

Utpostens
dobbeltime

Med skjerpet blikk på forebygging

Anne Karen Jenum
INTERVJUET AV TOM SUNDAR

Anne Karen Jenum er den navngjetne legen som ifølge pressen slanket en hel bydel i Oslo ved å få folk ut på tur.

Gjennom Romsås-prosjektet har hun vist hvorledes målrettet innsats kan gi oppsiktsvekkende helsegevinster i en lokalbefolkning.

Hun fremholder at dagens forebyggende helsearbeid i for stor grad er basert på god tro – og etterlyser forskningsbasert kunnskap som en plattform for å ta klokere beslutninger om hva som virkelig hjelper.



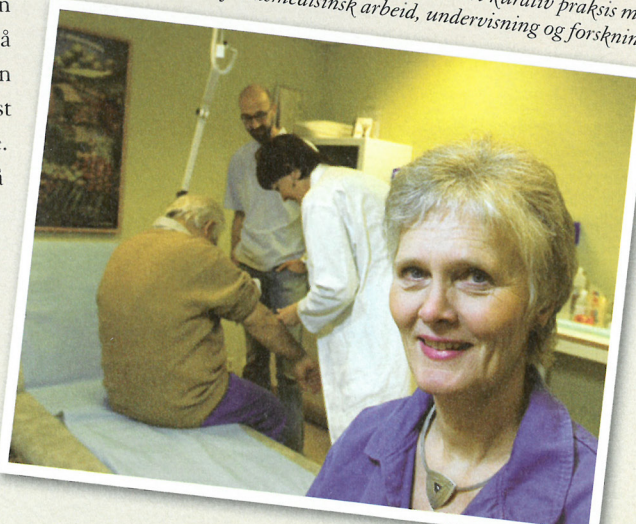
– Det er meningsfylt å være lege på et sted hvor behovene er store og folk virkelig trenger meg, og hvor det fortsatt er store folkehelseutfordringer, sier Romsås-lege Anne Karen Jenum.

1999: Gjennom flere år har bydelsoverlege Anne Karen Jenum vært vitne til en bekymringsfull helseutvikling på Romsås. Rapporter slår fast at den nordøstlige oslobydel er et av de stedene i landet med lavest levealder og høyest andel fysisk inaktive, overvektige og dagligrøykere. I arbeidet som allmennpraktiker reagerer Jenum på at så mange av hennes pasienter utvikler diabetes. Hun bestemmer seg for å agere, og tar initiativ til prosjektet *Mosjon på Romsås* (MoRo) – som i løpet av noen få år skal vise seg å bli et skjellsettende nøybrottsarbeid innen folkehelse.

Idag er Romsås kvitt verstingstempleet i presseoppslagene om uhelse i hovedstaden. Takket være MoRo-prosjektet har bydelen i Groruddalen fått pionerstatus i en rekke helsepolitiske dokumenter. Romsås er nemlig stedet der folk lar bilen eller heisen stå, og heller tar i bruk gangstier eller trapper. Og områdets beboere står mer rakrygget enn noen gang før.

– Det virker som om MoRo-prosjektet har gitt bydelens beboere en bedre selvfølelse. Det i seg selv er jo helsebringende. Jeg får stadig tilbakemeldinger om positive ringvirkninger av prosjektet. Ekstra gledelig er det når mine egne pasienter forteller at de har det bedre, sover bedre, og har mindre vondt i nakke og rygg, sier Anne Karen Jenum. Hun er fastlege ved Romsås legesenter

Jenum har gjennom yrkeslivet kombinert kurativ praksis med samfunnsmedisinsk arbeid, undervisning og forskning.





*Hjemme på Korsvoll er det kort vei til turgledene i oslomarka.
Nettopp turglede er en sentral ingrediens i doktor Jenums oppskrift for bedre folkehelse.*

to dager i uken. Når hun ikke skjøtter sin pasientliste, arbeider hun som postdoc-forsker med base på Diabetesforskningssenteret ved Aker universitetssykehus. Hun har også lang fartstid som bydelsoverlege på Romsås, en stilling hun forlot i 2004 for å frigjøre mer tid til forskning. To år senere tok hun doktorgraden på en avhandling om resultatene fra MoRo-prosjektet. Nå er hun i gang med et nytt forskningsprosjekt som skal identifisere kvinner med svangerskapsdiabetes – igjen med utgangspunkt i kunnskaper om helse- og risikofaktorer i en multi-etnisk befolkning.

Turglede som intervensjon

– Jeg er opptatt av hvordan levekår og sosiale ulikheter påvirker folks helse. Det har alltid vært en drivkraft både i lege- og forskningsarbeidet, sier Jenum, som tar imot Utpostens medarbeider hjemme på Korsvoll i Oslo etter endt arbeidsdag. Ettermiddagsfreden senker seg i det rommelige huset som ligger bare et steinkast unna markagrensen. Her bor hun med legeektemannen Pål og den yngste av parets tre døtre – og med naturen som nærmeste nabo.

– Vi har flotte turmuligheter rett utenfor stuedøren, bedyrer Jenum og peker mot skogholtet like i nærheten. Og nettopp turglede er en sentral ingrediens i hennes oppskrift for bedre helse. Ikke fordi hun fremstår som noen predikende mosjonær, men fordi fysisk aktivitet viser seg å være et effektivt virkemiddel som treffer mange mennesker, og

som ikke minst lar seg gjennomføre som en medisinsk intervensjon. Så var tilfellet i MoRo, prosjektet som er blitt omtalt som et kroneksempel på intervensjonsforskning i en definert befolkning. Få hadde gjort noe sånt før, da Anne Karen Jenum for et tiår siden begynte å spinne på ideen om en intervensjonsstudie i en hel bydel i Oslo.

– I 1990-årene fikk vi «Oslohelse» og andre undersøkelser som viste at det på bydelsnivå var en klar sammenheng mellom sosioøkonomisk status og dødelighet. Vi så også at øst-vest-forskjellene med hensyn til diabetogene risikofaktorer som overvekt og fysisk inaktivitet var slående – og økende. Dette gav oss ny kunnskap om mulige og påvirkelige årsaker til de høye mortalitetsratene. Jeg syntes tiden var inne for å ta steget fra erkjennelse til handling. På den tiden var det også en del svada i offentlige utredninger om forebyggende helsearbeid. Jeg ville ha tingene mer konkretisert, og finne ut mer om effekten av forebyggende tiltak. Hensikten med MoRo-prosjektet var å se om tilrettelegging av fysisk aktivitet kunne redusere risikofaktorene for diabetes og hjerte- og karsykdommer i Groruddalen. Romsås ble valgt som intervensjonsbydel og Furuset som kontrollbydel, ettersom de to bydelene hadde sammenliknbare befolkninger, forklarer Jenum.

Etter å ha sikret seg støtte i den lokale bydelsledelsen, henvendte hun seg til forskningsmiljøene ved Norges Idrettshøgskole, Statens helseundersøkelser (nå en del av

Nasjonalt folkehelseinstitutt), Universitetet i Oslo og Aker og Ullevål universitetssykehus. Hun fikk med seg sentrale fagfolk som Kåre Birkeland ved Aker og Roald Bahr ved Idrettshøgskolen, og fikk etablert en styringsgruppe. Våren 2000 begynte den første datainnsamlingen. Alle Romsås-beboere i alderen 31–67 år og et tilsvarende utvalg i bydel Furuset ble invitert til en stor helseundersøkelse. Nær halvparten, det vil si 2950 personer, møtte.

– Resultatene av denne forundersøkelsen var urovekkende. Vi så at forekomsten av type 2-diabetes var svært høy i enkelte innvandrergupper og at langt flere enn antatt hadde udiagnostisert diabetes. For eksempel fant vi i aldersgruppen 30–59 år en diabetesforekomst på 27,5 prosent blant sørasiatiske kvinner og 14,3 prosent blant sørasiatiske menn. Tilsvarende andeler hos norske kvinner og menn var 2,9 prosent og 5,9 prosent, sier Anne Karen Jenum.

Med forholdsvis beskjedne midler ble en rekke tiltak satt i verk i intervensjonsbydelen. Innbyggerne ble informert om viktigheten av fysisk aktivitet. En informasjonsfolder med kart over løyper og severdigheter ble delt ut. Gangveier ble merket som «folkestier». Det ble sørget for snørydding, strøing og belysning på vinterstid. Ved heisene i boligblokkene ble det hengt opp plakater som manet folk til å ta trappen. Gå- og trimgrupper ble organisert av fysioterapeuter og studenter fra Idrettshøgskolen. To ganger i året kunne alle som ønsket det, få testet formen ved å gå en to kilometer lang trimløype. Høyrisikoindivider som var identifisert ved forundersøkelsen, ble systematisk fulgt opp.

Etter intervensjonen møtte 67 prosent til oppfølgingsundersøkelsen i 2003. Resultatene viste at andelen inaktive på Romsås var blitt redusert med 25 prosent. Andelen som gikk opp i vekt, var blitt redusert med 50 prosent i forhold til kontrollbydelen Furuset. Gunstige effekter ble funnet for kolesterol/HDL-ratio, triglyserider og glukose, systolisk blodtrykk og andel dagligryktere.

– Vi visste at inaktivitet var en minst like viktig risikofaktor for hjerte- og karsykdommer som forhøyet kolesterol, røyking, høyt blodtrykk og overvekt. Vi forventet også at helsegevinstene av økt fysisk aktivitet ville være størst for dem som i utgangspunktet var inaktive. Det gledelige var at intervensjonseffektene var like store hos grupper med høy som med lav utdanning, og hos ikke-vestlige innvandrere som hos norskfødte. Tiltakene ble implementert gradvis for å oppnå synergieffekter, kommenterer Jenum.

Samhandling – en suksessfaktor

I årene som bydelsoverlege nøt hun stor respekt i bydelens politiske og administrative organer. Selv karakteriserer

hun samarbeidsklimaet som ryddig, men hennes eget bidrag til den vennlige tonen har ikke vært uvesentlig. Det blir sagt at hun har en egen evne til godt håndlag med politikere og byråkrater. Hun er samarbeidsinnstilt, men samtidig fast i egen overbevisning – viktige egenskaper for å lykkes med samfunnsmedisinske oppdrag på lokalplan.

– Da jeg var bydelsoverlege, begynte jeg å snakke med lokalpolitikere om å gjøre noe. Jeg hadde sett behovet for å tilrettelegge for fysisk aktivitet, og det var noe som også andre var opptatt av. Denne dialogen gav prosjektet en lokal forankring. MoRo ble dermed et resultat av samhandling mellom fagfolk, lokalpolitikere og ildsjeler i lokalsamfunnet.

UTPOSTEN: Hvordan vurderte du fallhøyden forbundet med å gå i gang med en så omfattende intervensjonsstudie som uvegerlig måtte skape store forventninger?

– Fallhøyden var knyttet til prosjektets finansiering, kompleksitet og tidsplan. Under planleggingen pågikk det en rekke reformer i den sentrale helseforvaltningen. Det førte til organisatoriske endringer som også fikk praktiske og økonomiske følger for fremdriften. Utsettelse ble det, men det var aldri noen reell fare for gjennomføringen av prosjektet, sier Jenum. Hun vedgår at arbeidspresstet var stort og dagene lange. Men ville hun ha gjort det samme en gang til, dersom hun hadde ant hva hun begav seg ut på?

– Ja, det ville jeg nok, sier hun etter litt betenkning og med et smil i blikket.

Samfunnsperspektiv

Omsorg for pasientene, engasjement i forskningsarbeidet og en kunnskapsbasert innstilling til fagarbeidet er ting som blir trukket frem når vi spør kolleger om hva som kjenner seg ut. Anne Karen Jenum som lege. Det blir påpekt at hun gjennom mange år har bidratt aktivt for å bedre helsen i bydelen og nærmiljøet hvor hun arbeider. At hun er opptatt av de svakeste gruppene i samfunnet, kommer til uttrykk også utenom faget, gjennom styrevervet i Kirkens Bymisjon. Og da hun i 2006 ble tildelt Karl Evang-prisen for sin innsats innen helseopplysning og folkehelsearbeid, ble hun omtalt som et samfunnsmedisinsk fyrårn. Selv er hun forsiktig med å kommentere den slags karakteristikker, men hun legger ikke skjul på at hedersbevisningen betyr mye.

– Karl Evang-prisen var en anerkjennelse av mange års arbeid. Det jeg i alle år har brent for, er å løfte frem helseutfordringene i Oslo øst. Da jeg begynte som allmennpraktiker på Romsås i 1992, slo det meg at så mange pasienter hadde metabolsk syndrom. Noen år senere deltok jeg i

arbeidet med Oslohelsa, sammen med Marit Rognerud og Dag Thelle. Det var første gang man bredt kartla geografiske helseulikheter i Oslo. Vi fant blant annet store forskjeller i mosjons- og røykevaner. Totalt sett var andelen røykere nedadgående, men på den annen side var andelen personer med fedme og andelen fysisk inaktive økende – spesielt i de østlige bydelene. Disse funnene gav ideen til MoRo-prosjektet, og Oslohelsa dannet grunnlag for Hubro, helseundersøkelsen i Oslo, som mange av dagens kliniske retningslinjer i allmennpraksis bygger på.

UTPOSTEN: Du har i dine år som allmenn- og samfunnsmedisiner arbeidet i Oslo øst. Er det et bevisst ideologisk valg?

– Det er ikke tilfeldig. Kall det gjerne et ideologisk valg. Befolkningen i Oslo øst er sammensatt med en høy andel innvandrere. For meg er det meningsfylt å være lege på et sted hvor behovene er store og folk virkelig trenger meg, og hvor det fortsatt er store folkehelseutfordringer. Generelt tror jeg at det er viktig å ha et samfunnsperspektiv for å

gjøre en god jobb som doktor. For å ta et eksempel: Hvis jeg gir råd til en pakistansk kvinne, bør jeg vite noe om hvilke miljømessige og kulturelle forhold som påvirker hennes forståelse av egen helse så vel som hennes valg- og endringsmuligheter. Hun har ofte en sentral rolle i sin familie, og mange hensyn å ta. Da skal det mye til for å endre livsstil og levevaner på legens anbefaling.

Forebygging og forskning

Siden studietiden i Bergen har Anne Karen Jenum vært opptatt av forebyggende helsearbeid, men det var som turnuslege i Finnmark midt på 1970-tallet at hun for alvor ble grepet av fagfeltet.

– I turnustiden fikk jeg nærmest en pangerkjennelse om behovet for forebygging. Jeg var vitne til meningokokkdødsfall hos ungdom; jeg opplevde hvordan ulykker eller omsorgssvikt rammet barn; jeg så unge menn dø av hjerteinfarkt før de fylte 40. Særlig var fiskere en utsatt gruppe.

Jenum tar til orde for å styrke intervensjonsforskning innen folkehelsearbeidet: – Helse på gruppenivå er noe annet enn helse på individnivå. Vi trenger kunnskap om andre typer behandling og andre typer intervensjoner enn de rent individrettede.



Disse erfaringene satte varige spor. Da jeg som allmennpraktiker flere år senere registrerte at folk i Oslo øst var overrepresentert på statistikken over hjerte- og karsykdommer og diabetes, ble det nok en bekreftelse på at jeg manglet kunnskaper og verktøy for å forebygge og håndtere disse problemområdene godt nok. Det var behov for nye metoder innen forebygging, rettet mot de store helse-truslene som inaktivitet og overvekt, sier hun.

Etter endt turnustid i Finnmark flyttet hun i 1979 tilbake til hjemtraktene i Oslo. Hun jobbet et år som helsestasjonslege på Grünerløkka, hvor hun blant annet fikk befattning med de første innvandrerbarna med rakitt – en tilstand som nesten var utryddet hos norske barn. Så fulgte vel et år med pediatri ved Sentralsykehuset i Akershus (Ahus). I 1980-årene ble hun allmennpraktiker i Oslo, og siden 1992 har hun vært tilknyttet Romsås legesenter. Foruten kurativ praksis, har Jenum hatt samfunnsmedisinske stillinger, undervist medisinstudenter og drevet med forskning og foredragsvirksomhet. De siste årene har hun vært engasjert i studier om diabetesomsorgen, både i Oslo og på nasjonalt og internasjonalt plan. Hun har deltatt i arbeidet med Helsedirektoratets retningslinjer for diabetes som skal publiseres senere i 2009, og som bygger på NSAMs handlingsprogram. I 2008 rakk hun også å sjøsette et nytt forskningsprosjekt i Groruddalen: STORK, som blant annet står for «store barn og komplikasjoner». Bakgrunnen er ny viten om at overvektige kvinner får større barn og at svangerskap eksponerer risikoen for diabetes.

– STORK Groruddalen er en befolkningsbasert, prospektiv kohortstudie av 1000 gravide og deres barn, i samarbeid mellom helsestasjoner i Groruddalen og universitetssykehusene i Osloområdet. Vi har fått statlig støtte som ledd i Groruddalen-satsningen. Målet er å bedre svangerskapsomsorgen og blant annet å identifisere kvinner med svangerskapsdiabetes. På den måten håper vi på å redusere svangerskaps- og fødselskomplikasjoner, og på lengre sikt andre helserisikoer for mor og barn, forteller Jenum.

Vil styrke intervensjonsforskning

– Jeg er kanskje ikke representativ for dagens fastleger, smiler 58-åringen: – Jeg jobber redusert i praksis og har nesten alltid kombinert pasientarbeidet med samfunnsmedisin og forskning. Det som særlig opptar meg, er samspillet mellom individ og miljø. Vi ser så mange eksempler på at ansvaret for bedre helse ikke bare hviler på den enkelte pasient, men på samfunnet, sier hun.

Samtalen penser inn på hennes mantra om at forebygging handler om tilrettelegging, men at tilrettelegging best kan skje når man har kartlagt problemområdene, så vel deres årsaker som behovene for innsatsfaktorer: – Mange helseproblemer og mye prematur sykdom kan forebygges, hvis vi bare vet hvor vi skal intervenere. Derfor trenger vi kunnskaper om hva som virkelig hjelper, ikke minst i forhold til dagens store sosiale og etniske helseforskjeller!

UTPOSTEN: Du har etterspurt en større nasjonal prioritering av intervensjonsforskning. Hva innebærer det?

– Intervensjonsforskning på ikke-medikamentelle strategier eller på folkehelsenivå er mangelvare i Norge. Helse på gruppenivå er noe annet enn helse på individnivå. Kunnskap om andre typer behandling og andre typer intervensjoner enn de rent individrettede, vet vi minst om. Poenget mitt er at kunnskapsgrunnlaget innen folkehelsearbeid er svakere enn for eksempel innen medikamentell behandling. I medisinsk forskning anerkjennes nesten bare kunnskap fra randomiserte kontrollerte studier. Men studiedesign må velges ut fra problemstilling. Vi verken kan eller bør bestandig begrense kunnskapsutviklingen til kun randomiserte kontrollerte studier. I Norge har vi sett mange eksempler på at myndighetene pøser ut penger til forebyggende tiltak, uten at tiltakene evalueres slik at vi styrker kunnskapsgrunnlaget. En nasjonal prioritering av intervensjonsforskning må derfor omfatte kunnskapsbaserte tiltak på flere nivåer, konkluderer Anne Karen Jenum.

Det som er **spennende**
og **viktig** for deg – er spennende
og viktig for **Utposten!**