

Storbyhelse

Utposten setter i dette nummeret søkelys på storbyhelse. Oslo er egentlig den eneste norske byen med de kjennetegn som er typiske for storbyer i Vesten, selv om vi nok kan finne noen storbytrekk også i enkelte andre større byer. Derfor konsentrerer vi oss om Oslo.

Hva særpreger storbyer i Vesten? I tillegg til at de må ha en viss størrelse, har de spesielle sosiale kjennetegn. De er markert geografisk delt etter sosioøkonomiske skillelinjer, de deler seg i et «øst» og et «vest» og noe imellom. Dette hadde sin bakgrunn i industrialiseringen og dens store behov for arbeidskraft, men selv om mye av den opprinnelige industrien er borte, er de geografiske skillene stadig markante. Her finnes også en konsentrasjon av rikdom og fattigdom som gjør de sosiale forskjellene og kontrastene store. Disse byene har de siste tiårene fått en stor, sammensatt innvandrerbefolkning som gjerne bor konsentrert og som utgjør en betydelig del av folketallet. Storbyene er som magneter, de trekker til seg og forstørrer sosiale grupper som skaper kontraster. De er gjerne "elitenes" arenaer, både økonomisk og finansielt, men også kulturelt, ideologisk, politisk og mediemessig. Samtidig finner vi betydelige marginaliserte grupper som tunge stoffmisbrukere, prostituerte og kriminelle. Her finnes jet-settet og de utslåtte side om side.

Disse sosiale særtrekk og skillelinjer gjenspeiler seg også i helsa. Forskjellene i helse mellom bydeler og mellom høye og lave sosiale lag er større i storbyene. I Oslo er forventet levetid for menn 12 år høyere i Vinderen bydel enn i Sagene bydel. Helseproblemene blant de sosialt marginaliserte gruppene er særlig store, ikke minst blant de tyngste stoffmisbrukerne, der vi kan finne en sykелighet som likner mer på utsatte områder i storbyer i det fattige Sør enn det vi ellers finner i Nord.



Björgulf Claussen går i sin artikkel dypere inn på sosialt betingede helseforskjeller i Oslo. Hva er årsaken til den dramatiske ulikheten i dødsrater mellom øst- og vestkanten, og hvilke sykdommer er det som skiller seg ut? Og hvordan virker de sosiale og geografiske ulikhetene inn på legetjenesten? Hvordan opplever allmennlegene disse forskjellene? Vi har intervjuet flere allmennleger som arbeider i ulike deler av byen og under forskjellige betingelser. Faiza Basharat, opprinnelig fra Pakistan, har en praksis på Torshov dominert av innvandrere, Bjørn Gillhagen leder allmennlegetjenesten i det helprivate Volvat-systemet og tre allmennleger Sven Haaverstad, Inger Viervoll Knoph og Hanne Undlien jobber henholdsvis i bydelene Grünerløkka, Stovner og Vinderen.

De tunge stoffmisbrukerne, som oftest injiserende, har spesielle helseproblemer. Hvordan møter allmennlegene denne gruppa? Evner det ordinære helseapparatet – både på første- og andrelinjenivå – å gi dem nødvendig og tilfredsstillende behandling, eller må helsetilbudet til dem organiseres på annen måte? Gatehospitalet, som Utposten har besøkt, mottar 1–2 % av sine henvisninger fra fastlegene. Det tyder på at fastlegene i Oslo spiller en marginal rolle i forhold til de tyngste og sykeste misbrukerne. Derfor trengs utvilsomt særegne lavterskel helsetiltak for denne gruppa, som feltpleien og Gatehospitalet i Oslo. Men dette fritar på ingen måte fastlegene fra deres behandlingsansvar for alle sine pasienter, også misbrukerne.

Hva kan gjøres for å bedre helseforholdene for de dårligst stilte i storbyene? Claussen konkluderer i sin artikkel med at hvis man ønsker å utjevne helseforskjellene, må man først og fremst utjevne inntekstforskjellene. Altså økt trygd og sosialhjelp til de fattigste, og mer arbeid og mindre arbeidsløshet. Videre må de fattige bydelene opprustes ikke minst med sosiale tiltak for ungdom.

Dette er politiske spørsmål. Det er spørsmål om prioritering, også av offentlige midler til velferd, helse og omsorg. Og det viser at helse – og folkehelse – stadig henger sammen med samfunnsmessige maktforhold.

Ivar Skeie

«Forskning til hvilken pris»

Per Magnus fra Folkehelsesinstituttet svarer i dette nummer av Utposten på artikkelen i nr. 3 som setter kritisk søkelys på MIDIA, «Forskning til hvilken pris?» Han gir informasjon og forklaringer rundt forskningsprosjektets hensikt og gjennomføring og alle instansene som har godkjent det, men Bioteknologinemda er forbigått, og svarer han på om det bidrar til sykeliggjøring av friske barn? Er det holdbart når han påstår at foreldrene gjennom å være oppmerksomme på risiko for diabetes, kan oppdage diabetes hos barna tidligere og derved unngå ketoacidose? Hvor sannsynlig er det at MIDIA vil gi vesentlig ny kunnskap om årsaken til diabetes type 1? Dette spørsmålet står sentralt når man vurderer de negative konsekvensene av forskningen. Det er neppe noe stort problem i Norge i dag. Disse barna blir raskt diagnostisert og behandlet. Utposten venter i spenning på vurderingene fra Rådet for legeetikk, Bioteknologinemda og Shdir.

Karin Frydenberg