

OSLO

– helsekontrastenes by

AV TOM SUNDAR

Det er sagt at Oslo øst og vest er som to ulike planeter hva angår helseforhold. Ikke bare har hovedstaden de største helseforskjellene i Norge, men forskjellene er like store som mellom de fattigste og de rikeste områdene i USA.

Tom Sundar, fastlegevikar i Lørenskog kommune kombinert med rådgiverstilling i Statens legemiddelverk. Har tidligere arbeidet som allmennlege i Oslo (bydel Grünerløkka), som spesialrådgiver i Legeforeningen og fagjournalist i Tidsskrift for Den norske lægeforening

Sammenhengen mellom levealder, sosioøkonomiske forhold og livsstil er godt dokumentert. Personer med høyest utdanning og inntekt har den sunneste livsstilen og de beste utsiktene til et langt liv. Den gjennomsnittlige helsetilstanden i Oslo er tilfredsstillende og innbyggerne har god tilgang til både primær- og spesialisthelsetjenester. Likevel er Oslo den regionen i Norge hvor man finner både de best og de dårligst stilte.

Folkehelseproblem

En rekke rapporter slår fast at forskjellene i levekår og dødelighet innenfor Oslo er større enn mellom landets to fylker med høyest og lavest dødelighet, henholdsvis Finnmark og Sogn og Fjordane. For Oslo som sådan er forventet levealder i overkant av 80 år for kvinner og rundt 75 år for menn. Men bak disse gjennomsnittstallene skjuler det seg nedslående gradienter. Eksempelvis er det 12 års forskjell i forventet levealder for menn i østlige kontra vestlige bydeler – fra 68 år på Sagene-Torshov til 80 år på Vinderen. Dagens Oslo kjennetegnes ved et segregert bosettingsmønster, både med hensyn til etniske og sosioøkonomiske grupper og områder med opphopning av levekårsproblemer. Undersøkelser viser at osloborgere i indre øst lever kortere, har større dødelighet pga. hjerte- og karsykdommer, kreft og har flest livsstilssykdommer. Videre er det påvist en overhyppighet av helseplager blant etniske minoriteter.

Hovedstadens helsekontraster er ikke av ny dato. De ble dokumentert på midten av 1800-tallet av samfunnsforskeren Eilert Sundt, og senere skildret av forfatteren Knut Hamsun da han i 1890 utgav romanen *Sult*: «Det var i den tid jeg gikk omkring og sultet i Kristiania, denne forunderlige by som ingen forlater før han har fått merker av den...»

Rapporten *Sosiale ulikheter i Norge* understreker at sosiale helseulikheter er et folkehelseproblem fordi de innebærer et latent helsepotensial som kan realiseres. Forbedret helse er en forutsetning for livskvalitet, samfunnsmessig aktivitet, sosial deltakelse og økonomisk utvikling. Hva angår Oslo, er det betimelig å spørre: Vil forskjellene øke i fremtiden, eller kan vi gjøre noe for å minske helsegapet?

Tall om Oslo-helsen

Hjerte- og karsykdommer

Relativ overdødelighet av hjerte- og karsykdommer er ca. 50 prosent for både kvinner og menn i indre østlige bydeler sammenliknet med ytre vestlige bydeler. Grovt sett finnes tilsvarende geografiske forskjeller for sykkelighet.

Diabetes

Oslo har forholdsvis flere tilfeller av diabetes enn andre fylker. Blant menn i aldersgruppen 40–50 år er forekomsten ca. 2,5 prosent i østlige bydeler mot 0,4 prosent i vestlige by-

del; tilsvarende andeler blant kvinner er 3,0 og 1,0 prosent. Blant innvandrere fra India, Pakistan og Sri Lanka har hver femte mann og hver tredje kvinne mellom 40 og 60 år diabetes.

Astma

Det er små forskjeller i astmahyppighet mellom regionene i Oslo. Forekomsten av astma er imidlertid høyere blant personer uten inntektsgivende arbeid, og lavere blant dem som arbeider fulltid.

Kreft

Forekomsten og dødeligheten av kreft er høyere i Oslo enn resten av landet. Blant kvinner er dødeligheten av lungekreft i indre øst 2,5 ganger høyere enn i ytre vest.

Muskel- og skjelettplager

Muskel- og skjelettplager varierer med yrke, utdanning, etnisitet, kjønn, alder og geografi. I indre øst er ca. halvparten av kvinner rundt 60 år plaget av smerter i muskler og skjelett, mot ca. 20 prosent i vestlige bydeler.

Psykiske lidelser

Forekomsten av psykiske lidelser er dobbelt så hyppig i Oslo som i resten av landet. Kvinner rapporterer ca. 30 prosent mer psykiske plager enn menn. Forekomsten av depresjon og angstlidelser er mer enn dobbelt så høy blant kvinner som blant menn, mens rusproblematikk er vanligere hos menn. Det er høyere forekomst av psykiske lidelser blant personer i 30–40 årsalderen samt personer med lav inntekt og lav utdanning hos begge kjønn.

Tuberkulose

I 2003 var det 20 tilfeller av tuberkulose per 100 000 innbyggere i Oslo, mot sju per 100 000 på landsbasis. Over 80 prosent av tilfellene i Oslo opptrådte blant innvandrere.

Sosiale forhold

Oslo har flere en-person-husholdninger enn resten av landet. Personer med lav inntekt og stram økonomi er gjennomgående mindre sosialt aktive og mer ensomme, og bor oftere alene. Sosial isolasjon er et betydelig problem blant eldre innvandrere. Mange innvandrere definerer seg som gamle når de er 45 år.

Kilder

Sosiale ulikheter i Norge – en kunnskapsoversikt. Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
Folkehelseprogram for Oslo, 2005–2008.
Helseprofil for Oslo, 2002.

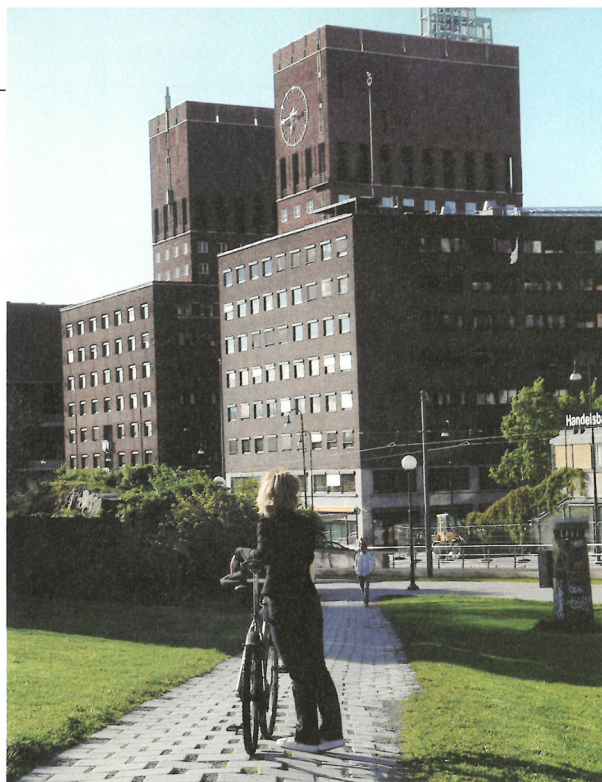


FOTO: TORE SKEIE

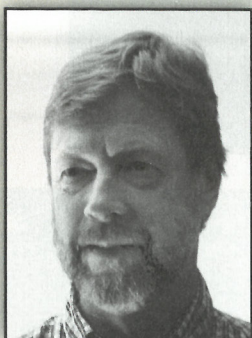


FOTO: TORE SKEIE



FOTO: TORE SKEIE

For å belyse hvordan disse forholdene påvirker hverdagsmedisinen hos fastleger i Oslo har vi fått tre leger fra ulike bydeler i Oslo til å svare på noen spørsmål som berører helsekontrastene i Oslo.



SVEN HAAVERSTAD

Har drevet allmennpraksis i ca 25 år i to-lege praksis på Grünerløkka, en av Oslos «indre øst» bydeler med 31 fastleger og en befolkning på ca 36 000. Tidligere var bydelen preget av en aldrende arbeiderklasse med til dels skjøre familiære nettverk. I dag er bydelen i rask forvandling med nedbygging av sykehjem og tjenester for de eldre. Bydelens helsefokus er nå rettet mot barn, unge, psykiatri og rus.



INGER VIERVOLL KNOPH

Fastlege med 1500 pasienter på listen ved Haugenstua legesenter (S-legesenter) i Stovner bydel fra 1978 med andre arbeidsoppgaver i perioder. Stovner bydel er en av Oslos nord-østlige bydeler og har drabantbypreg med blokkbebyggelse. Deler av bydelen består av eldre villabebyggelse. Mitt distrikt er i løpet av de siste 10–15 årene blitt sterkt preget av innvandrere.



HANNE UNDLIEN

Fastlege ved Vinderen legekantor, 1350 pasienter på lista. Bydelen har drøye 40 000 innbyggere, ligger høyest på statistikken over innbyggere med høyere utdanning. Er den bydelen i Oslo som har flest innbyggere over 90 år. Høy sosio-økonomisk klasse, lang levealder.

UTPOSTEN: Oslo betegnes ofte som en delt by. Som fastlege, hvordan opplever du helseulikhetene i Oslo?

HANNE UNDLIEN: Jeg opplever at forskjellene er store. Forskjellene er åpenbare i forhold til inntekt/økonomi og muligheter for å kjøpe seg ut av problemer som kan skape uhelse. Forskjellen opplever også som stor når det gjelder grunnlag for refleksjon og muligheter for å treffe gode valg i livet. På godt og vondt har jeg mange pasienter som har meninger om sykdom, helse og behandling og som skaffer seg bred informasjon om dette. Slike pasienter kan ha feilaktige oppfatninger om sin tilstand, men jeg opplever at det kan være lettere å gå i dialog om mulige vinklinger og nå fram med begrunnede meninger når jeg er uenig.

Jeg har reflektert endel over om dette er et utslag av utdanning og intellektuell kapasitet hos pasientene eller om det er resultat av likhet mellom meg og mine pasienter. Dialogen preges nødvendigvis av dette. Kanskje ikke alt er et resultat av hva som er mulig å formidle men hvordan det formidles.

Jeg tenker at mye av et livsløp bestemmes av endel nøkkelvalg. Mennesker som får hjelp til, og som gjennom en god oppvekst utrustes til gode valg, får forsterket mestringfølelse og ender i en positiv spiral. Omvendt med de som starter livet i ressursvake familier og får lite hjelp og tilstedeværelse. Det er selvsagt ingen forsikring å vokse opp i rike bydeler, men et svært godt utgangspunkt for mange mennesker.

SVEN HAAVERSTAD: Tilgangen til fastleger og til spesialisthelsetjenesten er stort sett god og ensartet i hele Oslo, dog med unntak av et lite tilfredsstillende tilbud innen psykiatri. Det er neppe forskjeller i helsetilbud som er årsak til helseforskjellene i byen.

Evnen og muligheten til å håndtere risikofaktorer og sykdom er nok generelt dårligere i Oslos indre øst enn på vestkanten. Mye av dette er knyttet til tradisjon og kultur, men her bor også mange enslige med dårlige nettverk. Det er enslige eldre, enslige uføre, enslige mødre med dårlig råd, enslige med sosial angst, enslige rusmiddelbrukere og enslige med personlighetsforstyrrelser. Noen pasienter hos oss mangler penger til både lege og til den anbefalte behandling. Det er sannelig ikke lett å fraråde dem «livets goder» og oppmuntre dem til sunn livsstil og rikelig mosjon når livet er ganske begredelig i seg selv.

INGER KNOPH: Jeg opplever at helseulikhetene i Oslo er store. I den delen av byen hvor jeg jobber, er det relativt stor forekomst av mangelsykdommer, tuberkulose og diabetes. Spesielt opplever vi nå en meget sterk øking av antall pasienter med diabetes type 2.





FOTO: TORE SKEIE

Vi kjenner også til at sykkelighet generelt er større i områder med lavere inntekt, lavere utdanning og flere uten inntektsgivende arbeid. Dette opplever også jeg der jeg jobber. Ofte er sykdomsforståelsen generelt dårligere, og mange har liten evne til å gjøre noe med egen situasjon.

Jeg legger for eksempel ganske ofte inn små barn på sykehus fordi jeg er usikker på foreldrenes evne til å observere sykdomsutviklingen. Jeg gir mange pasienter en ekstra kontrolltime fordi jeg er usikker på pasientens evne til å følge opp tiltak.

Mangel på nettverk hos innflyttere i byen medfører hyppigere legekontakter. Legen benyttes der en mor eller en bestemor kunne gitt råd. Videre ser jeg mye psykiske problemer og en god del rusproblematikk.

UTPOSTEN: *Hva innebærer begrepet «storbymedisin» for deg?*

HANNE UNDLIEN: Storbymedisin er en type helsetjeneste som favner en større variasjon og type behov enn i Bygdenorge. Endel former for sosiale problemer og tilpassingsvansker vil ha mindre mulighet for overlevelse i små og gjennom-siktede samfunn. Mange mennesker vil av slike grunner søke til større byer. Utfordringen blir å tilby disse menneskene en tjeneste de kan gjøre bruk av, og som er tilgjengelige der de er. Et typisk eksempel på dette er rusmisbrukere som ikke klarer å bruke den vanlige helsetjenesten på de premisser den tilbys. De klarer ofte ikke å møte til timer, de kan ha akutte problemer og kan ikke alltid bringes dit hjelpen er. Endel mennesker har psykiske problemer og en avvikende atferd som er lettere å skjule og lettere å få aksept

for i byer. I perioder kan det oppstå problemer som ikke kan løses ved hjelp av fastlegenes tilbud, det kan være behov for ambulant tjeneste, tettere oppfølging, tettere samarbeid mellom hjelpetjenestene.

SVEN HAAVERSTAD: Storbymedisin kan dreie seg om to minst to forhold. For det første handler det om hva slags helseplager folk i storbyen har, og for det andre handler det om hvordan storbyens helsetjeneste fungerer.

Ikke minst i «indre øst» er det mange som sliter med dårlige sosioøkonomiske forhold, økt sykkelighet og redusert levealder. Østkantmedisin er et mer presist uttrykk for å fokusere på hvor en rettet innsats kan gi helsegevinst i Oslo.

I byens helsetjeneste tror jeg fastlegene snart er de eneste personene med pasientansvar i ordets egentlige betydning. Det har utviklet seg en spesialisering og manglende evne til helhetstenkning i spesialisthelsetjenesten som mest kommer spesialistene til gode. Dette smitter også over på NAV som ikke godtar utredning og behandling hos fastlege som er god nok i forhold til trygdeytelser. Sykehusene er blitt til institusjoner der man kan rekvirere den ene eller den andre spesialistundersøkelsen eller spesialistbehandlingen. Resten av pasienten griper de sjelden fatt i. Å be om en generell indremedisinsk undersøkelse på et universitetsykehus i Oslo blir i dag avvist!

INGER KNOPH: For meg personlig innebærer begrepet storbymedisin mennesker fra mange forskjellige kulturer og samfunnslag. Mange er uten arbeid eller har lav inntekt.

Jeg må forholde meg til mye sosial nød. Av og til kommer pasienten tilbake og sier at han ikke har skaffet seg medisinen jeg anbefalte fordi han ikke hadde penger til det. Dette innebærer samarbeid med sosialkontor i tillegg til andre samarbeidspartnere.

Jeg blir med jevne mellomrom presset av narkomane som vil at jeg skal skrive ut B-preparater. Annen rusproblematikk og mange psykiatriske problemstillinger preger vår hverdag, mange har et stort forbruk av legetjenester.

Jeg har lett tilgang til røntgeninstitutter med mye avansert utstyr. Det er kort vei til sykehus i en øyeblikkelig hjelp situasjon. Pasientene har tilgang på alle spesialisthelsetjenester innen nær geografisk avstand, men det er ofte med lange ventetider. Spesielt opplever jeg at behovet for psykiatritjenester er langt større enn tilbudet.

UTPOSTEN: *Hvilke hovedutfordringer møter du som lege i storbyen?*

HANNE UNDLIEN: Større tilbud av helsetjenester, mest på godt men tidvis på vondt når pasienter «shopper» tjenester i en slik grad at oversikt og rasjonale forsvinner. Det er også et større samfunn der gjennomsiktigheten er liten. De negative sidene ved dette kan være at problemer er vanskeligere å fange opp. Særlig i en bydel med god økonomi er mulighetene til å skjule sosial og emosjonell nød stor.

SVEN HAAVERSTAD: Hvordan være en god samtalepartner med pasienter der ikke helsevesenet, men storsamfunnet i seg selv burde være hjelperen?

Hvordan tilrettelegge for behandling og oppfølging av de mest vanskeligstilte blant oss, spesielt rusmisbrukerne med dobbeltdiagnoser?

Hvordan håndtere folks økende krav til umiddelbar tilgjengelighet uansett type helseproblem?

Hvordan skaffe seg gode og ansvarlige alliansepartnere i spesialisthelsetjenesten?

INGER KNOPH: Mine hovedutfordringer er uten tvil mange pasienter med svært dårlig evne til egenomsorg og utfordringer knyttet til fremmede kulturer. Jeg har pasienter fra en rekke land, bl.a. Pakistan, Tyrkia, Filippinene, Sri Lanka, Somalia, Sør-Amerika, India, Vietnam, Tsjetsjenia, Afghanistan, Iran, Irak og Polen.

På en vanlig dag har under 50 prosent av pasientene en norsk opprinnelse. Mange snakker knapt norsk og vi må derfor benytte tolketjeneste i stor grad. Ved øyeblikkelig hjelp konsultasjoner må vi ofte benytte slektninger som tolker. Av og til har vi ingen tolkehjelp i det hele tatt. Da må man benytte peking, enkle ord og objektive funn.

Vi opplever også utfordringer i forhold til kulturforskjeller og forskjeller i sykdomsoppfatning. Dette øker faren for feildiagnoser og reduserer compliance. Jeg kan nevne et par eksempler: Personer fra andre kulturer har ofte en helt annen oppfatning av hvordan symptomer skal tolkes og settes sammen. Begrepene kalde og varme sykdommer, kald og varm mat (i overført betydning) kan være viktig for pasienten, men blir kanskje ikke uttalt. Dette påvirker compliance. Som eksempel på det kan jeg nevne kvinnen som manglet D-vitaminer. Dette er en svært vanlig tilstand blant innvandrerkvinner og jeg anbefaler dem i første omgang å ta tran evt. trankapsler. For denne kvinnen var det greit. Imidlertid planla hun reise til Pakistan. Sønnen spurte om hun skulle ta tran også der. Ja selvfølgelig, sa jeg. Han forklarte meg da at tran ble oppfattet som varm fordi den kom fra fisk, som var varm. Når kvinnen så forflyttet seg fra Norge til et klima som var varmt, nemlig i Pakistan var han redd det ble for mye varme å ta tran. Andre kan ikke benytte trankapslene fordi gelatinet i selve kapselen er et svineprodukt – nok en problemstilling som krever at man tenker litt utover skolemedisinen.

Vanskeligere var det da kvinnen som viste seg å være analfabet skulle læres opp til å bruke insulin. Det tok litt tid før vi forstod at hun verken kunne telle eller lese tall!

UTPOSTEN: *Opplever du et press fra pasientene om å få «det de vil» (medikamenter, henvisninger, sykemeldinger, «MR på dagen» osv) fordi de har stor tilgang på spesialister/privat legetjeneste?*

HANNE UNDLIEN: Til en viss grad vil dette være et tema. Imidlertid opplever jeg det som relativt greit å forklare hvorfor man ikke får det man kom for, dersom man får noe annet som oppleves som meningsfylt eller en god begrunnelse for valget som treffes/avslaget som gis. Problemet er noen ganger at det tar mye lengre tid å gå inn i slike diskusjoner.

Jeg tror det er et like stort problem at tilgjengeligheten er så stor og helseøkonomien så god. Det gir en mulighet for å utrede veldig langt og det skaper en presedens for kostbare og

FOTO: IVAR SKEIE



detaljerte utredninger og har en indre dynamikk som gjør at det medisinske miljøet driver seg selv framover uten at pasienter primært har krevet eller ønsket det. Jeg ser at dette har mange gode sider også, for meg minsker det i stor grad usikkerhet og mulig feilvurderinger og gjør at jeg sover bedre på natten. Standarder skapes av den medisinen man er en del av. Siden mye av dette er umulig i utkant-Norge ville jeg sikkert sovet godt om natten der også, uten den rigorøse utredningen jeg gjør her.

SVEN HAAVERSTAD: Denne type press er ikke et stort problem. Tid til en informerende samtale gir som regel felles forståelse. Men tid er mangelvare og presset mht rask tilgjengelighet på kontoret er problematisk. Dette fører til flere «inn-i-mellom» pasienter som spiser av avsatt tid til pasienter med avtalte timer. Det kan lett oppstå situasjoner med «godt-nok» håndtering av helseproblemer, hvilket er forsvarlig, men faglig utilfredstillende.

INGER KNOPH: Ja, jeg opplever et visst press fra pasienter om å få det de vil. Jeg tror vel at det presset jeg opplever, er betinget i at pasientene nå generelt har større tilgang på kunnskap om utredninger/medisiner. Jeg tror ikke at presset på dette er spesielt stort i min del av byen. Men det er kanskje større enn utenfor Oslo, fordi det er lett tilgang på tjenestene.

UTPOSTEN: *En til to prosent av pasientene som behandles på Frelsesarmeens Gatehospital (som behandler alvorlig somatisk syke stoffmisbrukere) er henvist fra fastleger, de aller fleste kommer fra sykehus og feltpleie/lavterskeltilbud. Føler du at du har rom for å gi et tilbud til denne type pasienter? Eller er det slik at tilbudet til denne (og kanskje noen andre utstøtte grupper) må baseres på særtiltak som feltpleien?*

HANNE UNDLIEN: Jeg syns ikke fastlegeordningen er godt nok strukturert for å favne denne typen problemer. Det ligger nok litt i fastlegenes hverdag at endel improvisasjon og tilpasninger er mulig, men ikke i en slik grad som disse pasientene trenger.

Det burde være rimelig at tiltak som ofte kan være slit-somme, tidkrevende og stiller store krav til fleksibilitet gav en økonomisk belønning som står i samsvar med de andre oppgavene man har. Når man stadig opplever at slik innsats fører til direkte tap er det demotiverende. Systemet er incitamentstyrt og det er åpenbart at det må gis incitamenter for at fastleger skal ønske å påta seg det meget krevende arbeidet det er å ha rusmisbrukere på lista si.

Jeg tror, gitt at dette løses, at fastlegene kan bidra mer og tettere i behandlingen. Jeg tror det kan oppleves som en forbedring for den enkelte rusmisbrukeren, og jeg tror at det gir bedre samfunnsøkonomi og mindre ressursbruk.



FOTO: IVAR SKJEI

Når det er sagt tror jeg ikke at fastlegene kan eller skal overflødiggjøre feltpleien og særtiltakene disse får.

SVEN HAAVERSTAD: Vi har brukt tid både i kollegiet og i lokalt samarbeidsutvalg i bydelen til drøfte bedre ordninger. Det er problematisk med pasienter med alvorlige atferdsforstyrrelser på fastlegekontorene, og det er spesielt vanskelig å håndtere dette ved samtidig rus. Trusler og fysisk vold må vi trolig leve med i en åpen allmennlegepraksis.

LAR-pasienter er tid- og ressurskrevende, ofte med dårlig konkretiserte mål og mange nedturer. Deres liv og deres fortellinger er imidlertid meget engasjerende og gir innblikk i liv og forhold i byen som ellers er lukket for de fleste. Bydelen har vurdert om hver fastlege skal ha et gitt antall LAR-pasienter, og dette kommer nå til høring. Jeg er skeptisk til en tvangsløsning, spesielt ved lukkede lister. Jeg tror det må et skjermet og tverrfaglig spesialtilbud til for de alvorlig syke i denne pasientgruppen.

INGER KNOPH: Jeg tror det er helt nødvendig å ha særtiltak for enkelte grupper. Jeg opplever at det er svært vanskelig å gi et fullverdig tilbud til denne gruppen pasienter i en vanlig fastlegepraksis.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
jannike.reymert@ntebbb.no