adherence to evidence-based pharmacotherapy and long-term mortality after acute myocardial infarction. *Jama* [Internet]. 2007;297(2):177–86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17213401>
9. Rasmussen JN, Gislason GH, Rasmussen S, Abildstrom SZ, Schramm TK, Køber L, et al. Use of statins and beta-blockers after acute myocardial infarction according to income and education. *J Epidemiol Community Heal* [Internet]. 2007;61(12):1091–7. Available from:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2465659&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

10. Friis Karup A. Socioeconomic position and the effect of an educational intervention on onset of mobility disability in community-living older people. 2010.
11. Dalton SO, Steding-Jessen M, Jakobsen E, Mellemegaard A, Osterlind K, Schuz J, et al. Socioeconomic position and survival after lung cancer: Influence of stage, treatment and comorbidity among Danish patients with lung cancer diagnosed in 2004-2010. *Acta Oncol.* 2015;54(5):797–804.
12. Cities Changing Diabetes. Urban Diabetes: understanding the challenges and opportunities. København; 2015.
13. Dalsgaard EM, Vedsted P, Fenger-Gron M, Sandbaek A, Vestergaard M. Socioeconomic position and contact to general practice among persons with diabetes. *Prim Care Diabetes.* 2012;6(4):313–8.
14. Johansen, KS; Rasmussen PCA. Hvem deltager og hvem deltager ikke i patientuddannelse. Evaluering af sygdomsspecifik patientuddannelse i Region Hovedstaden. København; 2012.
15. Holm, AH; Andersen, GS; Diderichsen F. Rule of Halves analysis for Copenhagen. København; 2015.
16. Lassen B. Erfaringer med stratificering af diabetespatienter i almen praksis. *Behandlerbladet.* 2009;28:8–15.
17. Lindberg, LG; Wiuff, MB; Grøn, L; Dyhr L. Social ulighed og sårbarhed i almen praksis. *Månedsskrift for almen praksis.* 2012;90(10):848–54.
18. Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, Annandale E, Arthur A, Harvey J, et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. [Internet]. *BMC medical research methodology.* 2006. p. 35. Available from: <http://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-6-35>
19. Kuzel A. Sampling in qualitative inquiry. In: Crabtree, B; Miller W, editor. *Doing Qualitative research.* Thousand Oak: Sage Publications; 1999. p. 33–46.
20. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Heal* [Internet]. 2012;40(8):795–805. Available from: <http://snp.sagepub.com/content/40/8/795.full.pdf>

21. Nielsen, MF; Nielsen S. Samtaleanalyse. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2005.
22. KM R, AV B, Jeppesen M, CJ L, Glümer C. Kroniske sygdomme - forekomst af kroniske sygdomme og forbrug af sundhedsydelser i Region Hovedstaden. 2012.