

Sosial ulikhet

– angår det allmennlegen?

AV METTE BREKKE

I et globalt perspektiv angår sosioøkonomisk ulikhet alle som er interessert i helse – fordi fordeling av velstand er den faktor som har størst innflytelse på folkehelsen (1). I denne artikkelen vil jeg likevel rette fokus mot Norge og mot dagens primærhelsetjeneste.

Jeg vil begynne med å hevde at svaret på spørsmålet i tittelen er: Ja, sosial ulikhet angår allmennlegen.

Begrunnelsen er enkel: sosial ulikhet virker inn på våre pasienters helse og på deres bruk av helsetjenester. Dessuten kan vi som leger – i noen grad – være med og modifisere sosiale problemers negative helseeffekter.

Hvordan virker sosial ulikhet inn på helsen?

Som klinikere ser vi eksempler på dette daglig, og jeg er sikker på at de fleste av oss kan stille oss bak den kjente påstanden om at «Det er bedre å være rik og frisk enn fattig og syk». Det kan se ut til at sosial ulikhet påvirker helsen på tre plan:

- Sosialt dårlig stilte er oftere syke
- De opplever sykdom mer alvorlig
- De har mindre ressurser til å mestre sykdom

Nyere forskning viser at dette er riktig. Her i landet foregår det meste av slik forskning i Oslo, hvor sosioøkonomisk ulikhet er lettest å påvise – bl.a. er det fremdeles betydelig dårligere forhold øst i byen enn i vest. Dette avspeiler seg i helseulikheter. Forventet levealder for menn er 76 år i ytre Oslo vest, mens den i indre øst ikke er mer enn 69 år (2). Hjerter-karsykdom, visse typer kreft, samt røyking, overvekt og fysisk inaktivitet er hyppigere forekommende på østkanten. I en undersøkelse fant vi at leddgiktspasienter i indre Oslo øst opplevde sykdommen sin mer alvorlig og uttrykte mindre tillit til å kunne mestre konsekvensene av den enn hva tilfellet var på vestkanten (3). Dette til tross for at klinisk undersøkelse ikke viste signifikante forskjeller mellom pasientgruppene.

Det at dårlig helse i seg selv kan føre til vanskelige sosiale kår – den såkalte seleksjonshypotesen – har vist seg bare i beskjedne grad å bidra til å forklare disse sammenhengene.(4)

Hvordan påvirker sosial ulikhet allmennlegens arbeid?

Det er fristende å si at ettersom sosialt dårligstilte er mest syke, er det en selvfølge – ja, rett og rimelig – at de legger beslag på mer av primærlegens tid enn andre grupper. Så enkelt er det likevel ikke. Mange av oss har hørt påstanden om «The inverse care law» – eller om at de som trenger mest, får minst. Påstanden ble lansert i en artikkel i Lancet i 1971 av Julian Tudor Hart, som i mange år var allmennlege i et fattig område i Wales (5). Artikkelen oppsummerer:

«The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served. This inverse care law operates more completely where medical care is most exposed to market forces, and less so when such exposure is reduced. The market distribution of medical care is a primitive and historically outdated social form, and any return to it would further exaggerate the maldistribution of medical resources.»

Kraftige påstander for 30 år siden! Men uansett hva man måtte mene om deres gyldighet i dagens Norge: nyere forskning – hovedsakelig fra Storbritannia – viser entydig at lav sosioøkonomisk status er knyttet til høyt forbruk av primærlegetjenester. Noen eksempler: Pasienter i alderen



Mette Brekke, f. 1953
spesialist i allmennmedisin
Fastlege v. St. Hanshaugen legesenter
i Oslo og stipendiat ved Institutt for
allmenn- og samfunnsmedisin, UiO.
Hun forsvarte i fjor sin medisinske
doktoravhandling om sosiale helse-
ulikheter



ILLUSTRASJONSFOTO

65–74 år i sosialklasse V (lavest) hadde 23 prosent flere konsultasjoner hos primærlege og dobbelt så mange hjemmebesøk sammenliknet med pasienter i sosialklasse I (høyest) (6). Hos barn økte konsultasjonsraten lineært fra sosialklasse I og II til klasse IV og V (7). For alle aldersgrupper hadde pasienter i lave sosiale klasser hyppigere legekontakt utenom vanlig åpningstid (8). Fattigdom og sosial isolasjon var de viktigste forklaringsfaktorer for særlig hyppig primærlegekontakt (9). «Særlig hyppig» ble definert som 12 eller flere kontakter i året eller minst seks kontakter for lite alvorlige problemer. Til og med hyppig telefonkontakt er relatert til lav sosial status, og kommer i tillegg til høy frekvens av konsultasjoner og hjemmebesøk (10).

I land hvor det er svært dyrt å gå til lege, er situasjonen annerledes. USA har et dårlig omdømme i så måte, og en undersøkelse av 750 personer med inntekt lavere enn 200 prosent av fattigdomsgrensen befester dette (11). Disse var altså ikke *svært* fattige – de fleste var i arbeid. Likevel var 37 prosent uten noen form for helseforsikring, i hvert fall i deler av året. Egen helse og tilgang til helsetjenester var blant deres største bekymringer, og mange anga å måtte velge mellom å ha penger til mat eller til helsetjenester. Det er lett å forstå at disse sjelden møter fram til forebyggende tiltak – som cytologi eller mammografiscreening – og at de lett kan utebli fra anbefalt og avtalt oppfølging.

Vi vet lite om sammenhenger mellom sosioøkonomisk status og kontakthypighet i Norge. Kostnadene forbundet med legebesøk er relativt lave her i landet, og mitt inntrykk er at

forholdene likner det vi ser i Storbritannia. I en ennå upublisert analyse av data fra Helseundersøkelsen i Oslo 2000 («HUBRO») finner vi at 24 prosent av 40- og 45-åringer i indre by øst hadde hatt fire eller flere allmennlegekonsultasjoner siste år, sammenliknet med 11 prosent i ytre vest.

Større utfordringer

Hva så med «The inverse care law» – er det bare løse påstander? Legg merke til at Tudor Hart hevder at det er *god* helsetjeneste som er skjevfordelt. Om han har rett er vanskelig å si, for det er gjort svært få undersøkelser av sammenhenger mellom helsetjenestens kvalitet og pasienters sosioøkonomiske status. En måte å måle kvalitet på, er å se på hvilke behandlingsresultater som blir oppnådd. Et eksempel: et behandlerteam driver to klinikker for enuresis nocturna hos barn: klinikk A i et velstående område, klinikk B i et mindre velstående (12). Klinikk B har flest pasienter, men oppnår langt sjeldnere at barnet sluttet å væte seg – både ved bruk av premiering og alarmmatte. I klinikk B blir alarmene ikke brukt lenge nok til at de kan være effektive, som regel blir de returnert etter få dager. Forfatterne konkluderer: «Vi må utvikle metoder for å styrke motivasjon og samarbeid hos foreldrene i det mindre velstående området, slik at behandlingsresultatene kan bli bedre».

Denne lille undersøkelsen oppsummerer noen viktige poenger: Pasienter med lav sosial status *braker* primærlege, antakelig mer enn gjennomsnittlig. Forståelig nok – all den tid de har større helseproblemer. Men nettopp de komplekse og alvorlige problemene gjør at disse pasientene byr på

særlige utfordringer i konsultasjonen. Legen må forholde seg til at de har mange klager, lite ressurser til å takle problemene, og stort behov for helseopplysning og forebyggende tiltak. Det er vanskelig å lykkes med slike pasienter – i alle fall krever det tid og tålmodighet!

Hva kan så allmennlegen gjøre?

Det er sagt at helse er for viktig til å bli overlatt til leger. Selvsagt er folkehelsen et samfunnsansvar, ikke minst når vi snakker om sosiale helseulikheter. Likevel er helsetjeneste viktig – særlig på primærnivå. En evidensbasert strategi for å motvirke sosiale helseulikheter i Nederland er nylig publisert, og primærhelsetjenesten er her ett av fire angrepspunkter (13). Det anbefales:

1. Å sikre at allmennlegetjeneste er økonomisk tilgjengelig også for svake grupper.
2. Å styrke allmennlegedekningen i de minst velstående områdene.
3. Å ansette mer hjelpepersonell, «nurse practitioners» og frivillige helseopplysere i legepraksisene i slike områder. Til sammen er dette en sterk bekreftelse av at primærlegen er en krumtapp i arbeidet med å redusere sosiale problemers uheldige konsekvenser for helsen.

Pål Gulbrandsen har undersøkt hva allmennleger (i Buskerud) faktisk vet om sine pasienters sosiale situasjon (14). Han fant at selv om legen innhenter lite systematiske opplysninger, samler han/hun som regel informasjon over tid. Legen er seg som regel bevisst at pasientens sosiale kontekst er viktig. Den engelske allmennlegen Iona Heath utfordrer oss til å være mer målrettet, og til systematisk å inkludere sosiale risikofaktorer i anamnesen (15). – Vi vet antakelig nok om at sosiale forhold er like viktige forklaringer på sykdom som biologiske, sier hun. Derfor må vi finne enkle og ikke-stigmatiserende metoder for å sikre oss informasjon om arbeidsledighet, økonomiske vansker, dårlige boforhold og sosial isolasjon.

Men hva så? Hva skal vi bruke opplysningene til – bortsett fra til å forstå mer?

Gode hensikter er ikke nok

En offentlig oppnevnt gruppe i England undersøkte for få år siden systematisk hvilke tiltak innen helsetjenesten som hadde vist seg å bidra til å redusere sosial betingede helseulikheter (16). Konklusjonen var skuffende: det var gjort svært få gode, kontrollerte studier av slike intervensjoner. Noen velmente tiltak viste seg faktisk å virke mot sin hensikt, eksempelvis virket en kampanje for å fremme inntak av folat hos gravide til økte sosiale skillelinjer på dette området.

Vi trenger derfor svært til forskning omkring dette: Hvilke spørsmål egner seg i praksis til, på en enkel måte, å skaffe informasjon om sosial helserisiko? Hvilke tiltak vil bidra til å redusere denne? Allmennpraksis vil være en gunstig setting for slike undersøkelser. Et eksempel kunne være: Vil økt bruk av e-mail-konsultasjoner føre til økt marginalisering av allerede svake grupper, og dermed bidra til økt «inverse care»?

Hva betyr fastlegeordningen?

Jeg er overbevist om at de aller fleste norske allmennleger er enig i følgende mål for arbeidet vårt:

- Lik tilgang til våre tjenester for samme behov
- Lik bruk av våre ressurser for samme behov
- Samme (høye) kvalitet på våre tjenester til alle sosiale grupper

Etter at vi ble fastleger, vet vi hvem pasientene våre er. Og etter en tid vet vi en hel del om hvem som bruker oss (for) mye og hvem som bruker oss for lite i forhold til det vi ser er behovet. Kanskje har vi til og med idealer og intensjoner om å styre arbeidsinnsatsen mot en mer hensiktsmessig fordeling (17)? Men det er ikke til å komme bort fra at svært mange av oss opplever et økt arbeids- og forventningspress etter at vi gikk over til å bli fastleger. I en slik situasjon kan vi vanskelig forventes å strekke oss ytterligere for de pasientgrupper som er vanskeligst og minst takknemlige å jobbe med. De krever kan hende muligheter for «fleksibel» timebestilling, dvs de kommer når det passer dem, og de betaler heller ikke alltid regningen. Enda viktigere: det er svært krevende å yte legetjeneste av høy kvalitet til pasienter med store sosiale problemer. En overarbeidet og presset lege vil lett kunne komme til å bebreide pasienten, for eksempel for dårlige vaner og lite helsefremmende livsstil.

Ulike fastlegerlister varierer svært når det gjelder hvor krevende de er, bl.a. avhengig av pasientenes sosioøkonomiske status. I Storbritannia har man tatt konsekvensen av at pasienter med sosiale problemer betyr økt arbeid for primærlegen, og har innført «deprivation payment» – et tillegg i per capita-tilskuddet for pasienter bosatt i visse områder. I 1999 kvalifiserte 12 prosent av befolkningen for dette (18). Kanskje trenger vi noe liknende i Norge? Å hevde at leger bør tjene bedre for å motvirke sosiale helseulikheter, er kanskje ikke god tone. Men en bedre fordeling av legetjenester og styring av ressursene dit behovene er størst skjer neppe av seg selv.

To områder for bekymring

Tudor Hart fyrte av en bredside mot et helsevesen prisgitt markedskreftene. Også i Norge har vi fått «helprivate» primærleger. Det er bekymringsfullt hvis de mest velstående

kjøper seg så gode private helsetjenester at de slutter å bry seg med og om det offentlige systemet. Det fører rimeligvis til at viljen til å være med å finansiere dette gjennom skatter blir svekket. Svekket blir også en av grunnpilarene for velferdsstaten: at den sikrer og ivaretar *alle*, og den offentlige helsetjenesten kan lett bli nestbest. Så langt kan det imidlertid se ut til at fastlegeordningen har bremset eller endatil reversert privatiseringstrenden. Dette er et argument for å sikre at fastlegeordningen skal være det beste og mest attraktive både for pasienter og for legene.

En annen bekymring er at vi fastleger er blitt så forpliktet til å ta oss av pasienter at vi ikke har tid, interesse og overskudd igjen til samfunnet omkring oss. I mindre utviklede samfunn enn vårt, er forebyggende og helsefremmende arbeid på lokalsamfunnsnivå en viktig del av primærlegens arbeidsfelt (18, 19). Dette blir sett på som avgjørende for å oppnå bedring av pasientenes helse og på sikt av folkehelsen. Her i landet er det nå sjelden at vi bruker vår ekspertise utenfor kontoret, og selv de lovpålagte oppgavene på helsestasjoner, skoler og lignende er redusert til et minimum.

Som allmennleger ser vi konsekvensene av økonomisk politikk og av sosial- og helsepolitikk hver eneste dag. Knappt noen yrkesgruppe får en så omfattende innsikt i hvordan samfunnsforhold virker inn på folks liv og helse. Samfunnet burde i større grad nyttiggjøre seg denne ekspertisen. Og selv om vi leger ikke kan fjerne verken sosiale problemer eller deres negative helseeffekter, burde vi i økende grad kunne delta i og påvirke den offentlige debatt.

Referanser

- Leon, D.A., G. Walt, and L. Gilson, Recent advances: International perspectives on health inequalities and policy. *BMJ*, 2001. 322(7286): p. 591-4.
- Rognerud, M. and I. Stensvold, Oslohelse. Utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene. 1998, Ullevål sykehus, klinikk for forebyggende medisin: Oslo. p. 175.
- Brekke, M., et al., Disease activity and severity in patients with rheumatoid arthritis: relations to socioeconomic inequality. *Social Science & Medicine*, 1999. 48(12): p. 1743-50.
- Elstad, J., Social inequalities in health and their explanations, in *Norwegian Social Research (NOVA)*. 2000, University of Oslo: Oslo. p. 242.
- Hart, J.T., The inverse care law. *Lancet*, 1971. 1(7696): p. 405-12.
- McNiece, R. and A. Majeed, Socioeconomic differences in general practice consultation rates in patients aged 65 and over: prospective cohort study. *BMJ*, 1999. 319: p. 26-8.
- Saxena, S., A. Majeed, and M. Jones, Socioeconomic differences in childhood consultation rates in general practice in England and Wales: prospective cohort study. *BMJ*, 1999. 318: p. 642-6.
- Drummond, N., et al., Social variation in reasons for contacting general practice out-of-hours: implications for daytime service provision? *Br J Gen Pract*, 2000. 455: p. 460-4.
- Scaife, B., et al., Socio-economic characteristics of adult frequent attenders in general practice: secondary analysis of data. *Fam Pract*, 2000. 17: p. 298-304.
- Daugird, A. and D. Spencer, Characteristics of patients who highly utilize telephone medical care in a private practice. *J Fam Pract*, 1989. 29: p. 59-63.
- Elliott, B., K. Beattie, and S. Kaitfors, Health needs of people living below poverty level. *Fam Med*, 2001. 33: p. 361-6.
- Rolands, D. and E. Stathopulu, Social deprivation affects outcome of nocturnal enuresis (letter). *BMJ*, 2002. 324: p. 677.
- Mackenbach, J. and K. Stronks, A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *BMJ*, 2002. 325: p. 1029-32.
- Gulbrandsen, P., Allmennpraksis og pasientens sosiale situasjon. *Tidssk Nor Lægeforen*, 1999. 119: p. 2177-81.
- Smeeth, L. and I. Heath, Tackling health inequalities in primary care. *BMJ*, 1999. 318: p. 1020-1.
- Report of the independent inquiry into inequalities in health. 1998, Stationary Office: London.
- Brekke, M. and S. Steinert, Fastlegeordningen – populasjonsansvarets faglige innhold må defineres. *Tidssk Nor Lægeforen*, 1999. 119: p. 3402.
- Bajekal, M., et al., Rationale for the new GP deprivation payment scheme in England: effects of moving from electoral ward to enumeration district underprivileged area score. *Br J Gen Pract*, 2001. 51: p. 451-5.

Liker du å fotografere?

Vi vet at det finnes mange ivrige og dyktige fotografer i våre rekker, og vi ønsker derfor å invitere til en uhøytidlig konkurranse. Premien(e) vil være heder og ære, samt gleden av å se sine egne bilder på trykk.

Temaet er helse-Norge, men har en andre bilder en tror vil falle Upostens lesere i smak er vi åpne for disse også!

De innsendte bilder vil kun bli brukt i tidsskriftet Utposten. Ønsker du å levere en linje eller to med tekst/forklaring til bildet kan du gjøre det, men Utposten forbeholder seg retten til eventuelt å endre denne.

Bidragene sendes:

RMR/UTPOSTEN v/Tove Rutle, Sjøbergvn. 32, 2050 Jessheim.

Evt. E-mail: rmrtove@online.no