LÆGENS BOGSTAVER

Af: Berit Enggaard Kaae, praktiserende læge i København V - berit_kaae@hotmail.com

Når sundhedsskoen ikke passer

Om ulighed i sundhed

Berit Enggaard Kaae er sololæge på Vesterbro. Hun underviser kommende kolleger på Københavns Universitet og er kursusarrangør for både læger og personale i praksis. Berit er en erfaren debattør af emner, som vedrører almen praksis, og så er hun videnskabelig redaktør på Ugeskrift for Læger og Danish Medical Journal.



Her er en historie om en patient i min klinik. Vi kan kalde ham Svend. Svend bor på et bo-tilbud for udviklingshæmmede. Han er retarderet og bliver let skræmt, men han har en god og tryg hverdag med venner, kæreste og arbejde på et beskyttet værksted. For knap et år siden begyndte han at bløde analt. Efter talrige indlæggelser og halvhjertede forsøg på behandling fra sygehusets side, som oftest udmundede i, at patienten ikke kunne behandles, fordi han var urolig og ikke forstod, hvad der foregik, og ikke kunne give samtykke, fordi personalet fra bostedet ikke lige var til stede, er han nu uhelbredeligt syg af rectumcancer med en pinefuld tumor, der delvist prolaberer. Selv en aflastende stomi kniber det med at få lavet.

Det er en sørgelig historie, men desværre er den ikke unik. Sundhedsskoen passer ikke til alle fødder. De fødder, der har mest brug for skoen, må have hakket hæle og kappet tæer for at passe ned i skoen. Og når dette ikke umiddelbart lader sig gøre, så må de, der ofte er mest trængende, gå uden sko. For differentierede sundhedssko findes sjældent på lager.

Megen diskussion er foregået frem og tilbage om, hvorvidt vi skal være populationslæger, tage os (måske) uopfordret af flokken eller være individorienterede læger. I OK22 er visse elementer klart populationsorienterede, og ét af disse nye tiltag er "Sundhedstjek til borgere på botilbud" (ydelse 0123). Praktiserende læger giver et sundhedstjek til beboere på botilbud hvert andet år – dog hvert år, hvis en patient f.eks. er ældre eller har mange sygdomme. Sundhedstjekket indebærer bl.a. overblik over diagnoser/behandling, ajourføring af FMK, somatisk undersøgelse og plan for videre behandling med inddragelse af relevante parter. Sundhedstjek tilbydes til personer på 18 år og derover, der opholder sig på botilbud på grund af betydelig nedsat fysisk og/eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Diskussionerne går også på, om tiltagene er validerede, om vi har tid nok, om ikke vi skal skåne de fortravlede praktiserende læger for mere arbejde osv. Det er alt sammen valide argumenter.

Men overfor dette står patienterne. I dette tilfælde patienter som Svend. Og noget halter: En nylig rapport fra Statens Institut for Folkesundhed viser for eksempel, at kun omkring 25 procent af kvinder med enten demens, udviklingshandicap eller skizofreni bliver screenet for brystkræft som anbe-



falet, mens det til sammenligning gælder 62 procent af kvinder uden disse funktionsnedsættelser. For kvinder med mobilitetsnedsættelse, synsnedsættelse, borderline personlighedsforstyrrelse, depression eller angst er det kun mellem 31 og 44 procent, der bliver screenet som anbefalet.

Samtidig er mellem hver fjerde og hver anden kvinde med de pågældende funktionsnedsættelser aldrig blevet screenet for brystkræft, mens dette gælder cirka hver ottende kvinde uden funktionsnedsættelse

For mennesker med kognitive og psykiske handicap handler det ofte om, at de har brug for hjælp til at bestille tid og komme afsted til en screening. For andre kan det være manglende adgang til det rigtige udstyr. For eksempel er nogle screeningsapparater utilgængelige for kørestolsbrugere, og der kan mangle lifte på klinikker. Har man nedsat syn eller læsevanskeligheder, kan det være svært at få de rette informationer om screeningstilbuddet. Ofte er det måske også fordi både bosteder, pårørende og ikke mindst sundhedsvæsenet opgiver. Det er for besværligt. Og hvad nytte gør det? Det er nemmere at sætte sundhedsskoen på fødder, der passer.

Det er naturligvis ikke den praktiserende læges ansvar, at screeningerne sker. Men vi kan medvirke til at knytte patienter med udviklingshandicaps tættere på sundhedsvæsenet og minde pårørende, bosteder og patienterne om vigtigheden af screeninger.

En anden rapport har for nylig undersøgt overdødeligheden blandt personer med udviklingshandicap. En kohorte bestående af knap 80.000 personer med udviklingshandicap er blevet sammenlignet med en referencepopulation. Dødeligheden blandt personer med udviklingshandicap er markant højere end for referencepopulationen, og overdødeligheden er generelt lidt større for kvinder end for mænd. I 2020 er forskellen i middellevetid 19,2 år og 18,0 år for 0-årige drenge og piger og 15,3 år og 15,0 år for 20-årige mænd og kvinder.

Jo sværere grad af handicap, desto lavere middellevetid. Det forekommer logisk, men personer med udviklingshandicap har forøget dødelighed for alle dødsårsager. Det gælder både for naturlige og ikke-naturlige dødsårsager. De hyppigste dødsårsager er sygdom i kredsløbsorganer og kræft, som i resten af befolkningen, men tillige sygdom i åndedrætsorganer (f.eks. pneumoni pga. fejlsynkning og influenza) og sygdom i nervesystem (f.eks. epilepsi).

Spørgsmålet er, om disse årsager er forebyggelige. Det ved vi ikke helt. Men uopdaget diabetes, KOL, hypertension og vitaminmangel kan behandles, og de deraf afledte dødsfald vil derfor være delvist forebyggelige. Fuldkommen som det gælder for resten af befolkningen. En nihilistisk tilgang ville være, at det ikke nytter noget. Der er overdødelighed pga. de svære handicaps, og det er muligvis uafvendeligt. Men når man kigger på middellevetiden for både mænd og kvinder med udviklingshandicap og ser en stigende middellevetid fra meget lav middellevetid under 40 år i 1976-1978 og langsomt stigende gennem perioden, så middellevetiden er omtrent 60 år for mænd og 60-63 år for kvinder efter 2010. Ja, så ser det jo klart ud til, at der er noget at gøre. Kurven er ikke flad, og ved en indsats på alle fronter kan disse udsatte borgeres levetid og formentlig også livskvalitet qua bedre helbred forbedres. Og vi, i almen praksis, har en vigtig rolle at spille.

Men Svend dør snart, og måske var det dødsfald unødvendigt. Hvis han havde fået et lidt mere håndholdt tilbud og ikke bare var sendt hjem fra sygehuset gang på gang, fordi han var urolig og forvirret, kunne hans kræft måske være helbredt.

Vi må indrette vores sundhedsvæsen, så sundhedsskoen passer lidt flere. Hvis vi virkelig vil bekæmpe ulighed i sundhed, må vi øge indsatsen over for dem, der har mest brug for hjælp. Det må være slut med skåltaler og i stedet være tid til at komme i gang. Og det kan vi bl.a. gøre ved at lave sundhedstjek. //