|  |
| --- |
| Dokument oprettet 16. juli 2020Sag 17-2020-00591 – Dok. 496020 |

# Lige adgang til kræftscreeninger for mennesker med handicap

*Resumé*

*Mennesker med funktionsnedsættelser har ikke lige adgang til forebyggende screeninger for livmoderhals-, bryst- og tarmkræft. Ifølge en DH-undersøgelse har hver fjerde oplevet problemer med at deltage i screeninger. Andre undersøgelser peger i samme retning. Det skyldes en række barrierer, der hindrer lige adgang: ringe tilgængelighed, for lidt fokus på behovene hos mennesker med handicap mv. Der er behov for en samlet strategi med det formål at øge deltagelsen. Kortlægning af problemet, mål for at øge deltagelsen, bedre tilgængelighed, sundhedstjek for de meste udsatte og øget fokus på forebyggelsen på bosteder er nogle af de håndtag, der skal drejes på.*

Problem

Mennesker med funktionsnedsættelser deltager i mindre omfang end andre i forebyggende screeninger for kræft.

DH har lavet en undersøgelse blandt vores medlemmer og spurgt, om man har oplevet problemer med at deltage i kræftscreeninger. [[1]](#footnote-1)

23 % af dem, der oplyser at have et handicap eller en langvarig sygdom, har oplevet problemer med at deltage i screeninger en eller flere gange. Altså hver fjerde.

Statens Institut for Folkesundhed offentliggjorde i 2017 en omfattende undersøgelse af ”Voksne med

cerebral parese i Danmark” med fokus på deres sociale og helbredsmæssige situation. [[2]](#footnote-2)

Kun 44 % af alle kvinder med CP i alderen 23-61 år har været screenet for

livmoderhalskræft inden for de seneste fem år. For kvinder uden CP er det 76 %.

Det lave tal dækker over store forskelle. Blandt kvinder med CP, som er

svært motorisk handicappet og har en påvirket intellektuel udvikling, er kun 12 % blevet screenet inden for de seneste fem år.

Kun 16 % af de kvinder, der har CP og bor på botilbud, er blevet screenet. Blot 13

% af dem, der stadig bor hjemme, er blevet screenet for livmoderhalskræft.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at også andre handicapgrupper har ringere deltagelse.

Baggrund

I Danmark screenes der på nationalt plan for tre kræftformer, som hvert fører til mange dødsfald:

* Screening for brystkræft tilbydes alle kvinder mellem 50 og 69 år
* Screening for livmoderhalskræft tilbydes alle kvinder mellem 23 og 64 år.
* Screening for kræft i tyk- og endetarmen tilbydes alle borgere mellem 50 og 74 år.

Det er regionerne, der står for at tilbyde screeningerne. De er dermed bl.a. ansvarlige for, at nationale retningslinjer følges, og at information går ud til alle målgrupper.

Barrierer

At deltagelsen for mennesker med funktionsnedsættelser er lav, er ikke nødvendigvis udtryk for et bevidst valg. Det har mere noget at gøre med, at de oplever en række barrierer for at deltage.

Barriererne kan være lidt forskellige, alt efter hvilket tilbud der er tale om. Screening for brystkræft skal foregå med specialiseret udstyr og kan ikke foretages hjemme. Anderledes med tarmkræft, der i hovedsagen bygger på en hjemme-prøve. Barriererne kan også afhænge af, hvilket handicap man har.

Transport: Det er ikke mulighed for befordring eller befordringsgodtgørelse til screeninger. Begrundelsen er, at der er tale om ”frivillige” tilbud.

Manglende fysisk tilgængelighed kan være en udfordring – fx hvor der er mobile enheder (busser), som man kan ikke komme ind i, hvis er kørestolsbruger.

Manglende kognitiv/psykisk tilgængelighed: Det er et ikke særlig synligt eller italesat problem. Men for nogle borgere med angst, autisme, hjerneskade eller andre psykiske/kognitive funktionsnedsættelser kan det være svært at overskue at møde op i et venteværelse eller til en undersøgelse. Jf. denne borgers kommentar fra DH-panel-undersøgelsen:

”*Det er meget svært at svare retvisende på dette spørgeskema, når man har både fysiske og psykiske funktionsnedsættelser. Jeg er f.eks. usikker på om det er taget med i betragtning, at et åbent venteværelse kan være en betragtelig forhindring for en autist, selvom det er særdeles velindrettet for en kørestolsbruger. En af mine store udfordringer har været, at regionen har bestemt, at blodprøver bestilt af sygehuset også skal tages på sygehuset. Så i stedet for at gå ned til min egen læges kendte sygeplejerske 800 meter væk, skal jeg nu køre mindst 20 kilometer (30 kilometer hvis jeg vil til et kendt sygehus) og have taget blodprøven på sygehuset af en ukendt bioanalytiker. Min erfaring er, at der er lang ventetid i et overfyldt venteværelse på sygehuset, og det kan jeg på ingen måde være i. Derfor er der blodprøver jeg ikke har fået taget, og derfor er jeg blevet afsluttet fra nødvendig behandling af en fysisk lidelse på grund af et psykisk handicap*.”

Mangel på målrettet og tilgængelig information: Det hører til undtagelserne, at information på hjemmesider, indkaldelsesbreve mv. er målrettet forskellige handicapgruppers behov. Læse let-udgaver til personer med nedsat kognitiv funktionsnedsættelse, information på tegnsprog o.l. eksisterer stort set ikke.

Manglende støtte til egenomsorg: Der er borgere med funktionsnedsættelser, der har svært ved at tage hånd om egen sundhed. De skal have hjælp til at forstå et brev med indkaldelse til en undersøgelse, hjælp til tidsbestilling, til befordring, til at tage prøven mv. Og de kommer sjældent til læge af sig selv – der skal der derfor organiseres et regelmæssigt lægetjek for disse borgere.

Manglende italesættelse af sundhed: Det varierer fx meget, hvor meget viden om og fokus på sundhed, der er på de forskellige bosteder.

Manglende viden om og inddragelse af personer med funktionsnedsættelser: Ser man på faglige anbefalinger, kræftplaner, retningslinjer, rapporter mv. inden for screeningsområdet, så er handicapviden- og vinkler næsten fraværende. Inden for livmoderhalskræft er der – især på grund af CP-undersøgelsen – dog en gryende erkendelse af, at man må gøre et eller andet for at højne deltagelsen blandt personer med funktionsnedsættelser

Privatliv og selvbestemmelse: Det er forståeligt, at pårørende og personale kan finde det svært at tale om – eller hjælpe med – noget med underliv og den slags. Og personer med funktionsnedsættelser har jo ret til selvbestemmelse og til privatliv lige som alle andre. Så tilbageholdenhed over for det private kan udgøre en barriere. Men det er muligt at håndtere emner som screening på en professionel måde over borgere med funktionsnedsættelser.

Hvad kan der gøres?

Hvis deltagelsen for mennesker med handicap skal øges, skal der drejes på flere håndtag. Der er også behov for en samlet tilgang, der dækker alle tre former for screeninger. Og som sikrer en ensartet tilgang i alle regioner.

Der er flere barrierer, der skal tages fat. Manglende fokus på handicap-målgrupperne, manglende viden, problemer med tilgængelighed og transport, manglende støtte til dem der ikke er så gode til at tage hånd om egen sundhed.

’Det er nødvendigt at øge indsatsen på bosteder, men det gør det ikke alene. Der er mange, der bor for sig selv eller hos pårørende. Dem skal man også gøre noget for at nå.

Forslag

1. Der er behov for mere viden om den faktiske deltagelse blandt grupper med funktionsnedsættelser. Der bør afsættes midler en afdækning heraf samt til udvikling af anbefalinger om tiltag til at højne deltagelsen. Som led i arbejdet skal der gives et bud på en indikator, således at det bliver muligt at følge udviklingen i deltagelsen.

2. Der bør fastættes mål for øget deltagelse. Der skal løbende monitoreres på, hvordan det går med at øge deltagelsen (jf. forslag 1). Opgaven kan ligge i regi af kvalitetsdatabaserne for de tre kræftscreeninger.

3. Myndigheder og lægefaglige organer (Sundhedsstyrelsen, regionerne, National Styregruppe for Livmoderhalskræft m.fl.) bør i højere grad inddrage handicapviden deres faglige anbefalinger om kræftscreeninger. Det kan fx ske ved at gå i dialog med patienter med funktionsnedsættelser og deres organisationer.

4. Regionerne bør styrke deres information om kræftscreeninger målrettet personer med handicap. Herunder information om mulighederne for sikring af pragmatiske løsninger på handicappede borgeres individuelle behov – det der også kaldes ”rimelig tilpasning”.

Konkret bør det fremgå af indkaldelsesbrevene, hvor man kan ringe eller skrive, såfremt man har en funktionsnedsættelse og har behov for yderligere information eller hjælp til at komme til screening.

5. Der bør indføres et regelmæssigt sundhedstjek til borgere med betydeligt nedsat kognitiv eller psykisk funktionsevne hos praktiserende læge. I sundhedstjekket skal lægen bl.a. spørge ind til – og hjælpe med – deltagelse i relevante kræftscreeninger. [[3]](#footnote-3)

6. Sundhedsindsatsen på bosteder skal styrkes. Kvaliteten skal højnes, dels gennem et løft bl.a. af personalets sundhedsfaglige kompetencer, dels gennem udvikling af faglige retningslinjer for sundhedsarbejdet på bosteder. Det skal være en prioriteret opgave at italesætte deltagelse i kræftscreeninger og hjælpe beboere med at komme til læge, ambulatorium e.l. [[4]](#footnote-4)

7. Tilgængeligheden skal forbedres. Der bør fx være adgang for kørestolsbrugere, personer med svær overvægt mv. til de steder, hvor man udfører mammografi.

8. Der bør indføres en mulighed for befordring eller befordringsgodtgørelse for personer med funktionsnedsættelser, der ikke kan transportere sig på anden måde til kræftscreeninger.

1. DH-panel-undersøgelse ”Mødet med sundhedsvæsenet for mennesker med handicap” (ikke offentliggjort endnu) [↑](#footnote-ref-1)
2. <https://www.ft.dk/samling/20171/almdel/SUU/bilag/61/1814296/index.htm> [↑](#footnote-ref-2)
3. Se forslag her: <https://handicap.dk/politik/vidensbank?search=sundhedstjek&f%5B0%5D=category%3A153> [↑](#footnote-ref-3)
4. Se forslag i DH’s vækstpakke: <https://handicap.dk/politik/vidensbank?search=hjulene>

Bostedet Tangkær i Region Midt er et eksempel på et botilbud, der har sat fokus på deltagelse i kræftscreeninger. ”Sundhedstjek 2011 – 2014” Region Midt, Tangkær (2015): <https://www.svo.rm.dk/siteassets/om-specialomradet/tangkar/sundhedstjek-2011-2014-rapport.pdf> [↑](#footnote-ref-4)