

Som du spørger, får du svar: Social (u)lighed i kommunikation om kræft

Annemarie Dencker

Programleder for pårørendeområdet i Det Nationale Sorgcenter,
cand.mag. i pædagogik og antropologi, ph.d.

Postdoc ved Statens Institut for Folkesundhed, SDU (2019-2021)

Middelfart 1. juni 2023

COMPAS

Danish Cancer Society National Center for Optimal Outcomes for All – COMPAS
Kræftens Bekæmpelses Nationale Forskningscenter for Lighed i Kræft – COMPAS

1. **Kommunikation: Hvad er på spil?**
2. Organisation
3. Navigation
4. Palliation
5. Livsstilsinterventioner under kræftforløbet
6. Fysisk træning forud for operation



Hvad er på spil?

Hvordan møder sundhedspersonale socialt forskellige kræftpatienter?

Hvilke mekanismer i kommunikationen mellem patienter og sundhedspersonale kan producere og reproducere social ulighed?



Programleder for
pårørendeområdet,
Annemarie
Dencker, DNS



Seniorforsker, Pia
Vivian Pedersen,
SIF



Professor Tine
Tjørnhøj-Thomsen,
SIF

A qualitative study of mechanisms influencing social inequality in cancer communication

Annamarie Dencker^{1,2} | Tine Tjørnhøj-Thomsen¹ | Pia Vivian Pedersen¹

¹Research Department for Health and Social Context, National Institute of Public Health, University of Southern Denmark, København, Denmark

²Department for Research, The Danish National Center for Grief, København, Denmark

Correspondence
Annamarie Dencker, Research Department for Health and Social Context, National Institute of Public Health, University of Southern Denmark, Studiestræde 6, DK-1455 København, Denmark.
Email: ad@sorgcenter.dk

Funding Information
Danish Cancer Society

Abstract

Objective: To understand and describe mechanisms influencing social inequality in cancer communication between patients, companions and healthcare professionals.

Methods: The study was based on observations of 104 encounters and 30 semi-structured interviews with nurses and medical doctors on three Danish oncology wards. Observations, interviews and subsequent analysis were guided by the theoretical framework of cultural health capital developed by Shim to investigate mechanisms that may generate social inequality in cancer communication. The analysis addressed both interactive processes and interpretative meanings.

Results: Information exchange was affected by (1) patient insight and preparation, (2) the presence of companions, and (3) communicating on patients' "home ground." Patients who, on the basis of language and hygiene, were assessed to have low capacity, received less information. Lack of mutual exchange of information left healthcare professionals and patients with fewer opportunities to provide—or receive—the best treatment.

Conclusion: Exchange of information between patients, companions and healthcare professionals is co-constructed in a mutual dynamic. To avoid social inequality in cancer communication, it is crucial that questions and answers allow proportionate insight into disease and treatment both for patients and for healthcare professionals.

KEYWORDS

cancer, communication, cultural competency, health disparities, health literacy, physician-patient relations

Information

KRONIK

Læger ved ofte for lidt om patienternes liv – og det kan have konsekvenser

Selv om alle patienter rammes hårdt af et kræftbehandlingsforløb, lever dårligt stillede patienter i færre år end de bedst stillede. Et opgør med uligheden kræver, at læger registrerer og handler på flere informationer om patienterne, skriver sundhedsforsker Annamarie Dencker i dette debatindlæg



Som du spørger, får du svar: Social ulighed i kommunikation om kræft

Bevidst kommunikation kan bidrage til at hjælpe de dårligt stillede borgere med at håndtere deres kræftsygdom.



Fag & Forskning 2021 ; (2): 34-41. Sygeplejefaglige artikler
Annamarie Dencker, cand.mag. i pædagogik og antropologi
Tine Tjørnhøj-Thomsen, mag.scient.
Pia Vivian Pedersen, cand.scient. i sociologi



Series

Magasinet Perspektiv & debat – nye veje i kræftbehandlingen nr. 27

Tema: Social ulighed i kræftbehandling

SOCIAL ULIGHED I KRÆFTBEHANDLING

Den tavse sårbarhed

Hvordan udfolder social ulighed i kræft sig i behandlingsforløbet? Og er sundhedspersonalet utilsigtet med til at reproducere den sociale ulighed i deres møde med patienten? Annamarie Dencker, postdoc. ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og Dansk Forskningscenter for Lighed i Kræft (COMPAS), er ved at lægge sidste hånd på et studie, der skal gøre os klogere på det.

- Det er veldokumenteret, at der er stor social ulighed i kræft. Både ved diagnose og behandling af kræft og i overlevelsen efter en kræftsygdom. Formålet med vores studie er at undersøge, om der er nogle mekanismer og møder, der interagerer på i mødet mellem sundhedspersonale og patient, som kan bidrage til at fastholde og reproducere den sociale ulighed, indleder Annamarie Dencker.

De seneste 18 måneder har hun interviewet 15 sygeplejersker og 15 læger, samt observeret samspelet mellem sundhedspersonale og patienter ved 104 konsultationer på tre forskellige kræftafdelinger, der behandler patienter med lungekræft, kræft i urinvejene og malignt melanom.

for at tillære mere nuancerede betragtninger. De ville derfor hellere danne deres eget indtryk af patienten, fremfor at læse om dem i journalen, fortæller Annamarie Dencker og forklarer, at sundhedspersonalets forbehold også bunder i erfaringer med, at patienters sociale forhold ikke nødvendigvis kan forudsige kræftforløbet.

- De har oplevet at sidde overfor en patient med en længevarende uddannelse og et godt job, hvor det på papiret så ud til, at behandlingsforløbet ville forløbe glidende, men hvor det ikke gik sådan. Eller en patient med kort uddannelse og sociale udfordringer i familien, hvor det gik langt bedre end forventet, fordi patienten havde et stærkt netværk, som havde støttet op under forløbet.

Design

- ETNOGRAFISK STUDIE
- Observationer af 104 konsultationer (104 patienter og 65 pårørende)
- 15 lægeinterview
- 15 sygeplejerskeinterview

- Modermærkekræft
- Lungekræft
- Blære,-prostata,- og testikelkræft

Viden om patientens sociale situation

- Uddannelse
- Erhverv
- Arbejdssituation
- Civilstand
- Boligforhold
- Pårørende og deres tilstand

'Social anamnese'

Ingen systematik med hensyn til sociale oplysninger hvad angår:

- *Hvor* oplysningerne findes
- *Hvem* der har noteret oplysningerne
- *Hvad* man har noteret
- *Hvornår* oplysningerne noteres
- *Hvorfor* de er relevante

Hvad er på spil?

- Tidspres
- Registreringstræthed
- Værdier i mødet med patienten

Værdi I: At møde patienten hvor patienten er

Citat om at ikke at undersøge eller interessere sig for, hvad folk laver eller er uddannet. Ønsket er at møde patienten, hvor patienten er og behandle patienten for det, han eller hun kommer for.

Værdi II: Undgå fordomme om patienten

Citat om at ville møde patienten som et individ og ikke som en social kategori for på den måde finde ud af, hvor personen 'er henne' og undgå fordomme.

Værdi III: At være åben for 'her og nu'

Citat om at kommunikationen med patienten bør tage udgangspunkt i her og nu uden for megen forhåndsviden - og med åbenhed for, at kommunikationen med patienten er en dynamisk proces.

Mulige konsekvenser af ikke at vide

Citat om at konsekvenserne ved at være orienteret om det sociale lidt for sent er, at behandlingsbeslutninger kan blive uhensigtsmæssige, når man ikke ved nok om patienterne - og derfor kommer til at tro, at de er mere robuste, end de reelt er.

Når du ikke spørger, får du ikke svar

Undtagelser:

- Når der er knas i kommunikationen
- Når der er synlige problemer

Konsekvenser:

- Mangel på viden om patienternes baggrund fremmer *fornemmelser* i kommunikationen som arbejdsværkstøj
- Hvad sker der, når sundhedspersonalet kommunikerer ud fra *fornemmelser* uden at involvere patienterne?

At møde patienten hvor patienten er

Citat om at dialoger bliver indrettet efter, hvordan sundhedspersonalet fornemmer, at patienten kan modtage det, der bliver sagt – og at jo mere veluddannet patienten synes at være, jo mere nuanceret kan man tegne billedet.

Som du spørger får du svar

Læge: ~~_____~~
Lægesamtale 13/9 - 20 19

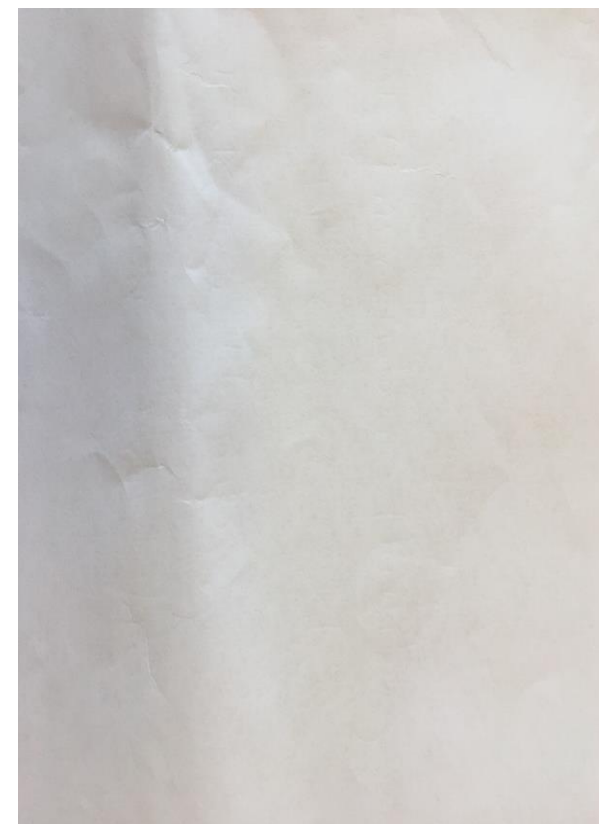
- Magnesium? 0,77 - 0,94 normal
Tilføjelse? 0,70 - 0,62 - 0,72 - 0,61
⇒ 2 x dagligt
- Hoste ... kan/skal der gøres noget ved det? *Almindeligt*
- Parkeure 25-26-37-42 mm/s km?
God ide
- Næseblod gr. blodplader
- Uge 39-40 (og derefter)
23/9 og 30/9 blodprøver *zenerende blod magnesium*
- Blod tallene

	12/7	2/8	13/8	23/8	10/9
Røde (hemoglobin)	8,7	8,3	7,5	7,4	5,7
Hvide (leukocytter)	9,8	9,4	25,4	14,3	1,8
Plader (trombocytter)	160	215	458	107	32

79

Mindst 100, ny prøve mandag vil sikkert være ok

MOTION?
Nyretal?
VITAMINER? Kalk
HVAD SKER DER MED
KNOBLERNE I KR OPPEN?
KOLESTEROL igen



Input til anbefalinger

- Systematisk registrering (form og indhold)
- Undervisning i socialt anamneseoptag (opmærksomhed på barrierer)
- Undervisning af sundhedspersonale i reflektiv praksis (præ- og postgraduat)
- Øget fokus på det relationelle aspekt og sundhedspersonalets *egen* rolle i forhold til at producere og reproducere social ulighed

Konklusion

Sundhedspersonalets opgave er ikke alene at undersøge, forstå, inddrage og imødekomme patientens sundhedskompetencer

Sundhedspersonalets opgave er OGSÅ at være bevidst om egne holdninger, værdier og blinde vinkler i mødet med patienten

ÆDLE VÆRDIER KAN BLIVE TIL BLINDE VINKLER

Tak for opmærksomheden!
ad@sorgcenter.dk



Tabel 1. Baggrundsdata for læger og sygeplejersker (n = 30)

	Læger (n=15)	Sygeplejersker (n=15)
Køn		
Mænd	5	0
Kvinder	10	15
Alder	29-60 (gennemsnit: 42)	28-66 (gennemsnit: 45)
Antal års erfaring	2-32 (gennemsnit: 14)	1-44 (gennemsnit: 19)

Tabel 2. Baggrundsdata for patienter og pårørende (n = 169)

	Patienter (n=104)	Pårørende (n=65)
Køn		
Mænd	60	21
Kvinder	44	44
Uddannelse		
Kort (7-13 år)	33	23
Mellem (14-16 år)	37	26
Lang (17+)	21	16
Alder		
<40	19	11
40-60	19	22
60-80	56	29
>80	10	3
Afdeling		
Lungekræft	30	24
Urologisk kræft	36	17
Modermærkekræft	38	24
Civil status		
Single	24	6
I et forhold	80	59
Mindst én pårørende med		
Ja	48	-
Nej	56	-
Pårørende		
Partner	-	44
Voksne børn	-	15
Forældre	-	2
Venner eller anden familie	-	4