

Roy A. Nielsen

Kreftpasienters behov, bruk og vurdering av rehabiliteringstilbudet

Roy A. Nielsen

Kreftpasienters behov, bruk og vurdering av rehabiliteringstilbudet

© Fafo 2011
ISSN 0804-5135

Innhold

Innhold	3
Forord	4
Introduksjon	5
Kort om datagrunnlaget	7
Behov for rehabilitering	9
Behov for fysioterapi	12
Behov for psykolog.....	13
Behov for fysisk opptrening	16
Behov for sosionom	16
Antall behov.....	17
Bruk av rehabiliteringstilbudet	20
Bruk av fysioterapi.....	22
Antall tilbud benyttet	22
Udekket behov for rehabilitering	25
Udekket behov for psykolog.....	27
Udekket behov for fysisk opptrening.....	27
Antall udekkede behov.....	28
Vurdering av rehabiliteringstilbudet	31
Vurdering av omfang av bruk og behov for rehabilitering.....	33
Oppsummering	35
Referanser	38

Forord

Formålet med dette notatet er å fremskaffe mer kunnskap om kreftrammedes rehabiliteringstilbud. Hvilke pasienter har behov for rehabilitering, hvem benytter rehabiliteringstilbudet og hvilke pasienter er det som opplever å ha rehabiliteringsbehov som ikke blir dekket? Datagrunnlaget som benyttes her er det samme som ble benyttet i deler av rapporten *Kreftrammedes levekår* (Fløtten m.fl. 2008), og utfyller funn rapportert der.

Prosjektet er gjennomført på oppdrag for Kreftforeningen, og arbeidet er gjennomført av Roy A. Nielsen. Takk til Bente Øverli i Kreftforeningen og til Tone Fløtten i Fafo for innspill og tilbakemeldinger.

Oslo, januar 2011

Roy A. Nielsen

Introduksjon

I Norge fikk mer enn 26 000 personer en ny kreftdiagnose i 2008. Omtrent to av tre som får en kreftdiagnose er i live fem år etter at de fikk diagnosen, og det lever i dag over 190 000 personer i Norge som tidligere har fått en kreftdiagnose (Kreftregisteret 2009).

Selve kreftbehandlingen kan, for enkelte kreftrammede, være en stor belastning. Cellegift, stråling, hormonterapi og kirurgi, hver for seg eller i ulike kombinasjoner, kan ha store effekter på psykisk og fysisk helse (Fosså, Loge og Dahl 2008). Dersom selve kreftbehandlingen reduserer helsa til den enkelte pasient, kan det være behov for videre oppfølging gjennom ulike rehabiliteringstilbud under og etter kreftbehandlingen.

Vi skal her undersøke kreftrammedes egen vurdering av behov for rehabilitering. Vi skal også undersøke hvilke tilbud de har benyttet, hvilke tilbud de savner og hvordan de vurderer det totale rehabiliteringstilbudet de har fått.

Selv om det er stort behov for mer kunnskap om ulike typer rehabilitering (SH-dir 2004, Fosså m.fl. 2008), foreligger det studier som viser at visse former for rehabilitering motvirker *fatigue* og har positiv innvirkning på livskvalitet hos kreftrammede (Juvet m.fl. 2009).

I tillegg til at man i flere sammenhenger har etterlyst studier av effekten av og kvaliteten på eksisterende rehabiliteringstilbud, er det også slik at man i dag vet forholdsvis lite om hvilke kreftpasienter som har behov for rehabilitering (Fosså m.fl. 2008).

I en ny studie ble det vist at endret sysselsettingsstatus som følge av kreftdiagnosen økte behovet for alle typer rehabilitering, og at kreftpasienter som ble behandlet med cellegift utmerket seg med et omfattende behov for rehabilitering (Thorsen m.fl. 2011). Behovet for de ulike rehabiliteringstilbudene for seg, og for ulike kreftdiagnoser, presenteres av Fløtten og kolleger (2008). Iversen, Holmboe og Dahle (2010) har vist at kreftrammede gjennomgående er lite tilfreds med rehabiliteringstilbudet.

Datagrunnlaget i dette notatet er det samme som ble benyttet av Thorsen og kolleger (2011) og av Fløtten og kolleger (2008), og det vil således være en visst tematisk overlap mellom analysene der og det som presenteres her. Analysene hos Fløtten m.fl. (2008) kobler imidlertid i liten grad rehabilitering opp mot andre kjennetegn hos kreftpasientene. Thorsen m.fl. (2011) legger størst vekt på det opplevde *behovet* for rehabilitering, selv om de også undersøker udekket behov.

Bortsett fra utdanningsnivå og arbeidsmarkedsstatus, som ble undersøkt av Thorsen m.fl. (2011), vet vi lite om hvordan rehabiliteringsbehovet varierer med pasientenes opplevelse av egen økonomi, endringer i egen økonomi og problemer med utgifter. I dette notatet vil vi undersøke sammenhengen mellom disse forholdene og behovet for rehabilitering, bruk av rehabiliteringstilbudet, udekkede behov for rehabilitering samt vurdering av rehabiliteringstilbudet.

Vi vil gjennomgående undersøke hvor omfattende behovet (dekket eller udekket) og bruken er, og til slutt se om vurderingen av rehabiliteringstilbudet avhenger av hvor omfattende behovet og bruken er. Enkelte pasienter vil ikke oppleve å ha behov for rehabilitering, noen vil klare seg med ett tilbud, mens andre har behov for såkalt kompleks rehabilitering (jf. Thorsen m.fl. 2011), altså for to eller flere typer rehabilitering. Når det gjelder behov for og bruk av enkelttilbud, vil vi kun se på utvalgte rehabiliteringstilbud, for eksempel tilbud som det er mange pasienter som har behov for, som mange har benyttet eller som mange savner (udekket tilbud).

Kort om datagrunnlaget

Våren 2008 ble det sendt ut et spørreskjema til kreftpasienter som fikk en kreftdiagnose i 2005 eller 2006. Inklusjonskriteriene var at pasientene var bosatt i Norge, at de var i alderen 25–60 år da de fikk diagnosen, at de var pasienter ved enten Ullevål universitetssykehus, Sykehuset i Vestfold, Haukeland Universitetssykehus eller St. Olavs Hospital i Trondheim, og at pasientene hadde en malign diagnose. Kun pasienter med de ti vanligste diagnosene for henholdsvis kvinner og menn ble inkludert (bl.a. kreft i tarm, lunge, bryst, livmor, eggstokk, prostata, testikkel, blære, samt lymfom og leukemi).

Kreftregisteret identifiserte 2848 pasienter som ble vurdert av sine respektive sykehus. 328 pasienter ble strøket, og 2522 spørreskjema ble sendt ut. For enkelte personer var adressen feil (N=29), enkelte var avdøde, og noen opplyste at de ikke hadde kreft (N=7). Bruttoutvalget besto dermed av 2486 pasienter, hvorav 1347 pasienter returnerte utfylt skjema, noe som betyr at svarandelen er 54 prosent. En nærmere beskrivelse av surveyen finnes i Fløtten m.fl. (2008).

I denne studien har vi i tillegg tatt ut 26 pasienter som verken har svart på spørsmål om behov for eller bruk av rehabiliteringstilbudet, noe som gir et datagrunnlag bestående av 1321 kreftpasienter.¹

Beskrivende statistikk presenteres i tabell 1. Som vi ser er to tredjedeler (70,4 prosent) av pasientene som inngår i utvalget kvinner, nesten to tredjedeler (64 prosent) er mer enn 50 år og nesten halvparten har høyere utdanning. Denne fordelingen av kjønn og alder skyldes at de ulike diagnosene rammer kjønnene ulikt og i forskjellig alder. Brystkreft er den klart største enkelt diagnosen, med 40 prosent av pasientene.

Omtrent halvparten av pasientene hører til i sørlige og østlige deler av landet (noe som henger sammen med hvilke sykehus som inngår i undersøkelsen), og andelen som var i jobb ble redusert fra diagnosedato til gjennomføringen av surveyen. De fleste vurderer økonomien sin som god, omtrent en tredjedel har opplevd endringer i økonomien, et mindretall har problemer med løpende utgifter, mens en av fem oppgir at de ville fått problemer med en uforutsett regning på 5000 kroner.

Når vi presenterer de ulike kjennetegnene med hensyn til behov for og bruk av rehabiliteringstilbudene, minner vi om at det i mange tilfeller kan være andre kjennetegn som forklarer deler av de observerte sammenhengene. Alle sammenhenger er kji-kvadrattestet og i utgangspunktet kommenteres kun signifikante sammenhenger.

¹ En del av disse har ikke svart på enkeltspørsmål i studien, derfor vil antall som inngår i tabellene variere. Det fremgår av hver enkelt tabell hvor mange som inngår.

Tabell 1. Beskrivelse av krefttrammede som inngår i undersøkelsen.

	Andel	N
Kvinne	70,4	1309
Alder		
Gj.sn. (s.d.)	52,1 (8,5)	1304
T.o.m. 45 år	19,6	256
46-50 år	16,3	2133
51-55 år	22,2	289
56-60 år	26,8	350
61 år og eldre	15,0	196
Utdanning		
Universitet/høyskole	46,6	1305
Bostedsregion		
Sørøst-Norge	48,2	633
Vest-Norge	24,2	317
Midt- og Nord-Norge	27,6	362
Total	100,0	1312
Hovedbeskjeftigelse		
I arbeid v diagnose	81,4	1303
I arbeid v survey	68,1	1271
Endret økonomi		
Bedre økonomi	6,9	89
Ingen endring	63,2	815
Dårligere økonomi	29,9	386
Total	100,0	1290
Vurdering av økonomi		
God eller svært god	62,6	1309
Problem m/løpende utgifter:		
Av og til/ofte	15,5	1305
Problem med uforutsett regning		
Ja	20,6	1303
Diagnose		
Bryst	40,7	533
Prostata	9,1	119
Livmor/eggstokk	10,5	138
Øvrige diagnoser (M)	20,5	268
Øvrige diagnoser (K)	19,2	251
	100,0	1309
Behandling		
Cellegift og stråling oa.	34,0	449
Cellegift uten stråling oa.	17,3	228
Kirurgi og stråling/kun stråling	12,2	161
Kun kirurgi	26,1	345
Øvrige kombinasjoner	10,4	138
	100,0	1321

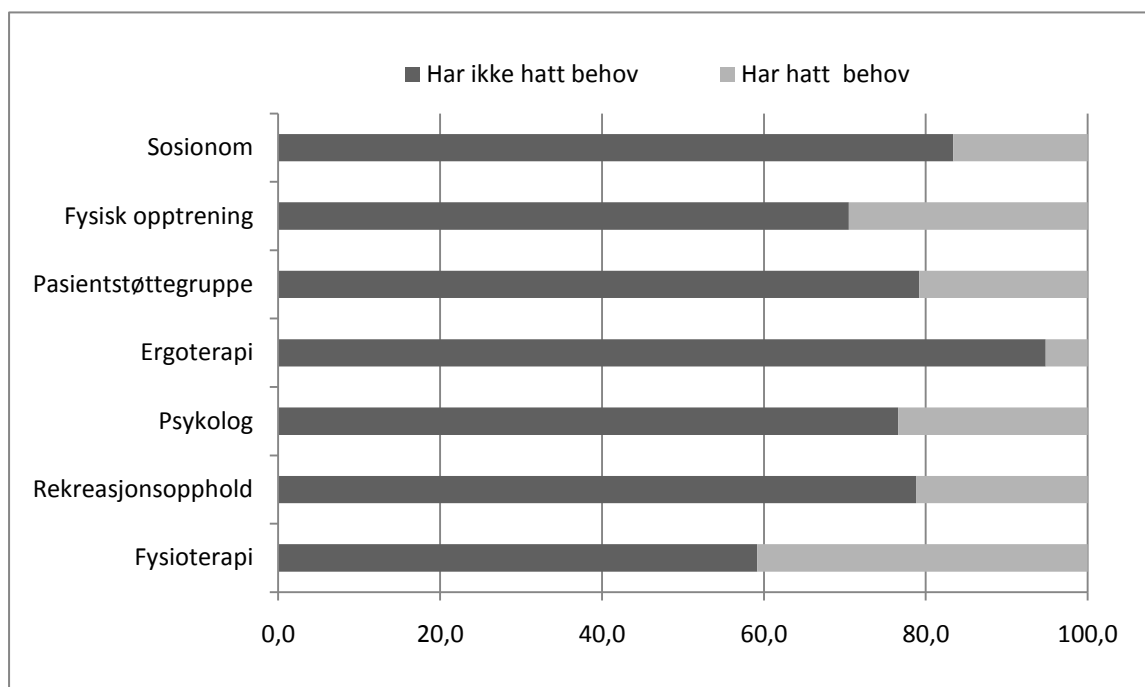
Note: Behandling følger inndelingen hos Thorsen et al (2011).

Behov for rehabilitering

Behovet for ulike former for rehabilitering vil være avhengig av hvilken diagnose en pasient har, hva slags behandling som gis og en rekke andre forhold. Noen av disse skal vi se nærmere på under.

Når vi ser på kreftpasientene samlet, og på deres vurdering av behovet for ulike typer rehabilitering, finner vi at det er enkelte behov som oppleves som sterkere enn andre. Behov for fysioterapi utmerker seg med klart høyest andel, over 40 prosent, som mener at de har behov for denne typen rehabilitering. Omtrent 30 prosent melder om behov for fysisk opptrening, mens litt over 20 prosent har behov for psykolog, rekreasjonsopphold, pasientstøttegruppe og sosionom. Godt under 10 prosent rapporterer om behov for ergoterapi.

Figur 1. Andel krefttrammede som har hatt behov for ulike typer rehabilitering. Prosent. (N=1304)



Note: personer som har meldt om minst ett behov er vurdert til ikke å ha de øvrige behovene, siden de ikke har svart på spørsmålene som angikk disse.

Tabell 2. Andel kreftrammede som oppgir at de har hatt behov for fysioterapi. Prosent (*= signifikant sammenheng).

	Ikke behov	Noe behov	Stort behov	N
Alle	56,9	26,8	16,3	1234
Kjønn *				
Mann	76,7	16,4	6,9	360
Kvinne	48,7	31,2	20,2	863
Alder *				
T.o.m. 45 år	56,6	23,8	19,7	244
46-50 år	43,2	34,2	22,6	199
51-55 år	50,2	31,4	18,5	271
56-60 år	67,7	20,6	11,7	325
61 år og eldre	64,4	26,7	8,9	180
Utdanning				
T.o.m. videregående skole	58,1	25,6	16,3	649
Universitet/høyskole	56,2	28,0	15,8	575
Bostedsregion *				
Sørøst-Norge	53,3	29,1	17,6	591
Vest-Norge	64,6	21,8	13,6	294
Midt- og Nord-Norge	56,7	27,2	16,1	342
Hovedbeskjeftigelse v/diagnose				
Ikke arbeid	56,9	26,6	16,5	218
Arbeid/student	56,9	26,6	16,5	1003
Hovedbeskjeftigelse v/survey *				
Ikke arbeid	43,2	31,4	25,4	370
Arbeid/student	63,1	24,1	12,8	818
Endret økonomi *				
Bedre enn før	70,2	19,0	10,7	84
Ingen endring	66,4	23,6	9,9	766
Verre enn før	33,5	35,5	31,0	355
Vurdering av økonomi *				
Dårlig/middels	44,4	30,9	24,7	450
God eller svært god	64,3	24,3	11,4	774
Problem m/løpende utgifter *				
Aldri eller sjelden	59,7	26,1	14,2	1037
Av og til eller ofte	42,1	30,1	27,9	183
Problem med uforutsett regning *				
Nei	59,8	26,1	14,1	971
Ja	46,2	29,6	24,3	247
Diagnose *				
Bryst (K)	37,0	38,2	24,9	511
Prostata (M)	80,8	13,5	5,8	104
Gynekologisk (K)	74,2	17,7	8,1	124
Øvrige diagnoser (M)	74,9	17,6	7,5	255
Øvrige diagnoser (K)	61,0	22,8	16,2	228
Behandling *				
Cellegift og stråling oa.	29,0	43,6	27,4	427
Cellegift uten stråling oa.	55,3	26,4	18,3	208
Kirurgi og stråling/kun stråling	74,1	15,0	10,9	147
Kun kirurgi	82,4	13,2	4,4	319
Øvrige kombinasjoner	68,4	19,5	12,0	133

Tabell 3. Andel kreftrammede som oppgir at de har hatt behov for psykolog. Prosent (*= signifikant sammenheng).

	Ikke behov	Noe behov	Stort behov	N
Alle	73,3	19,9	6,7	1143
Kjønn *				
Mann	79,7	17,8	2,5	354
Kvinne	70,6	20,8	8,6	778
Alder *				
T.o.m. 45 år	60,8	25,4	13,8	240
46-50 år	69,6	22,2	8,2	171
51-55 år	70,1	24,1	5,7	261
56-60 år	82,6	14,4	3,0	298
61 år og eldre	86,6	10,8	2,5	157
Utdanning *				
T.o.m. videregående skole	77,0	17,5	5,5	578
Universitet/høyskole	70,2	22,0	7,8	554
Bostedsregion				
Sørøst-Norge	70,3	23,4	6,4	548
Vest-Norge	76,9	15,9	7,2	277
Midt- og Nord-Norge	76,4	17,2	6,5	309
Hovedbeskjeftigelse v/diagnose				
Ikke arbeid	66,8	25,1	8,0	199
Arbeid/student	74,7	18,9	6,4	931
Hovedbeskjeftigelse v/survey *				
Ikke arbeid	59,4	29,5	11,1	325
Arbeid/student	78,7	16,2	5,1	780
Endret økonomi *				
Bedre enn før	82,1	16,7	1,3	78
Ingen endring	81,3	15,1	3,6	720
Verre enn før	53,6	31,2	15,1	317
Vurdering av økonomi *				
Dårlig/middels	61,2	25,2	13,6	412
God eller svært god	80,2	16,9	2,9	723
Problem m/løpende utgifter *				
Aldri eller sjelden	76,8	18,3	4,9	966
Av og til eller ofte	52,7	29,1	18,2	165
Problem med uforutsett regning *				
Nei	77,1	18,2	4,7	913
Ja	57,4	26,9	15,7	216
Diagnose *				
Bryst (K)	68,8	22,5	8,7	448
Prostata (M)	79,0	16,2	4,8	105
Gynekologisk (K)	75,4	17,5	7,1	126
Øvrige diagnoser (M)	79,8	18,5	1,6	248
Øvrige diagnoser (K)	71,9	19,2	8,9	203
Behandling *				
Cellegift og stråling oa.	62,2	28,0	9,8	368
Cellegift uten stråling oa.	67,2	22,2	10,6	198
Kirurgi og stråling/kun stråling	85,8	12,1	2,1	141
Kun kirurgi	82,1	14,2	3,8	318
Øvrige kombinasjoner	79,7	16,1	4,2	118

Behov for fysioterapi

Det rehabiliteringstilbudet som klart flest har behov for, er fysioterapi. Over 40 prosent av de kreftrammede rapporterer om behov for fysioterapi. Størst variasjon i behovet for fysioterapi finner vi mellom de ulike behandlingsformene og mellom de ulike diagnose-ene. Pasienter som er behandlet med både cellegift og stråling er den gruppen som melder om klart størst behov, over 70 prosent av disse har behov for fysioterapi. Dette er en behandling som en stor andel av pasientene får. Blant kreftrammede som kun er behandlet kirurgisk er det bare en av fem som melder om behov for fysioterapi. Dette er den enkeltgruppen som melder om minst behov for fysioterapi.

Mer enn seks av ti brystkreftpasienter, som bare er kvinner, melder om behov for rehabilitering. Blant prostatapasientene, som kun er menn, er det mindre enn en av fem som har behov for rehabilitering. Prostatapasientene er av enkeltgruppene med minst behov for rehabilitering.

Pasienter med dårlig økonomi, og pasienter som ikke var i arbeid da surveyen ble gjennomført, melder også om stort behov for fysioterapi. To av tre pasienter som har opplevd at økonomien har forverret seg har behov for fysioterapi. Nesten en av tre i denne gruppen har stort behov for fysioterapi, og er dermed den gruppen med høyest andel som har stort behov. I gruppen uten arbeid, og blant pasienter som har dårlig økonomi eller økonomiske problemer, er det nesten seks av ti som har behov for fysioterapi.

Over halvparten av kvinnene har behov for fysioterapi, mens dette gjelder knapt en fjerdedel av mennene. Andelen kvinner som har stort behov for fysioterapi er nesten like stor som summen av noe behov og stort behov hos mennene.

Det er de yngste og de eldste som i størst grad mener at de ikke har behov for fysioterapi, mens det er pasienter rundt 50 år som rapporterer om størst behov.

Det er litt variasjon i behov for fysioterapi etter bostedsregion. Pasienter på Vestlandet melder om et litt mindre behov enn pasienter bosatt andre steder.

Utdanningsnivå og hovedbeskjeftigelse ved diagnosetidspunktet har ikke betydning for behovet for fysioterapi.

Behov for psykolog

Litt mer enn en av fire kreftpasienter oppgir at de har hatt behov for samtale med psykolog. De som har størst behov for å snakke med psykolog er pasienter med svak økonomi og pasienter som var uten arbeid da surveyen ble gjennomført. Nesten halvparten av pasientene som har opplevd en forverring i økonomien etter at de ble syke, eller som har problemer med å takle løpende utgifter, har behov for psykologbistand. Det er de som har dårlig økonomi som oftest melder om stort behov for psykolog som en del av rehabiliteringstilbudet.

Pasienter som ikke var i arbeid da surveyen ble gjennomført opplever også et klart større behov for psykolog enn andre. Drøyt 40 prosent av de som var uten arbeid hadde behov for psykolog, mens andelen var omtrent 20 prosent blant de som var i arbeid.

Blant yngre pasienter er det et noe større behov for psykologbistand som en del av rehabiliteringstilbudet enn det er blant eldre pasienter. De yngste pasientene er blant de som oftest har stort behov for psykolog.

Det er noe variasjon i behovet for psykolog etter hva slags behandling pasientene har fått. Det er særlig pasienter som har blitt behandlet med cellegift som melder om behov for psykolog, mens pasienter som har fått andre behandlinger i liten grad har behov for psykolog.

I hovedsak er det liten variasjon mellom ulike diagnoser. Over 30 prosent av brystkreftpasientene har behov for psykolog, mens dette gjelder for 20 prosent av prostata-pasientene.

Kvinner har litt større behov for psykolog enn det menn har, og høyt utdannede har litt større behov enn de med kortere utdanning. Bosted og hovedbeskjeftigelse ved diagnose har ikke betydning for behovet for psykolog.

Tabell 4. Andel krefttrammede som oppgir at de har hatt behov for fysisk opptrening. Prosent (*= signifikant sammenheng).

	Ikke hatt behov	Noe behov	Stort behov	N
Alle	66,5	20,3	13,2	1150
Kjønn				
Mann	69,5	19,9	10,5	361
Kvinne	65,3	20,2	14,5	779
Alder *				
T.o.m. 45 år	65,8	18,4	15,8	234
46-50 år	52,0	26,8	21,2	179
51-55 år	65,5	19,5	14,9	261
56-60 år	74,5	16,2	9,3	302
61 år og eldre	69,6	24,7	5,7	158
Utdanning *				
T.o.m. videregående skole	70,4	18,6	11,0	582
Universitet/høyskole	63,1	21,4	15,5	556
Bostedsregion				
Sørøst-Norge	66,4	19,5	14,2	550
Vest-Norge	68,6	19,1	12,3	277
Midt- og Nord-Norge	65,4	22,2	12,4	315
Hovedbeskjeftigelse v/diagnose				
Ikke arbeid	62,4	24,4	13,2	197
Arbeid/student	67,3	19,3	13,4	941
Hovedbeskjeftigelse v/survey *				
Ikke arbeid	54,5	27,6	17,9	330
Arbeid/student	71,3	17,3	11,4	781
Endret økonomi *				
Bedre enn før	79,5	16,7	3,8	78
Ingen endring	76,6	14,2	9,2	725
Verre enn før	41,8	33,6	24,5	318
Vurdering av økonomi *				
Dårlig/middels	55,6	26,3	18,1	403
God eller svært god	72,4	16,9	10,7	740
Problem m/løpende utgifter *				
Aldri eller sjelden	69,0	19,6	11,3	978
Av og til eller ofte	51,2	24,1	24,7	162
Problem med uforutsett regning *				
Nei	68,9	19,0	12,1	921
Ja	55,8	25,8	18,4	217
Diagnose *				
Bryst (K)	61,5	21,9	16,6	447
Prostata (M)	76,2	19,0	4,8	105
Gynekologisk (K)	71,0	20,2	8,9	124
Øvrige diagnoser (M)	66,7	20,4	12,9	255
Øvrige diagnoser (K)	70,0	16,4	13,5	207
Behandling *				
Cellegift og stråling oa.	49,7	29,6	20,7	372
Cellegift uten stråling oa.	52,2	26,4	21,4	201
Kirurgi og stråling/kun stråling	81,7	13,4	4,9	142
Kun kirurgi	84,4	10,5	5,1	315
Øvrige kombinasjoner	77,5	15,0	7,5	120

Tabell 5. Andel kreftrammede som oppgir at de har hatt behov for sosionom. Prosent (*= signifikant sammenheng).

	Ikke hatt behov	Noe behov	Stort behov	N
Alle	80,8	15,6	3,6	1126
Kjønn				
Mann	84,2	13,5	2,3	349
Kvinne	79,3	16,6	4,2	767
Alder *				
T.o.m. 45 år	76,4	18,5	5,2	233
46-50 år	72,9	22,4	4,7	170
51-55 år	78,2	19,1	2,7	257
56-60 år	88,1	9,2	2,7	294
61 år og eldre	88,5	9,0	2,6	156
Utdanning				
T.o.m. videregående skole	81,9	13,9	4,2	576
Universitet/høyskole	80,2	17,0	2,8	540
Bostedsregion *				
Sørøst-Norge	78,8	16,8	4,5	537
Vest-Norge	85,7	11,0	3,3	272
Midt- og Nord-Norge	80,6	17,5	1,9	309
Hovedbeskjeftigelse v/diagnose *				
Ikke arbeid	69,2	25,1	5,6	195
Arbeid/student	83,6	13,4	3,0	919
Hovedbeskjeftigelse v/survey *				
Ikke arbeid	67,2	24,8	8,0	323
Arbeid/student	86,3	11,9	1,8	765
Endret økonomi *				
Bedre enn før	84,2	15,8	0,0	76
Ingen endring	90,1	8,6	1,3	707
Verre enn før	60,3	30,6	9,1	317
Vurdering av økonomi *				
Dårlig/middels	67,6	24,7	7,7	413
God eller svært god	88,7	10,2	1,1	707
Problem m/løpende utgifter *				
Aldri eller sjelden	85,5	12,8	1,7	946
Av og til eller ofte	55,6	30,2	14,2	169
Problem med uforutsett regning *				
Nei	86,4	12,2	1,3	891
Ja	58,7	28,7	12,6	223
Diagnose				
Bryst (K)	79,4	17,0	3,6	441
Prostata (M)	88,1	9,9	2,0	101
Gynekologisk (K)	80,6	16,1	3,2	124
Øvrige diagnoser (M)	82,6	15,0	2,4	247
Øvrige diagnoser (K)	78,6	15,9	5,5	201
Behandling *				
Cellegift og stråling oa.	72,1	23,5	4,4	362
Cellegift uten stråling oa.	65,6	26,7	7,7	195
Kirurgi og stråling/kun stråling	89,4	8,5	2,1	141
Kun kirurgi	93,6	4,5	1,9	311
Øvrige kombinasjoner	88,9	11,1	0,0	117

Behov for fysisk opptrening

Samlet sett har en av tre pasienter hatt behov for fysisk opptrening som en del av rehabiliteringstilbudet. Det er først og fremst pasienter som har opplevd at økonomien har forverret seg (seks av ti pasienter) som rapporterer om størst behov for fysisk opptrening som en del av rehabiliteringen, men det er et gjennomgående trekk at mange av pasientene med dårlig økonomi eller økonomiske problemer rapporterer om et slikt behov. Det samme gjelder for pasienter som ikke var i arbeid da surveyen ble gjennomført.

Halvparten av pasientene som har fått cellegift som en del av behandlingen har behov for fysisk opptrening, mens pasienter som ikke har fått cellegift har et lang lavere behov.

Blant diagnosene er det pasienter med brystkreft som har størst behov for fysisk opptrening, mens behovet er minst blant prostatapasientene.

Behovet for fysisk opptrening varierer med alder, men behovet øker eller avtar ikke med økende alder. Det er imidlertid en tendens til at andelen som har sterkt behov for fysisk opptrening avtar med økende alder.

Pasienter med universitets- eller høyskoleutdanning har et noe høyere behov for fysisk opptrening enn personer med lavere utdanning.

Det er ikke forskjeller i behov for fysisk opptrening som en del av rehabiliteringen mellom kjønnene, etter bosted eller etter om en var i arbeid eller ikke da en fikk kreftdiagnosen.

Behov for sosionom

En av fem pasienter melder om behov for samtale med sosionom. Altså er det et stort flertall som mener at de kan klare seg uten dette tilbudet.

De som hadde størst behov for sosionom var pasienter med dårlig økonomi. Blant disse var det omkring fire av ti som hadde behov for sosionom, og blant de som var uten arbeid da surveyen ble gjennomført var det en av tre som hadde behov for samtale med sosionom.

Den enkeltgruppen som hadde minst behov for samtale med sosionom som en del av rehabiliteringen var pasienter som ble behandlet kun med kirurgi. Mer enn ni av ti av disse pasientene følte ikke behov for samtale med sosionom. Andelen var neste like høy blant pasienter som ble behandlet med kirurgi og/eller stråling, mens omtrent en av tre av pasientene som fikk cellegift som en del av behandlingen hadde behov for samtale med sosionom.

Selve diagnosen har ikke noen direkte betydning for behovet for sosionom, men behandlingen er avhengig av diagnosen.

Det er noe variasjon i behovet for sosionomtjeneste etter bostedsregion. Behovet er noe større i sør og øst, og minst i vest. Videre ser vi at eldre pasienter har mindre behov for sosionom enn det yngre pasienter har.

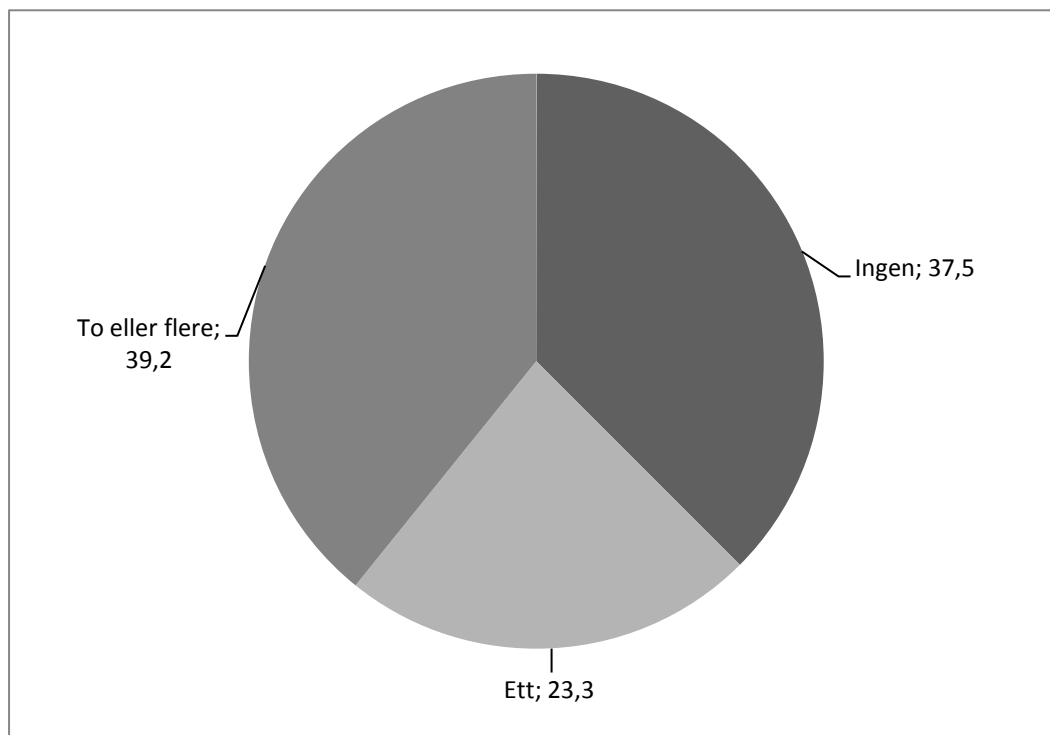
I tillegg til at diagnose ikke har betydning har heller ikke kjønn eller utdanningsnivå betydning for behovet for samtale med sosionom som en del av rehabiliteringstilbudet.

Antall behov

I surveyen vurderte pasientene behovet for syv ulike rehabiliteringsbehov: fysioterapi, rekreasjonsopphold, psykolog, ergoterapi, pasientstøttegruppe, fysisk opptrening og sosionom. Over har vi sett nærmere på noen av de behovene som flest ønsket. Vi skal nå se på det samlede behovet for rehabilitering, ut fra hvor mange av disse behovene den enkelte pasient hadde.

En drøy tredjedel av pasientene (37,5 prosent) hadde ikke behov for noen av de nevnte rehabiliteringstilbudene. Nesten en av fire (23,3 prosent) hadde ett behov, og fire av ti (39,2 prosent) hadde behov for omfattende rehabilitering, altså to eller flere tilbud.

Figur 2. Totalt antall behov for rehabilitering blant kreftrammede. Prosent.



Av alle forholdene vi har undersøkt er det bare hovedbeskjefligelse ved diagnose-tidspunktet som ikke har noen betydning for antallet rehabiliteringsbehov (tabell 6).

Variasjon i antall behov er klart størst mellom de ulike behandlingsformene. En liten andel av de som ble behandlet med både cellegift og stråling (15,1 prosent) hadde ikke noen behov, mens seks av ti som fikk slik behandling hadde to eller flere behov. Blant

Tabell 6. Andel krefttrammede som har ingen, ett eller flere behov for rehabilitering. Prosent (*= signifikant sammenheng).

	Ingen	Ett	To eller flere	N
Alle	37,5	23,3	39,2	1304
Kjønn *				
Mann	51,4	20,7	27,8	381
Kvinne	31,7	24,4	43,9	911
Alder *				
t.o.m. 45 år	33,7	20,4	45,9	255
46-50 år	26,3	18,2	55,5	209
51-55 år	30,0	25,8	44,3	287
56-60 år	48,4	24,9	26,7	345
61 år og eldre	47,6	26,2	26,2	191
Utdanning *				
T.o.m. Vdg.	40,7	25,8	33,4	685
Univ/høyskole	34,5	20,3	45,1	605
Bostedsregion *				
Sørøst-Norge	32,7	27,2	40,1	624
Vest-Norge	45,5	19,7	34,7	314
Midt- og Nord-Norge	39,2	19,6	41,2	357
Hovedbeskjeftigelse v/diagnose				
Ikke arbeid	32,9	25,7	41,4	237
Arbeid/student	38,5	22,7	38,7	1051
Hovedbeskjeftigelse v/survey *				
Ikke arbeid	25,1	23,6	51,4	399
Arbeid/student	42,7	23,2	34,1	857
Endret økonomi *				
Bedre enn før	43,8	30,3	25,8	89
Ingen endring	47,6	24,0	28,4	803
Verre enn før	16,3	19,9	63,8	381
Vurdering av økonomi *				
Dårlig/middels	26,8	21,4	51,8	481
God eller svært god	44,1	24,1	31,8	812
Problem m/løpende utgifter *				
Aldri eller sjelden	40,6	23,8	35,6	1091
Av og til eller ofte	21,7	20,2	58,1	198
Problem med uforutsett regning *				
Nei	41,2	23,3	35,5	1022
Ja	24,2	22,6	53,2	265
Diagnose *				
Bryst (K)	22,9	26,7	50,4	532
Prostata (M)	55,2	22,4	22,4	116
Gynekologisk (K)	49,3	15,7	35,1	134
Øvrige diagnoser (M)	49,6	20,1	30,3	264
Øvrige diagnoser (K)	41,4	24,2	34,4	244
Behandling *				
Cellegift og stråling oa.	15,1	25,8	59,1	445
Cellegift uten stråling oa.	27,8	19,7	52,5	223
Kirurgi og stråling/kun stråling	52,8	25,2	22,0	159
Kun kirurgi	61,6	20,8	17,6	341
Øvrige kombinasjoner	48,5	25,0	26,5	136

pasienter som kun ble behandlet med kirurgi var det seks av ti som ikke hadde noen behov for rehabilitering.

Det er også stor variasjon mellom diagnoser, som jo har betydning for behandlingen. Blant prostatapasienter mener over halvparten av pasientene (55,2 prosent) at de ikke har noen behov for rehabilitering, mens dette gjelder kun to av ti (22,9 prosent) av pasientene med brystkreft.

Pasienter med dårlig økonomi og pasienter uten arbeid melder i større grad om behov for rehabilitering, og oftere om flere behov. Blant pasienter med forverret økonomi er det mer enn seks av ti (63,8 prosent) som rapporterer om to eller flere behov, og bare 16 prosent sier de ikke har noen behov.

Kvinnelige pasienter har oftere behov for rehabilitering enn det menn har, og de har i større grad behov for omfattende rehabilitering.

Økende alder fører til at flere mener å kunne klare seg uten rehabilitering, samtidig som det er de eldste som i størst grad mener at de klarer seg med ett rehabiliteringstilbud. Behovet for omfattende rehabilitering, to eller flere tilbud, er langt høyere blant de yngste pasientene.

Halvparten av mennene svarer at de ikke trenger noen rehabiliteringstilbud, mens nesten halvparten av kvinnene (43,9 prosent) har behov for to eller flere tilbud.

Høyt utdannede har større behov for rehabilitering enn andre, og har i større grad behov for omfattende rehabilitering.

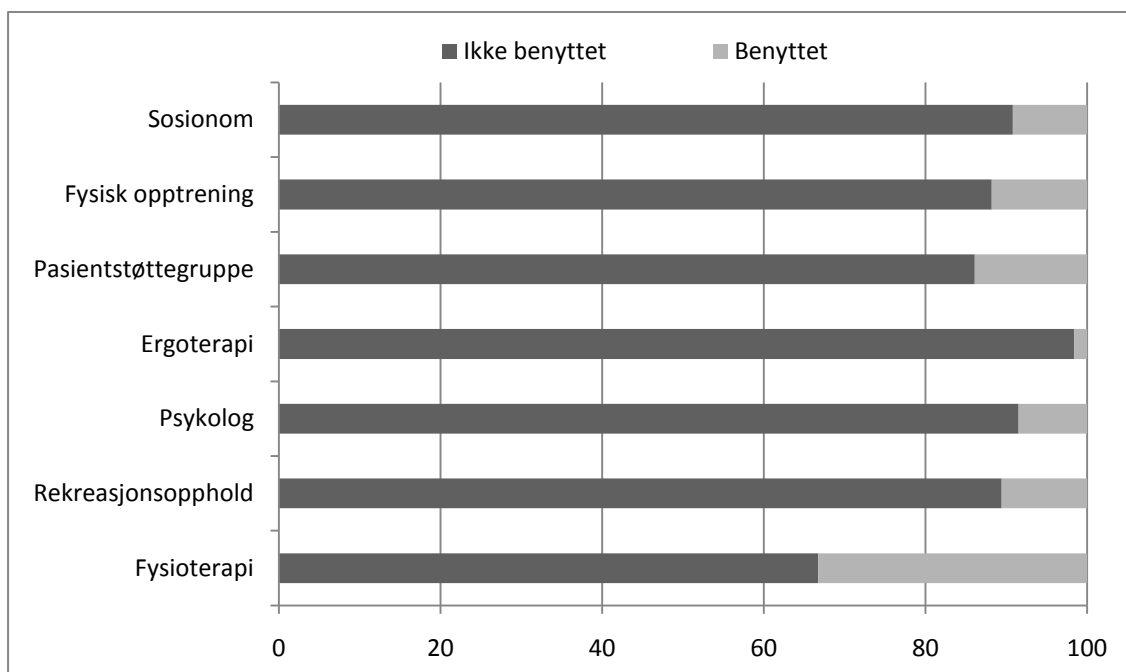
Pasienter bosatt på Vestlandet har minst behov for rehabilitering, mens pasienter bosatt sør og øst i Norge har størst behov. Mens en tredjedel av pasientene i vest har et omfattende rehabiliteringsbehov, gjelder dette for fire av ti i resten av landet.

Bruk av rehabiliteringstilbudet

Ideelt sett burde bruken av de ulike rehabiliteringstilbudene følge av behovet til den enkelte pasient. Dersom vi sammenligner figur 1 og figur 3, ser vi at dette ikke er tilfelle. For alle rehabiliteringstilbudene er andelen som faktisk har benyttet det enkelte tilbud klart lavere enn andelen som har meldt om behov. Med unntak av ergoterapi og sosionom var det over 20 prosent av pasientene som rapporterte om behov for de ulike tilbudene, og det var over 40 prosent som hadde behov for fysioterapi. Som vi ser i figur 4 er det kun fysioterapi som er benyttet av mer enn 20 prosent. Vi må imidlertid huske at mange av pasientene som ikke har benyttet disse tilbudene, heller ikke hadde noe behov. Vi kommer tilbake til pasientgrupper som har store udekkede behov under.

Dermed blir det kun pasienter som har benyttet fysioterapi vi skal undersøke nærmere i denne delen. I tillegg skal vi se på antall rehabiliteringstilbud de ulike pasientene har benyttet.

Figur 3. Andel krefttrammede som har benyttet ulike rehabiliteringstilbud. Prosent. (N=1290).



Tabell 7. Andel kreftammede som har benyttet fysioterapi. Prosent (*= sign. sammenheng).

	Andel	N
Alle	33,7	1290
Kjønn *		
Menn	13,6	383
Kvinner	41,6	895
Alder *		
T.o.m. 45 år	34,1	252
46-50 år	44,5	211
51-55 år	37,1	283
56-60 år	25,5	341
61 år og eldre	26,3	186
Utdanning		
T.o.m. videregående skole	31,9	675
Universitet/høyskole	34,7	599
Bostedsregion *		
Sørøst-Norge	35,4	621
Vest-Norge	22,8	307
Midt- og Nord-Norge	38,2	353
Hovedbeskjeftigelse v/diagnose		
Ikke arbeid	28,2	238
Arbeid/student	34,5	1035
Hovedbeskjeftigelse v/survey *		
Ikke arbeid	39,3	397
Arbeid/student	30,3	847
Endret økonomi *		
Bedre enn før	25,3	87
Ingen endring	27,2	788
Verre enn før	46,9	384
Vurdering av økonomi *		
Dårlig/middels	40,8	485
God eller svært god	28,6	793
Problem m/løpende utgifter *		
Aldri eller sjelden	32,1	1075
Av og til eller ofte	39,5	200
Problem med uforutsett regning		
Nei	32,4	1005
Ja	35,8	268
Diagnose *		
Bryst (K)	56,2	525
Prostata (M)	14,8	115
Gynekologisk (K)	15,2	132
Øvrige diagnoser (M)	13,1	267
Øvrige diagnoser (K)	24,1	237
Behandling *		
Cellegift og stråling oa.	58,6	447
Cellegift uten stråling oa.	24,3	222
Kirurgi og stråling/kun stråling	21,3	160
Kun kirurgi	12,5	327
Øvrige kombinasjoner	28,4	134

Bruk av fysioterapi

Det var en tredjedel av pasientene som rapporterte at de hadde benyttet fysioterapi som en del av rehabiliteringen. Kjennetegnene til de som benyttet fysioterapi (tabell 7) korresponderer godt med kjennetegnene til de som hadde behov for fysioterapi (tabell 2), selv om de to tabellene ikke er helt identiske.

Den enkeltgruppen som benyttet fysioterapi mest var pasienter som hadde fått både cellegift og stråling som en del av behandlingen av kreftsykdommen. I denne gruppen var det seks av ti pasienter (58,6 prosent) som benyttet fysioterapi. Behandlingen følger av diagnosen, og vi ser at en nesten like stor andel (56,2 prosent) av pasientene med brystkreft har benyttet fysioterapi.

Det er også innen behandling og diagnose vi finner de gruppene som i minst grad har benyttet fysioterapi. Pasienter som kun har blitt behandlet med kirurgi benytter i liten grad fysioterapi (12,5 prosent). Det samme gjelder for alle diagnoser (som inngår i undersøkelsen) som rammer menn. I underkant av 15 prosent av prostatapasientene har benyttet fysioterapi, mot litt over 13 prosent av mennene med øvrige diagnoser. Det bør også nevnes at kvinner som ikke har brystkreftdiagnose benyttet fysioterapi langt mindre enn brystkreftpasientene.

Siden pasientgruppen med brystkreft er såpass stor, bidrar denne i stor grad til den observerte forskjellen i bruk av fysioterapi mellom menn og kvinner. Videre forklarer nok dette også deler av den observerte sammenhengen mellom alder og bruk av fysioterapi. Pasienter rett under 50 år er de som oftest benytter fysioterapi, mens de som er yngre eller eldre benytter det mindre.

Som vi har sett over, er det de med økonomiske problemer som har de største behovene, og vi ser også at det er disse som har benyttet fysioterapi oftest. Tilsvarende er det de som ikke er i arbeid som har benyttet fysioterapi mest.

Pasienter på Vestlandet benytter fysioterapi mindre enn pasienter i resten av landet, mens utdanningsnivå og hovedbeskjeftigelse ved diagnose ikke har betydning for bruken av fysioterapi som rehabilitering.

Antall tilbud benyttet

Nesten halvparten av pasientene (48,1 prosent) har benyttet ett eller flere av rehabiliteringstilbudene (tabell 8). Mens over 60 prosent hadde ett eller flere behov for rehabilitering (tabell 6), er det altså litt under halvparten som har benyttet noen av tilbudene.

Bruken av rehabiliteringstilbudene tilsvarer langt på vei det vi har sett av rehabiliteringsbehov. Andelen som ikke har benyttet noen tilbud ligger imidlertid høyere, og andelen som har benyttet to eller flere tilbud ligger godt under det som ble angitt som behovet.

Tabell 8. Andel kreftrammede som har benyttet ingen, ett eller to eller flere rehabiliteringstilbud. Prosent (*= signifikant sammenheng).

	Ingen	Ett	>1	N
Alle	51,9	24,4	23,6	1290
Kjønn *				
Mann	71,5	18,0	10,4	383
Kvinne	43,5	27,4	29,2	895
Alder *				
t.o.m. 45 år	48,8	23,8	27,4	252
46-50 år	39,8	23,7	36,5	211
51-55 år	45,2	27,6	27,2	283
56-60 år	62,8	20,8	16,4	341
61 år og eldre	61,3	28,5	10,2	186
Utdanning *				
T.o.m. videregående skole	54,7	26,5	18,8	675
Universitet/høyskole	49,1	22,4	28,5	599
Bostedsregion *				
Sørøst-Norge	48,6	27,2	24,2	621
Vest-Norge	61,2	18,2	20,5	307
Midt- og Nord-Norge	49,9	25,2	24,9	353
Hovedbeskjeftigelse v/diagnose *				
Ikke arbeid	55,9	27,3	16,8	238
Arbeid/student	50,8	23,8	25,4	1035
Hovedbeskjeftigelse v/survey *				
Ikke arbeid	43,1	26,2	30,7	397
Arbeid/student	56,0	23,7	20,3	847
Endret økonomi *				
Bedre enn før	51,7	34,5	13,8	87
Ingen endring	60,5	22,8	16,6	788
Verre enn før	35,4	24,7	39,8	384
Vurdering av økonomi *				
Dårlig/middels	44,1	23,9	32,0	485
God eller svært god	56,7	24,5	18,8	793
Problem m/løpende utgifter *				
Aldri eller sjelden	54,4	23,6	22,0	1075
Av og til eller ofte	39,5	27,0	33,5	200
Problem med uforutsett regning *				
Nei	54,2	23,7	22,1	1005
Ja	44,0	25,7	30,2	268
Diagnose *				
Bryst (K)	28,4	34,3	37,3	525
Prostata (M)	71,3	20,9	7,8	115
Gynekologisk (K)	67,4	14,4	18,2	132
Øvrige diagnoser (M)	71,5	16,9	11,6	267
Øvrige diagnoser (K)	63,7	19,0	17,3	237
Behandling *				
Cellegift og stråling oa.	26,8	30,9	42,3	447
Cellegift uten stråling oa.	52,3	23,4	24,3	222
Kirurgi og stråling/kun stråling	64,4	23,8	11,9	160
Kun kirurgi	77,7	15,3	7,0	327
Øvrige kombinasjoner	57,5	27,6	14,9	134

Brystkreftpasienter og pasienter som har blitt behandlet med cellegift og stråling er de to enkeltgruppene som i størst grad har benyttet seg av rehabiliteringstilbudet, og er også blant de som oftest har benyttet to eller flere tilbud.

Pasienter med dårlig økonomi og pasienter uten arbeid (ved survey) benyttet rehabiliteringstilbudet mer enn andre, og de benyttet også flere tilbud i større grad enn andre.

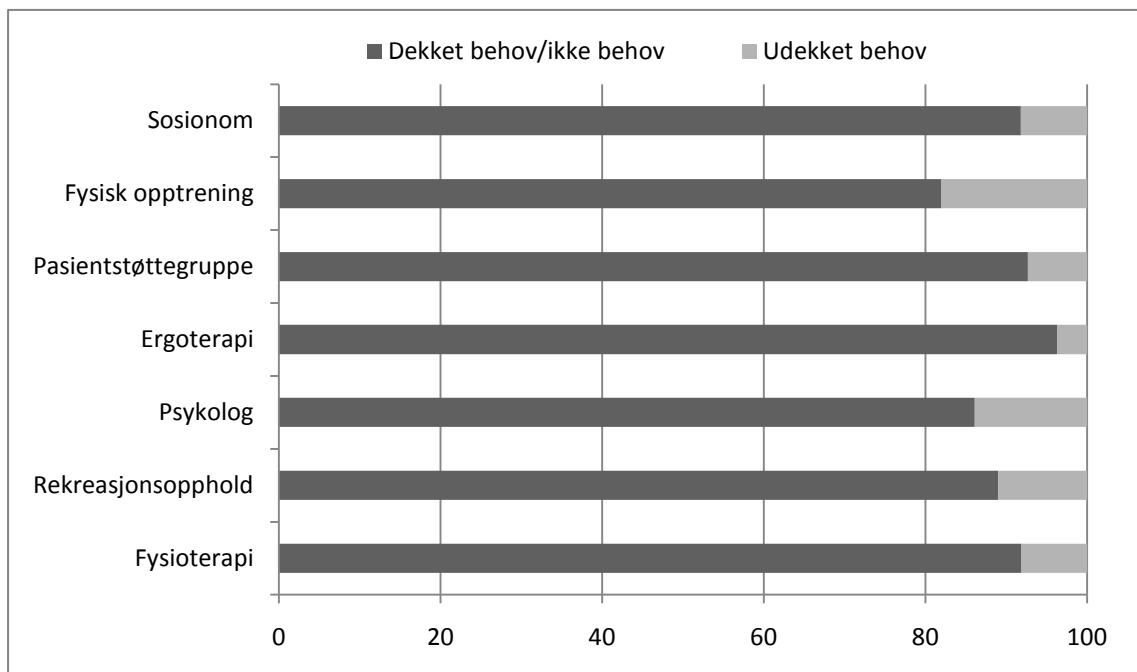
Alder har betydning for hvor mange som benytter seg av rehabiliteringstilbudet, og for om pasientene benytter flere tilbud. Det er imidlertid ikke slik at bruken avtar jevnt med økende alder. Vi ser at kreftpasienter under 55 år benyttet rehabiliteringstilbudet oftere enn de som var eldre. Andelen som har benyttet ett tilbud varierer lite med alder, mens det er en tendens til at andelen som benytter flere rehabiliteringstilbud avtar med økende alder.

Tre av ti menn har benyttet seg av rehabiliteringstilbudet, mens andelen var dobbelt så stor blant kvinner. Tre av ti kvinner har benyttet mer enn ett tilbud, mens dette bare gjaldt for en av ti menn.

Udekket behov for rehabilitering

Ved å sammenligne tabell 6 og tabell 8 har vi sett at det finnes en del udekkede behov for rehabilitering. Av de ulike tilbudene er det tilbud om psykolog og fysisk trening som savnes av flest (figur 5). Vi skal se nærmere på disse og på antall udekkede behov.

Figur 4. Andel krefttrammede som savner ulike rehabiliteringsbehov (Udekket behov).



Tabell 9. Udekket behov for psykolog og for fysisk opptrening blant kreftrammede. Prosent (*= sign. sammenheng).

	Psykolog		Fysisk opptrening	
	Andel	N	Andel	N
Alle	13,9	1309	18,0	1308
Kjønn				
Mann	13,1	383	19,1	383
Kvinne	14,2	914	17,4	913
Alder *				
t.o.m. 45 år	19,6	255	22,7	255
46-50 år	13,4	209	21,1	209
51-55 år	16,3	288	18,8	288
56-60 år	10,6	348	12,4	347
61 år og eldre	8,3	192	17,7	192
Utdanning *				
T.o.m. videregående skole	11,8	689	15,8	688
Universitet/høyskole	16,2	605	20,5	605
Bostedsregion				
Sørøst-Norge	14,8	628	18,8	628
Vest-Norge	11,7	315	17,3	313
Midt- og Nord-Norge	13,7	357	17,0	358
Hovedbeskjeftigelse v/diagnose				
Ikke arbeid	17,6	238	22,2	239
Arbeid/student	13,1	1055	17,1	1053
Hovedbeskjeftigelse v/survey *				
Ikke arbeid	19,0	401	21,6	402
Arbeid/student	11,9	859	16,6	857
Endret økonomi *				
Bedre enn før	6,7	89	14,6	89
Ingen endring	10,9	806	13,1	804
Verre enn før	21,7	383	28,9	384
Vurdering av økonomi *				
Dårlig/middels	18,8	483	22,9	484
God eller svært god	10,9	814	15,1	812
Problem m/løpende utgifter *				
Aldri eller sjelden	12,3	1093	17,0	1091
Av og til eller ofte	22,5	200	24,4	201
Problem med uforutsett regning *				
Nei	11,9	1024	16,8	1023
Ja	21,3	267	23,2	267
Diagnose				
Bryst (K)	12,8	532	16,4	532
Prostata (M)	14,4	118	14,5	117
Gynekologisk (K)	14,8	135	20,0	135
Øvrige diagnoser (M)	12,5	264	21,1	265
Øvrige diagnoser (K)	16,7	246	18,4	245
Behandling *				
Cellegift og stråling oa.	15,4	447	22,8	447
Cellegift uten stråling oa.	17,0	223	28,6	224
Kirurgi og stråling/kun stråling	6,9	159	11,9	159
Kun kirurgi	13,7	342	10,6	340
Øvrige kombinasjoner	12,3	138	10,9	138

Udekket behov for psykolog

Det er i underkant av 14 prosent av de kreftrammede som har hatt et behov for psykolog som ikke er blitt dekket. Det er særlig personer med dårlig økonomi og de som var uten jobb da surveyen ble gjennomført som savner psykologbistand. Det samme gjelder for de aller yngste pasientene, de som var inntil 45 år. I alle disse gruppene var det en av fem som hadde et udekket behov for psykolog.

Pasienter som har opplevd at økonomien har forbedret seg, og pasienter som ble behandlet med stråling eller stråling i kombinasjon med kirurgi, har lavest udekket behov for psykolog. De aller eldste pasientene opplever heller ikke stort udekket behov for psykolog. Det er ikke forskjell i udekket behov for psykolog mellom menn og kvinner, etter bosted, hovedbeskjeftigelse ved diagnose eller selve diagnosen. At selve diagnosen ikke har betydning men at behandlingen har det, tyder på at diagnosens alvorlighet har betydning.

Udekket behov for fysisk opptrening

En av fem pasienter (18 prosent) har et udekket behov for fysisk opptrening som en del av rehabiliteringen etter kreftsykdommen. Den gruppen som har det største udekkede behovet for fysisk opptrening er pasienter som har opplevd en forverring av økonomien (28,9 prosent). Som vi har sett når det gjelder behov og bruk av rehabilitering, er det også her pasienter med dårlig økonomi og pasienter uten arbeid som kommer dårligst ut.

De ulike diagnosene har omtrent det samme udekkede behovet for fysisk opptrening, mens det er klare forskjeller mellom de ulike behandlingene. Pasienter som har fått cellegift, med eller uten stråling, har et langt større udekket behov for fysisk opptrening sammenlignet med andre behandlinger.

Blant de yngre pasientene er det udekkede behovet større enn blant eldre pasienter, og høyt utdannede har et større udekket behov enn de uten høyere utdanning.

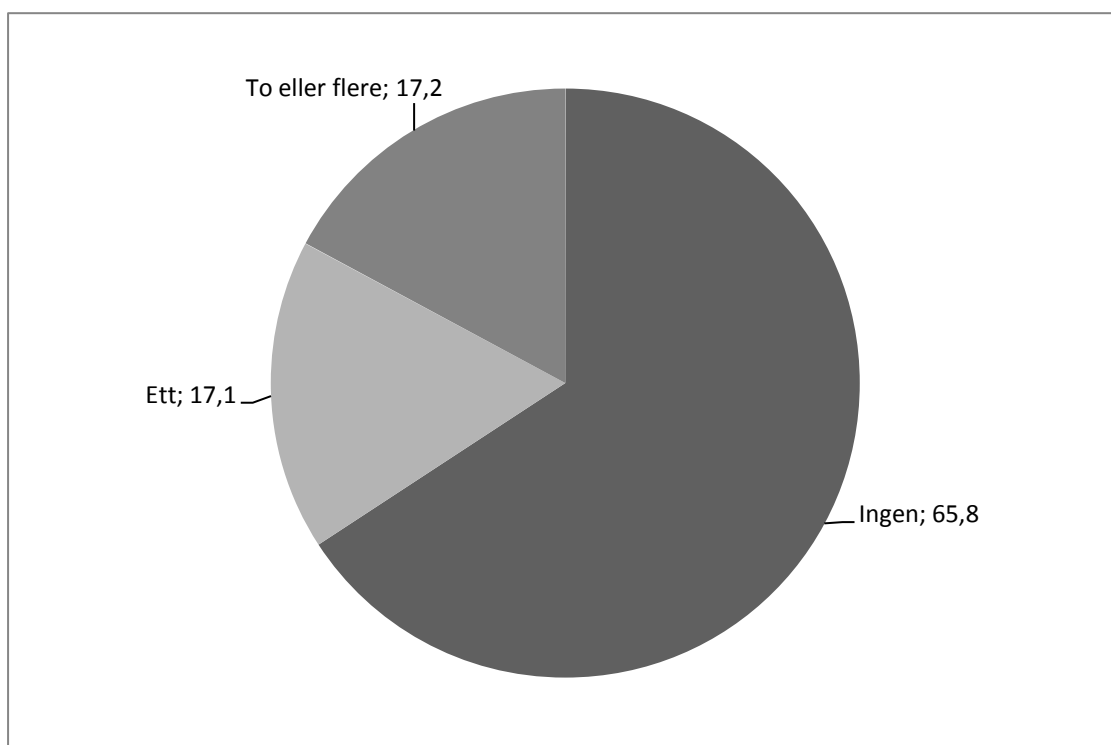
Kvinner og menn har omtrent det samme udekkede behovet, det er ikke variasjon etter bosted eller etter hovedbeskjeftigelse ved diagnose.

Antall udekkede behov

En kreftpasient har et udekket behov for rehabilitering dersom pasienten har identifisert ett behov som han eller hun ikke har fått tilbud om.² Omtrent to tredjedeler av pasientene opplever å ha fått dekket sine behov for rehabilitering, eller de har ikke hatt behov. I den resterende tredjedelen er det omtrent like mange som har ett udekket behov som det er pasienter med to eller flere udekkede behov, 17 prosent i begge gruppene (figur 5 og tabell 10).

Antall udekkede behov er det samme for menn og for kvinner, det er det samme for de med høy og lav utdanning.

Figur 5. Antall udekkede rehabiliteringsbehov blant kreftammede. Prosent (N=1306).



Det udekkede behovet varierer heller ikke mellom de ulike diagnosene, men det er tydelige forskjeller mellom de ulike behandlingsformene. Nesten halvparten (48 prosent) av pasientene som er behandlet med cellegift, men ikke med stråling, har ett eller flere rehabiliteringsbehov som ikke er dekket. Blant disse pasientene har en av fire to eller flere udekkede behov. Blant pasienter som kun er behandlet med kirurgi har en av fire udekkede behov, og en av ti har to eller flere behov.

² Dette gir litt andre tall enn de en får ved å sammenligne tabell 6 (antall behov) og tabell 8 (antall tilbud benyttet). Dette skyldes blant annet at enkelte pasienter har fått tilbud de ikke har benyttet, og at enkelte har benyttet tilbud uten at de har rapportert om et tilsvarende behov.

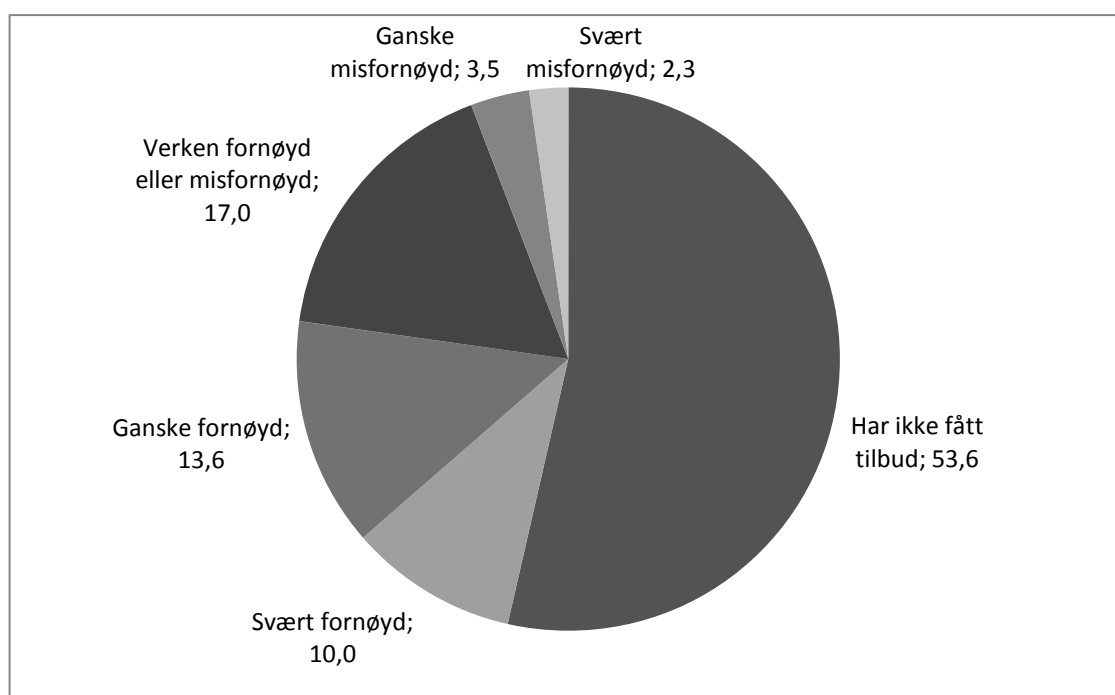
Tabell 10. Antall udekkede behov blant krefttrammede. Prosent (*= signifikant sammenheng).

	Ingen	Ett	>1	N
Alle	65,8	17,1	17,2	1306
Kjønn				
Mann	66,5	18,3	15,2	382
Kvinne	65,7	16,2	18,1	912
Alder *				
t.o.m. 45 år	58,7	18,1	23,2	254
46-50 år	61,7	17,7	20,6	209
51-55 år	63,2	17,4	19,4	288
56-60 år	72,8	16,5	10,7	346
61 år og eldre	71,9	14,6	13,5	192
Utdanning				
T.o.m. videregående skole	68,6	15,8	15,6	688
Universitet/høyskole	62,9	18,0	19,0	604
Bostedsregion *				
Sørøst-Norge	62,0	19,6	18,3	627
Vest-Norge	70,0	13,1	16,9	313
Midt- og Nord-Norge	69,5	15,4	15,1	357
Hovedbeskjeftigelse v/diagnose *				
Ikke arbeid	59,2	18,1	22,7	238
Arbeid/student	67,3	16,8	15,9	1052
Hovedbeskjeftigelse v/survey *				
Ikke arbeid	57,9	17,5	24,7	401
Arbeid/student	69,3	16,4	14,4	856
Endret økonomi *				
Bedre enn før	74,2	15,7	10,1	89
Ingen endring	71,9	16,2	12,0	803
Verre enn før	51,7	18,8	29,5	383
Vurdering av økonomi *				
Dårlig/middels	57,1	18,6	24,2	483
God eller svært god	71,1	16,0	12,9	812
Problem m/løpende utgifter *				
Aldri eller sjelden	68,3	17,0	14,7	1091
Av og til eller ofte	52,5	17,0	30,5	200
Problem med uforutsett regning *				
Nei	68,5	17,1	14,4	1023
Ja	54,9	17,3	27,8	266
Diagnose				
Bryst (K)	66,0	17,7	16,4	532
Prostata (M)	70,1	17,1	12,8	117
Gynekologisk (K)	70,4	9,6	20,0	135
Øvrige diagnoser (M)	64,8	18,9	16,3	264
Øvrige diagnoser (K)	62,7	16,8	20,5	244
Behandling *				
Cellegift og stråling oa.	60,2	17,9	21,9	447
Cellegift uten stråling oa.	52,0	21,5	26,5	223
Kirurgi og stråling/kun stråling	71,7	18,2	10,1	159
Kun kirurgi	76,1	13,6	10,3	339
Øvrige kombinasjoner	73,9	14,5	11,6	138

Pasienter med dårlig økonomi og pasienter uten arbeid kommer også her dårlig ut. Nesten halvparten har udekkede behov, og blant de som har opplevd en forverring av økonomien eller som har problemer med løpende utgifter, har tre av ti flere utdekkede behov.

Unge pasienter har i større grad udekkede behov enn eldre pasienter, og de har også flere udekkede behov. Kreftpasienter sør og øst i Norge har oftere, og flere, udekkede behov enn pasienter i resten av landet.

Figur 6 Vurdering av det totale rehabiliteringstilbudet blant krefttrammede. Prosent.



Vurdering av rehabiliteringstilbudet

I surveyen ble deltakerne bedt om å vurdere det totale rehabiliteringstilbudet. Litt over halvparten svarte da at de ikke hadde fått tilbud om rehabilitering. Som vi ser av figur 6 er de fleste andre enten ganske (13,6 prosent) eller svært fornøyd (10,0 prosent) eller nøytrale (17,0 prosent), mens svært få er ganske eller svært misfornøyd (henholdsvis 3,5 og 2,3 prosent).

Dersom vi ser bort fra de som ikke har fått tilbud, er over halvparten fornøyd med rehabiliteringstilbudet, fordelt på ganske (29 prosent) eller svært (22 prosent) fornøyd, mens drøyt en av ti er misfornøyd.

I tabell 11 skiller vi ikke mellom de som ganske og svært fornøyd eller misfornøyd, men ser bare på andel som ikke har fått tilbud, andel som er fornøyd, andel som er nøytral og andel som er misfornøyd. Helt til høyre i tabellen vises andel som ikke har fått tilbud om rehabilitering og totalt antall som inngår. I den venstre delen av tabellen inngår kun de som har en mening om rehabiliteringstilbudet, og andelen som er fornøyd, nøytral eller misfornøyd er til sammen 100 prosent, mens N er antall som har en mening.

Når vi ser på vurdering av rehabiliteringstilbudet opp mot andre kjennetegn, opprettholdes hovedinntrykket av at de fleste som har fått tilbud om rehabilitering er fornøyd. Det er ganske stor variasjon i andelen som ikke har fått tilbud, mens det er lite variasjon i hvordan tilbudet vurderes. De som er misfornøyd er gjennomgående den aller minste gruppen.

I tabellen er det en signifikant sammenheng mellom vurdering av rehabiliteringstilbudet og nesten alle variablene som inngår (ikke bosted og hovedbeskjeftigelse ved survey). Dersom en tar bort de som ikke har fått tilbud om rehabilitering, er det kun vurdering av egen økonomi og problemer med en uforutsett regning som er signifikant. Og dersom en dikotomiserer vurderingen av rehabiliteringstilbudet mellom misfornøyde og øvrige, er også alder signifikant.

Som vi ser i tabell 11 er de yngste pasientene blant de aller mest misfornøyde, mens det er svært få misfornøyde blant pasienter i alderen 55 til 60 år (ved gjennomføring av surveyen).

De som har dårlig økonomi og de som har problemer med å takle en uforutsett regning på 5000 kroner er mer misfornøyd enn andre.

Til tross for at det er noe variasjon i vurderingen av rehabiliteringstilbudet, er hovedkonklusjonen at de fleste er fornøyd med tilbudet, gitt at de har fått et tilbud.

Tabell 11. Kreftrammedes vurdering av rehabiliteringstilbudet. Prosent (*= sign. sammenheng).

	Fornøyd	Nøytral	Misfornøyd	N	Ikke tilbud	N
Alle	50,9	36,5	12,5	673	53,6	1256
Kjønn *						
Mann	46,9	41,4	11,7	128	65,9	375
Kvinne	52,0	35,1	12,9	450	48,2	869
Alder *						
t.o.m. 45 år	46,3	35,1	18,7	134	46,2	249
46-50 år	53,6	35,7	10,7	112	45,6	206
51-55 år	51,7	35,6	12,8	149	44,6	269
56-60 år	53,3	40,8	5,8	120	64,1	334
61 år og eldre	47,5	37,7	14,8	61	66,3	181
Utdanning *						
T.o.m. videregående skole	46,5	39,6	13,8	275	58,1	657
Universitet/høyskole	54,3	34,1	11,6	302	48,2	583
Bostedsregion						
Sørøst-Norge	50,2	36,1	13,7	291	51,7	603
Vest-Norge	51,5	34,6	13,8	130	56,5	299
Midt- og Nord-Norge	51,6	39,0	9,4	159	53,9	345
Hovedbeskjeftigelse v/diagnose						
Ikke arbeid	50,5	34,6	15,0	107	54,5	235
Arbeid/student	50,6	37,4	12,0	468	53,4	1005
Hovedbeskjeftigelse v/survey *						
Ikke arbeid	50,0	34,1	15,9	208	47,2	394
Arbeid/student	52,0	37,0	11,0	354	56,8	819
Endret økonomi *						
Bedre enn før	60,6	33,3	6,1	33	59,8	82
Ingen endring	53,5	35,8	10,6	310	59,6	767
Verre enn før	46,0	37,6	16,4	226	39,9	376
Vurdering av økonomi **						
Dårlig/middels	46,9	35,4	17,7	243	49,1	477
God eller svært god	54,0	37,0	9,0	335	56,4	768
Problem m/løpende utgifter *						
Aldri eller sjelden	52,6	35,9	11,5	462	55,7	1044
Av og til eller ofte	44,7	37,7	17,5	114	42,1	197
Problem med uforutsett regning **						
Nei	53,3	36,6	10,1	437	55,4	979
Ja	43,8	35,0	21,2	137	47,5	261
Diagnose *						
Bryst (K)	53,0	35,7	11,3	328	35,7	510
Prostata (M)	52,3	38,6	9,1	44	61,4	114
Gynekologisk (K)	51,3	38,5	10,3	39	69,8	129
Øvrige diagnoser (M)	44,0	42,9	13,1	84	67,7	260
Øvrige diagnoser (K)	48,2	31,3	20,5	83	63,8	229
Behandling *						
Cellegift og stråling oa.	51,7	36,0	12,3	292	32,6	433
Cellegift uten stråling oa.	50,9	33,0	16,0	106	50,9	216
Kirurgi og stråling/kun stråling	53,1	38,8	8,2	49	68,0	153
Kun kirurgi	50,0	38,8	11,3	80	75,2	323
Øvrige kombinasjoner	46,4	41,1	12,5	56	57,3	131

Note: Det er kun sammenhenger merket med ** at vurderingen er forskjellig mellom gruppene. For øvrige signifikante sammenhenger er det andelen som ikke har fått tilbud som er forskjellig.

Tabell 12. Kreftrammedes vurdering av rehabiliteringstilbudet etter antall behov, antall benyttet og antall udekkede behov. Prosent (* = signifikant sammenheng).

	Alle	Har fått tilbud	Alle	Har fått tilbud	Alle	Har fått tilbud
Behov for rehabilitering *		Ingen		Ett		To eller flere
Ikke tilbud	81,0		49,0		30,7	
Fornøyd	7,6	40,0	26,2	51,3	37,3	53,9
Nøytral	11,0	57,6	17,7	34,7	21,9	31,6
Misfornøyd	0,4	2,4	7,1	14,0	10,0	14,5
Total	447	85	294	150	498	345
Benyttet rehabilitering *		Ingen		Ett		To eller flere
Ikke tilbud	80,7		34,2		15,1	
Fornøyd	5,9	30,6	29,3	44,5	55,5	65,4
Nøytral	10,2	53,2	27,3	41,5	21,1	24,8
Misfornøyd	3,1	16,1	9,2	14,0	8,4	9,8
Total	644	124	304	200	299	254
Udekket behov for rehabilitering *		Ingen		Ett		To eller flere
Ikke tilbud	56,0		47,0		48,9	
Fornøyd	26,3	59,9	26,3	49,6	12,8	25,0
Nøytral	15,5	35,3	18,9	35,7	20,5	40,2
Misfornøyd	2,1	4,8	7,8	14,8	17,8	34,8
Total	805	354	217	115	219	112

Note 1: En del av de som har benyttet ett eller flere rehabiliteringstilbud oppgir at de ikke har fått tilbud om rehabilitering, noe som kan tyde på at de i tillegg til tilbudene de har benyttet, også savner tilbud.

Vurdering av omfang av bruk og behov for rehabilitering

Når vi undersøker sammenhengen mellom vurderingen av rehabiliteringstilbudet og antall behov, antall benyttet og udekket behov for rehabilitering, ser vi at omfanget av behov og bruk av rehabilitering har betydning for vurderingen (tabell 12). Alle sammenhengene er signifikante, også når vi tar ut de som ikke har fått tilbud.

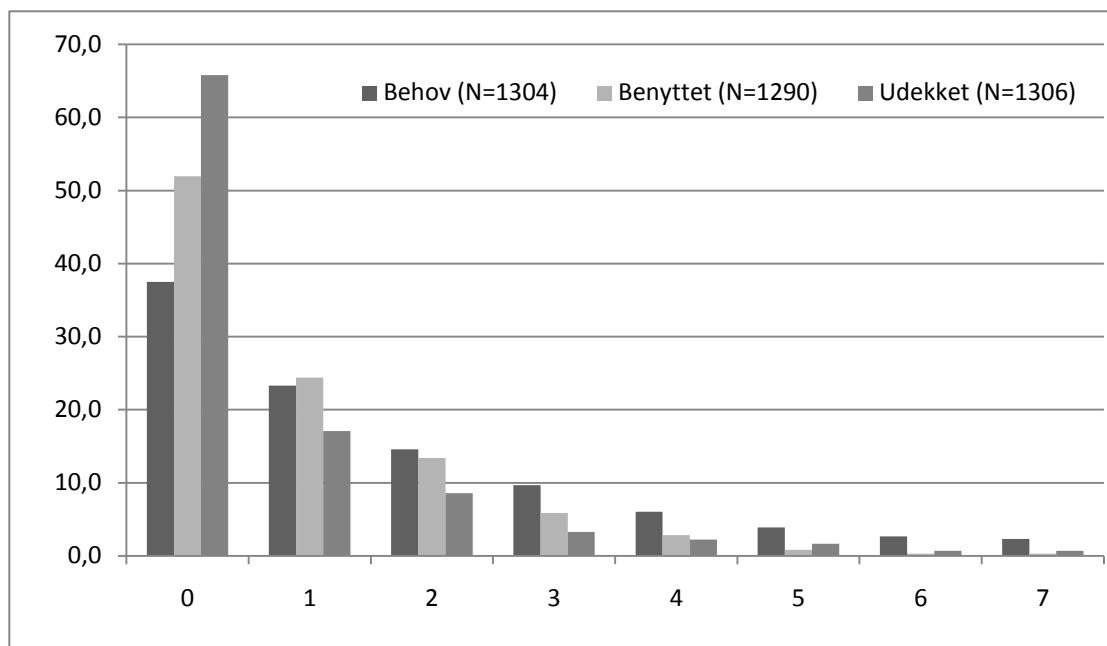
Dersom vi i tillegg tar ut de som ikke har hatt behov for rehabilitering, er det ikke sammenheng mellom antallet behov og vurderingen av tilbudet. Sammenhengen mellom benyttet rehabilitering og vurderingen av rehabiliteringstilbudet er signifikant selv om vi tar ut de som ikke har benyttet tilbudet. Tilsvarende finner vi at det er en sammenheng mellom udekket behov og vurderingen av rehabiliteringstilbudet, selv om vi tar ut de som ikke har noen udekkede behov.

Når en ser på sammenhengen mellom antall behov for rehabilitering og vurdering av tilbudet, er det en tendens til at de som har størst behov også er de som i størst grad har en mening. Både andelen som er fornøyd og andelen som er misfornøyd øker.

Ser vi på de som har benyttet et eller flere rehabiliteringstilbud, er sammenhengen tydeligere. Desto mer omfattende rehabilitering som har blitt benyttet, desto større andel er fornøyd med tilbudet. Tilsvarende ser vi at andelen som er misfornøyd avtar når antall benyttede rehabiliteringstilbud øker.

Ikke overraskende finner vi et motsatt mønster når de som har udekkede behov skal vurdere rehabiliteringstilbudet. Når det udekkede behovet øker, er det færre som er fornøyd og flere som er misfornøyd.

Figur 7. Kreftrammedes vurdering av antall behov for rehabilitering, antall som er benyttet og antall udekkede behov.



Oppsummering

I figur 7 oppsummeres kreftpasientenes behov for, bruk av og savn av rehabiliteringstilbud. Litt over en tredjedel oppgir at de ikke har hatt behov for rehabilitering, mens en fjerdedel oppgir at de har hatt behov for et tilbud. Dermed er det fire av ti som rapporterer om et omfattende behov for rehabilitering, altså at de har behov for minst to rehabiliteringstilbud. Halvparten av pasientene har ikke benyttet seg av rehabiliteringstilbudet, en fjerdedel har benyttet et tilbud og en fjerdedel har benyttet seg av minst to tilbud. To tredjedeler har ikke rehabiliteringsbehov som ikke har blitt dekket, mens omtrent en sjettedel har et udekket behov, og en sjettedel har to eller flere udekkede behov, til sammen er det altså en tredjedel som har udekkede behov for rehabilitering.

Kreftpasientene som inngår i denne studien er i hovedsak fornøyd med rehabiliteringstilbudet de har fått. Dette står i sterk kontrast til den langt mer negative vurderingen som rapporteres av Iversen, Holmboe og Dahle (2010). Spørsmålsformuleringen og svaralternativene er imidlertid annerledes i deres undersøkelse, men den viktigste forskjellen er nok at de har med alle pasienter, altså langt flere eldre pasienter og dermed også andre diagnoser enn de som inngår her.

Blant pasienter som inngår i denne studien og som har hatt behov for rehabilitering (og som har fått et tilbud), er over halvparten fornøyd med tilbudet, mens en av syv er misfornøyd. En av syv av de som har benyttet ett tilbud er også misfornøyd, mens det blant de som har benyttet to eller flere tilbud er en av ti som er misfornøyd. I den siste gruppen er to av tre pasienter fornøyd med tilbudet. Blant pasienter som har savnet ett rehabiliteringstilbud er nesten halvparten fornøyd. Blant pasienter som savner to eller flere tilbud er det bare en av fire som er fornøyd, og en av tre er misfornøyd, men denne gruppen utgjør en liten andel av pasientene.

Når vi ser på hvilke kjennetegn som karakteriserer de som har behov, de som benytter rehabiliteringstilbudet og de som savner et eller flere tilbud, så gjenfinder vi i grove trekk de samme mønstrene hele veien. De kjennetegn som karakteriserer pasienter som rapporterer om stort behov for rehabilitering, er de samme kjennetegnene man finner hos pasientene som i størst utstrekning benytter rehabiliteringstilbudet. I tillegg finner vi i stor utstrekning også de samme kjennetegn hos pasientene som i størst grad melder om udekkede behov for rehabilitering.

De to kjennetegnene som gjennomgående har størst betydning for behov for og bruk (og vurdering) av rehabiliteringstilbudet, er hovedbeskjeftigelse da surveyen ble gjennomført og de ulike målene på den økonomiske situasjonen. Hovedbeskjeftigelse, altså om en var i arbeid (eller var student) eller ikke, kan ha stor betydning for økonomien. Pasienter uten arbeid melder om et større behov for rehabilitering enn andre. Thorsen m.fl. (2011) fant også at pasienter uten arbeid hadde større behov enn andre, og videre at behovet var enda høyere dersom en hadde opplevd en endring i hovedbeskjeftigelse som følge av kreftsykdommen.

Pasienter som hadde dårlig økonomi hadde større behov for rehabilitering enn andre, og dette gjaldt særlig de som hadde opplevd en forverring av økonomien.

Kreftpasienter uten arbeid og kreftpasienter med dårlig økonomi benyttet dessuten rehabiliteringstilbudet i langt større grad enn andre, og de opplevde også at de hadde flere behov som ikke ble dekket. Og som vi så over var det de med dårlig økonomi og problemer med uforutsette utgifter som var mest misfornøyd med rehabiliteringstilbudet.³

Kvinner har gjennomgående større behov og mer omfattende behov enn menn,⁴ og de bruker rehabiliteringstilbudet i større grad enn det menn gjør, men det er ingen forskjell i andel med udekket behov. Når vi undersøker enkelttilbud, er det ikke alltid forskjeller mellom kvinner og menn, men det samlede behovet og den samlede bruken er forskjellig.

Unge pasienter har større og flere behov enn eldre pasienter (se også Thorsen m.fl. 2011), de benytter tilbudet i større grad og de opplever oftere å ha udekkede behov. Dette henger delvis sammen med at ulike diagnoser rammer i ulik alder, men kan også være en indikasjon på at unge har større forventninger til effekten av rehabiliteringen, og at unge har et større ønske om å komme tilbake til arbeid.

Høyt utdannede har oftere og større behov enn andre (se også Thorsen m.fl. 2011), og de benytter tilbudet i større grad. Det er ingen forskjell i udekket behov etter utdanningsnivå.

Diagnose har, naturlig nok, betydning både for behovet for og bruken av rehabiliteringstilbudene. Det er særlig brystkreftpasientene som utmerker seg med et omfattende behov, og det er også de som i størst grad bruker rehabiliteringstilbudet. Diagnose er ikke alltid av direkte betydning for enkelte rehabiliteringstilbud, men diagnosen og dens alvorlighet er bestemmende for behandlingen, som alltid har betydning. Pasienter som er behandlet med cellegift, og spesielt pasienter som er behandlet med cellegift og stråling, har et omfattende behov (se også Thorsen m.fl. 2011) og er de som benytter rehabiliteringstilbudet mest.

Kreftrammede bosatt på Vestlandet oppgir at de har færre behov for rehabilitering enn pasienter bosatt andre steder, og de benytter også rehabiliteringstilbudet mindre. Om dette skyldes variasjon i rehabiliteringstilbudet eller at pasienter på Vestlandet har et annet syn på tilbudet enn andre er vanskelig å si noe sikkert om, men dette er noe som bør undersøkes nærmere.⁵

Innledningsvis gjorde vi oppmerksom på at når en finner en sammenheng mellom to variabler, som for eksempel alder og behov for rehabilitering, så vil det kunne være andre kjennetegn som forklarer sammenhengene. Thorsen m.fl. (2011), som også har sett på

³ Øvrige kjennetegn har liten eller ingen betydning for vurdering av tilbudet, kun for andel som oppgir at de ikke har fått tilbud. Se tabell 11 og tilhørende kommentarer.

⁴ Thorsen og kolleger (2011, Table III) fant at kjønn har en effekt på antallet behov, men at denne effekten skyldes andre mellomliggende variabler.

⁵ Dette kan også skyldes fordelingen av pasienter mellom ulike sykehus. Vi minner om at de kreftrammede som inngår i denne studien har vært pasienter på fire utvalgte sykehus, og at det kun er utvalgte diagnoser som inngår. Utvalget er dermed ikke landsdekkende. Se også beskrivelsen av datagrunnlaget.

behovet for rehabilitering, fant imidlertid en effekt av både utdanning, arbeid, diagnose og behandling selv når det var kontrollert for en rekke andre forhold.

Selv om forklaringen på at kreftpasienter har dårlig økonomi kan være at de har mistet jobben (eller at de jobber mindre), og at de kan ha mistet jobben på grunn av kreftsykdommen eller behandlingen av denne, så betyr ikke det at grupper med dårlig økonomi eller uten arbeid ikke har behov og bruk for et rehabiliteringstilbud. For disse gruppene kan rehabilitering bidra til at de kan komme tilbake til jobb.

Når vi i denne studien finner at det i grove trekk er de samme gruppene som har behov for rehabilitering som benytter rehabiliteringstilbudet *og* som savner et tilbud, tyder det på at rehabiliteringstilbudet i hovedsak fungerer bra. Tilbudet treffer gruppene som trenger rehabilitering, men det er enkelte i disse gruppene som faller utenfor.

Flere har påpekt at det er mye man ikke vet om rehabiliteringstilbudet (se bl.a. Fosså m.fl. 2008, Thorsen m.fl. 2011). Hva inneholder de ulike tilbudene? Hvilken effekt har de? Varierer effekten når tilbudene gis hver for seg eller samlet? Når er det best å starte rehabiliteringen? Hvorfor oppgir pasienter på Vestlandet at de har mindre behov for rehabilitering? Selv om det gjenstår mye forskning før en kan svare på disse spørsmålene, er det også slik at det er mye en vet.

Vi har i denne studien fått mer kunnskap om hvem som har behov for rehabilitering (jf. Fosså m.fl. 2008), og ikke minst om hvem som savner et eller flere rehabiliteringstilbud. Vi har sett at personer uten arbeid og personer med dårlig økonomi har større behov for rehabilitering enn andre, og at pasienter som er behandlet med cellegift og/eller stråling har store behov for rehabilitering. Det er kjent at cellegift og stråling kan ha store negative effekter på helsa (Fosså, Loge og Dahl 2008), og man vet at i alle fall for brystkreftpasienter har fysioterapi og fysisk opptrening positive helsegevinster (Juvet m.fl. 2009). I våre data finner vi at de som har ulike økonomiske utfordringer oftere er behandlet med cellegift og/eller stråling enn andre (ikke vist⁶).

Arbeidet med å begrense de negative økonomiske konsekvensene av kreftsykdom er viktig for pasienter som opplever økonomiske problemer. Basert på våre funn virker det rimelig å anta at en strategi for å oppnå dette er å jobbe for at flere av pasientene som behandles med cellegift og/eller stråling får god informasjon om rehabiliteringstilbudet og et godt rehabiliteringstilbud. Ved å begrense de negative helseeffektene av kreftbehandlingen vil flere kunne komme (tilbake) i jobb etter avsluttet behandling.

⁶ Noen av sammenhengene mellom vurdering av økonomi og behandling er undersøkt i Fløtten mfl. (2008).

Referanser

- Fløtten, T., S. Torp, H. Kavli, R. A. Nielsen, A. B. Grønningsæter og K. Gustavsen (2008), *Krefttrammedes levekår. Om arbeid, økonomi, rehabilitering og sosial støtte*. Fafo-rapport 2008: 47. Oslo: Fafo.
- Fosså, S. D., A. A. Dahl, S. Smeland, L. Thorsen og J. H. Loge (2008), ”Rehabilitering etter kreft.” *Kronikk i Tidsskrift for Den norske legeforening*. 128(22): 2615–2616.
- Fosså, S. D., J. H. Loge og A. A. Dahl (2008), ”Long-term survivorship after cancer: how far have we come?” *Annals of Oncology* Vol. 19 (Supplement 5): v25–v29.
- Iversen, H. H., O. Holmboe og K. A. Dahle (2010), *Kreftpasienters erfaringer med somatiske sykehus i 2009. Institusjonsvise resultater*. PasOpp-rapport nr. 2 2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Juvet, L. K., I-K Ø. Elvsaas, G. Leivseth, G. Anker, G. F. Bertheussen, U. Falkmer, E. A. Fors, S. Lundgren, L.M. Oldervoll, I. Thune, I. N. Norderhaug (2009), *Rehabilitation of breast cancer patients*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 02–2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004), *Nasjonal strategi for arbeid innen kreftomsorgen*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Thorsen, L., G. M. Gjerset, J. H. Loge, C. E. Kiserud, E. Skovlund, T. Fløtten og S. D. Fosså (2011), ”Cancer patients’ needs for rehabilitation services.” *Acta Oncologica*. Vol. 50(2): 212–222.

Kreftpasienters behov, bruk og vurdering av rehabiliteringstilbudet



Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-notat 2011:04
ISSN 0804-5135