

Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2021;183:V205057

Den klinisk betydende afstand

Rasmus Dahlin Bojesen

Ugeskr Læger 2021;183:V205057

Engang kom jeg af vanvare til at fortælle en canadisk kollega, at vi havde vanskeligt ved at rekruttere til et studie, hvor patienter skulle møde op til træning på hospitalet tre gange ugentligt, da vi var et provinshospital, og patienterne ofte skulle rejse langt. Jeg kunne se den delvise vantro og morskab, som dette udsagn afstedkom, da han fandt ud af, at Slagelse Sygehus lå knap 90 km fra centrum af landets hovedstad. Ikke desto mindre er danskernes opfattelse af afstande og villigheden til at overkomme disse afstande i forbindelse med behandling en væsentlig faktor og meget kulturelt betinget. Artiklen af *Hansen et al* [1] dykker på forbilledlig vis ned i dette vigtige, men også underbelyste område, som nok er af større betydning for mange patienter, end vi som klinikere går og tror. I studiet undersøges, om afstanden fra hjemmet til hospitalet har betydning for henvisning og deltagelse i seks ugers specialiseret træning under onkologisk behandling. Ved hjælp af Google Maps har forfatterne fra Onkologisk Afdeling, Vejle Hospital, for 1.893 patienter vist, at der skal en overraskende lille afstand til, for at patienterne ikke bliver henvist – medianafstanden er blot 27 km (mod 3 km for henviste).

Det er min erfaring, at begrænsninger grundet rejseafstand dog oftest er en proxy for, at behandlingen overstiger patientens ressourcer. Deltagelsen i træning stiller store krav til patienterne og bliver derfor oftest det første, som vælges fra i et krævende behandlingsforløb. Således er begrænsninger grundet rejseafstand ikke blot et udslag af den danske »afstandskultur«, men lige så meget et udtryk for social ulighed i adgangen til sundhedsydelser. Den kraftige negative konsekvens af social ulighed i Danmark, herunder den skæve fordeling af patienter, som bliver henvist til rehabilitering, blev omfattende beskrevet i Kræftens Bekæmpelses Hvidbog »Social ulighed i kræft i Danmark« fra 2019 [2]. I artiklen af *Hansen et al* er der ikke fundet nogen forskel i gennemførelsesprocenten på baggrund af afstand, uddannelsesniveaue eller civilstand, hvilket understreger, at begrænsningerne primært ligger i adgangen til træning.

Talrige undersøgelser og metaanalyser har vist, at træning er associeret med reduceret risiko for tilbagefald og cancerspecifik mortalitet [3], og at træning under onkologisk behandling kan reducere cancerrelateret træthed [1], give øget livskvalitet og forbedring af fysisk kapacitet [4]. Derfor er det bekymrende at læse, at kun 11% af de onkologiske patienter bliver henvist til specialiseret træning. Mindre overraskende er det, at det primært er yngre patienter (55 år versus 65 år, $p < 0,001$) og kvinder (84% versus 59%, $p < 0,001$), som bliver henvist. Endvidere ligger det

maksimalt iltoptag væsentligt højere for de henviste end for gennemsnittet af onkologiske patienter (16-25 ml/kg/min) [5]. Patienterne, der henvises, er således yngre og i bedre fysisk form end dem, der ikke henvises, og herved opstår spørgsmålet, om de patienter, som deltager i træningen, er de patienter, som har størst effekt af og mest brug for behandlingen?

I studiet af *Hansen et al* fokuseres der på et vigtigt område for patienterne, men ofte overset af klinikerne, nemlig patienternes tid og ressourceforbrug i forbindelse med deres behandling. På mit hospital er det ikke ualmindeligt, at patienter, som ikke selv kan komme med bil, skal bruge mere end halvanden time på transport både frem og tilbage, og bare det at bestille transporten kan være en uoverstigelig udfordring. I tidsalderen for personlig medicin bør vi derfor som læger overveje, om dette begreb ikke også kan gælde for patientens egne ressourcer og social ulighed, og man derfor ville skulle give forskellig behandling for at kunne behandle patienterne ens. Da vi næppe kan ændre befolkningens »afstandskultur« og tiltagende centralisering, er der behov for at udvikle initiativer, som både kan understøtte patienternes adgang til sundhedsydelserne og hjælpe med at fjerne de logistiske og mentale barrierer. Vi har således behov for yderligere studier som dette, hvor begrænsende faktorer undersøges i en dansk sammenhæng, da vi, som forfatterne rigtigt pointerer, formodentlig ikke på disse punkter kan anvende erfaringer fra lande som USA, Australien og Canada.

Korrespondance Rasmus Dahlin Bojesen, Kirurgisk Afdeling, Slagelse Sygehus og Centre for Surgical Science, Sjællands Universitets Hospital. E-mail: radb@regionsjaelland.dk

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelig sammen med lederen på ugeskriftet.dk

REFERENCER

1. Hansen AME, Hansen TF, Steffensen KD, Jensen LH. Geographical distance as an impeding factor for cancer patients' participation in a specialised exercise program. *Dan Med J* 2020;67(12):A01200044.
2. Olsen MH, Kjær TK, Dalton SO. Social ulighed i kræft i Danmark. *Kræftens Bekæmpelse*, 2019 https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/6/7826/1581589964/hvidbog_social_ulighed_kraeft_i_danmark.pdf (20. maj 2021).
3. Cormie P, Zopf EM, Zhang X, Schmitz KH. The impact of exercise on cancer mortality, recurrence, and treatment-related adverse effects. *Epidemiol Rev* 2017;39:71-92.
4. Buffart LM, Kalter J, Sweegers MG et al. Effects and moderators of exercise on quality of life and physical function in patients with cancer: an individual patient data meta-analysis of 34 RCTs. *Cancer Treat Rev* 2017;52:91-104.
5. Steins Bisschop CN, Velthuis MJ, Wittink H et al. Cardiopulmonary exercise testing in cancer rehabilitation. *Sport Med* 2012;42:367-79.