

Oslo – og byens helse

Michael 2020; 17: 447–52.

Til tross for at det alminnelige nivået for helse og trivsel i et land som Norge er høyt, har vi likevel helseforskjeller. De kommer særlig fram i en storby som Oslo, og det viser seg at sosial ulikhet er en av de viktigste faktorene som ligger bak. Dette heftet av Michael underbygger dokumentasjonen av dette. Også innenfor helsearbeid er det et mål å bidra til utjevning av skadelige ulikheter. Slik helsearbeidet er organisert, ligger imidlertid makt og myndighet for å kunne iverksette effektive utjevningstiltak ofte på politisk nivå, også når det gjelder helse og trivsel. Det er bra å legge vekt på individenes og pasientenes helsebehov, men kanskje savner vi en sterkere samfunnets helsetjeneste.

Ja, du leste overskriften riktig. En *by* har også en *helse*.

En by er nemlig en levende organisme i seg selv, og den har sin selvstendige dynamikk. Helsetilstanden for byen som sådan er mer, og dels noe annet, enn summen av den individuelle helsen og trivselen for befolkningen. Det var 681 067 innbyggere som bodde innenfor Oslo kommunes grenser 1/1-2019. Hvis vi ser på Oslo som tettsted, dvs. sammen de med sammenvekste, tilliggende områdene i nabokommunene, bor det omtrent en million mennesker her. Det er mange. Menneskene og omgivelsene påvirker hverandre i en kontinuerlig og mangfoldig prosess. Det er det som gjør byen til en organisme med eget liv.

Byen forandrer seg hele tiden, fra dag til dag. Nye innbyggere fødes, andre dør. Folk flytter inn og ut. Folk flytter rundt i byen. Hus rives og hus bygges. Noen strøk blir attraktive, andre synker i tiltrekningskraft. I noen strøk trives folk dårligere enn andre steder. Enkelte steder har folk åpenbart også dårligere leveutsikter enn i andre bydeler. Når individuelle helseplager akkumuleres geografisk, er det *byens helse* det er noe galt med. Hvorfor er det slik?

I Oslo, som andre steder i vår del av verden, har fortidens infeksjonsykdommer gått sterkt tilbake. Belastningssykdommer, kroniske lidelser og andre av den mer aldrende befolkningens plager er kommet sterkere inn. Vi har dessuten fått en «ny folkehelse», der blant annet psykiske plager gis større oppmerksomhet. Trivsel har fått mer plass i det store bildet og er også blitt et helseanliggende. Vekten på subjektiv helseopplevelse er større enn før.

Oslohelsa

Vi vet ganske mye om helsetilstanden i Oslo. For eksempel burde publikasjonen *Oslohelsa* (1) være pliktlesning for alle som er interessert i en storby helseproblemer. Det er hovedstadens «oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne» som alle kommuner er pålagt å utarbeide etter folkehelseloven § 5.

I *Oslohelsa* finner vi helse og erkjente påvirkningsfaktorer detaljert beskrevet og fordelt på bydelene. Mye av dette er positiv lesning. Vi er kommet langt i Oslo. Men i helsevesenets moralske landskap er utjevning av helse-skadelige sosiale forskjeller et allment akseptert mål. *Oslohelsa* er egentlig en 159 siders beskrivelse av ulikheter. Hva kan gjøres for å utjevne disse?

I den første artikkelen i dette nummeret av *Michael* har Vale tatt for seg forskjellene i dødelighet mellom bydeler (2). Dødelighet og levealder er tradisjonelle og ofte brukte mål for helse. De har den fordel at de er eksakte, men den ulempen at de ikke forteller alt. Vale har analysert det foreliggende datamaterialet nøye. En av hans hovedkonklusjoner er at ulikhetene i levealder skyldes sosioøkonomiske kjennetegn og atferd hos innbyggerne. Noe av dette er styrt utenfra og ligger utenfor det beboerne selv har overordnet innflytelse på, så som fordeling av boliger som passer for 1-person-husholdninger, fordeling av kommunale leiligheter for vanskeligstilte og annet. Benyttes kunnskap om dette i tilstrekkelig grad for å utvikle og forbedre *byens helse*?

I den andre artikkelen forteller Ridderstrøm og Sønstegeard om et område i Oslo der det har vært mye oppmerksomhet om helse og trivsel, nemlig Groruddalen (3). Dette nybyggerstrøket er etter hvert blitt over 70 år gammelt og har tidvis fått betydelig negativ omtale på grunn av helseforskjeller og helsebelastninger.

Som studieobjekt er Groruddalen spesielt interessant, fordi den massive boligutbyggingen startet så sent som på slutten av 1940-tallet. I 2020 er dette 70–75 år siden, og det er ikke så lenge i et byvekstperspektiv. Her planla store aktører, overveiende tilhørende boligsamvirket, helhetlige boligfelt på åpne områder som ga få føringer og begrensninger. Drabantbyene

ble utformet etter tidens skikk. Men med tiden endret ideologiene og planleggingsprinsippene seg, og den praktiske utformingen med dem. Derfor kan Groruddalen sees som et utstillingsvindu for utviklingen innen byplanlegging gjennom de siste par generasjoner.

Mye har fungert bra, men mindre heldige utviklingstrekk har også vist seg opp gjennom årene. Idealer og virkelighet har ikke alltid harmonert. På oppdrag fra Oslo kommune har Ridderström og Sønstegaard studert dalen og effekten av tiltak som er blitt satt i verk for å motvirke en negativ samfunnsutvikling. Mye har vært gjort, men det er et åpenbart potensial for å oppnå enda mer.

En interessant trekk som bør trekkes fram i den anledning, er at noe av det som skiller mange av drabantbyene i Oslo fra indre by, er eiendomsstrukturen. I Groruddalen dominerer borettslagene. De er viktige beslutningstakere for nærmiljøet. Denne nærheten må sees som en styrke i arbeidet mot faktorer som trekker i negativ retning. Den kombinerer demokratisk styring med individuelt beboeransvar. Fordi borettslagene ofte er store og omfatter hele bomiljøer, kommer effekten av forskjellige tidsepokers planleggingsideologier og driftsmuligheter bedre til syne enn for strøk med enkelthus og mindre sameier.

En ny virkelighet

Den betydelige innvandringen siden 1970-årene regnes ofte som noe nytt. Innvandring er imidlertid slett ikke noe nytt i hovedstadens historie. Hundre år før, på slutten av 1800-tallet, doblet byen sin befolkning på bare 25 år. Det den gang anseelige tall 250 000 ble rundet ved forrige århundreskifte. Den store forskjellen er at mens tidligere tiders innvandring stort sett var innenlandske flyttinger, kommer moderne innvandring mest fra utlandet. Da er det for det første større kulturelle ulikheter blant innvandrerne seg imellom, og for det andre større ulikheter overfor mottakerne, som er det norske samfunnet. Dette har betydning for byens helse på flere plan.

Vi skal her konsentrere oss om ett aspekt, nemlig helsetjenesten som nå skal takle en situasjon i forandring. Den tredje artikkelen i denne *Michael*-utgaven tar for seg nettopp dette (4). Arild Aambø legger vekt på det store mangfoldet som møter helsetjenesten. Det fordrer spesiell kompetanse. Aambø kjenner innvandrer miljøet i Oslo inngående, ikke minst gjennom sitt mangeårige virke ved det tverrfaglige og multikulturelle Primærmedisinsk Verksted i Gamle Oslo.

I sin artikkel peker Aambø på et annet moment av stor viktighet: Det ser nemlig ut som om innvandrerbefolkningen må forventes å få høyere sykkelighet i eldre år enn sine etnisk norske naboer. Dette er egentlig ingen

overraskelse. Den såkalte Forsdahl-Barker-hypotesen fra 1970-årene sannsynliggjorde en sammenheng mellom dårlige kår tidlig i livet og helse årtier seinere (5). Anders Forsdahl (1930–2006) bygget på erfaringer fra Finnmark, der mange levde under magre kår rundt 1900.

Slike eventuelle effekter av situasjonen i dag kompliseres av den samtidige, allmenne glidningen mot «den nye folkehelsa» med større vekt på opplevd sykdom. Denne holdningsendringen kan være mer uvant for nykommerne enn for nordmenn flest og kan tilsløre bildet av både utviklingen og de forskjellene som måtte være der.

Uansett vil en potensielt økt sykkelighet for store grupper måtte ha betydning for utformingen av byens helsevesen i tiden som kommer. Hvis forsiktig regnet 20 % av byens befolkning vil trenge både mer omfattende og mer spesialtilpasset helsetjeneste og omsorg enn vi er vant med, gjelder det i størrelsesordenen 140 000 Oslo-borgere. Det fordrer kapasitet. Vi får håpe at dette momentet tas behørig med når f. eks. nye sykehus og andre helseinstitusjoner planlegges i hovedstaden.

Hvorledes har så det offentlige folkehelsearbeidet i byen vært, arbeidet som nettopp skal ta vare på *byens helse*? Anders Smith og Harald Siem er begge leger med lang erfaring fra forebyggende medisinsk arbeid i Oslo (6). Deres oversikt forteller om et målrettet folkehelsearbeid, først og fremst hjemlet gjennom Sundhedsloven av 1860 og oppbyggingen av en handlekraftig helseaktør, nemlig Sundhedscommissionen, senere kalt Helserrådet. Da kommunehelsetjenesteloven erstattet Sundhedsloven i 1984, ble situasjonen endret, også i Oslo. Selv om tjenestene i og for seg var der fortsatt, ble de nå fordelt utover på kommunens organisasjonskart. Denne endringen burde få mer oppmerksomhet og mer plass både i helsehistorien og i den offentlige debatt. Etter den nye folkehelseloven er de samfunnsrettede oppgavene ikke lenger kommunehelsetjenestens, men kommunens ansvar.

Hvordan fungerer det tverrsektorielle folkehelsearbeidet? Helserrådets synlighet, også rent konkret i bybildet, var i seg selv en helsepedagogisk faktor, se fotografiene i artikkelen. Det er tvilsomt om året 1984 vil få noen hedersplass i norsk samfunnsmedisinsk historie.

Hva bør gjøres?

Det artiklene i dette heftet av *Michael* (2–4,6) ikke svarer på, er hvilke praktiske grep som bør tas for å bøte på de uheldige forholdene for byens helse som blir registrert (1). Det behøver ikke dokumenteres nærmere her at både den alminnelige helsetilstanden i Oslo og de gjennomsnittlige levekårene for majoriteten av Oslo-beboerne ligger på et ganske høyt nivå, sammenliknet med mange tilsvarende byer rundt i verden. Det kan man

konstatere ved selvsyn, hvis statistikkens tall ikke er nok. Grunnlaget for god helse og god trivsel, for «den nye folkehelse», er der. Men vi må holde det slik. Som storbyproblemer betraktet er f. eks. støv, støy og smittefare trådt i bakgrunnen. De store utfordringene er nye.

I 2020 er media fulle av oppslag om sosial ulikhet, gjengopprør og kriminalitet. Det behøver heller ikke dokumenteres nærmere. Bla opp en hvilken som helst dagsavis. La oss bare se på ett av mange innlegg: To drevne byforskere, Ingar Bratbakk og Bengt Andersen etterlyser i en aviskronikk nå i 2020 sammenhengen mellom tiltak og virkninger, i dette tilfelle vedrørende Grønlandområdet (7). Problemene der med dårlig trivsel, utrygghet, narkotikasalg, knivstikking og forsøpling løses neppe gjennom byplanlegging eller forebyggende helsetiltak av tradisjonell art. Uhyggeskapende kriminalitet og vold har med menneskers atferd å gjøre. Uønsket atferd må møtes med de virkemidler som er bestemt for å korrigere dette. Passer ikke virkemidlene, må de endres så de blir effektive. Det bør være god både kur og forebygging. Det kan ikke være fritt fram for å ødelegge for andre.

Når en bydel får et stigma, virker det inn på demografien. Folk flytter fordi de ikke vil være der. Folk tiltrekkes som ikke burde være der. Å la en belastet bydel forbli belastet, forsterker ulikhetene. Det bidrar til mer belastning.

Som nevnt av Bratbakk og Andersen har *media* et ansvar i stigmatiseringen (7). På forskjellig vis vedlikeholder og videreutvikler media et slags pirrende og romantiserende bilde av urban ulykke og kledelig klasseforskjell. Journalister smykker seg med slumreportasjer. Kunst- og kulturuttrykk i samme sjanger gir dessuten sine bidrag. Til og med aktører fra selve de belastede miljøene slår mynt på sine røtter. Rollemodeller for usikre ungdomsskoleelever kan lett bli de litt eldre tøffingene som opererer på eller over grensene for kriminalitet. Er byen og dens helse tjent med det?

At sosial ulikhet er en vesentlig faktor for en bys helse, er ugjendrivelig bevist. Men å gjøre noe som monner for å dempe helseskadelig sosial ulikhet, er i vårt samfunn paradoksalt nok ikke en helsefaglig oppgave. Denne oppgaven ligger på nivået over, i det politiske styringsapparatet. Der har de muligheter for å gripe inn, dersom de da virkelig mener at god folkehelse og god livskvalitet i storbyen er et prioritert mål, i konkurranse med andre prioriterte mål.

På alle nivåer må behov dekkes i lys av preferanser og muligheter. Dette skjer innenfor et rammeverk av kunnskaper, verdier og meninger. Ofte taper kunnskapene i denne kampen, fordi verdier og meninger veier tyngre når avgjørelser skal tas. F. eks. blir styring med markedets logikk annerledes enn styring med samfunnsmedisinens logikk.

I vår hovedstad har vi om lag 150 års erfaring for at økende sosiale ulikheter medfører økende helseforskjeller, dvs. gjør byens helse og trivsel dårligere. Vi vet det. Likevel er det fortsatt slik (1). Helsekyndige må presentere premisser, og de folkevalgte må handle.

Det er synd at helsetjenesten i Norge, i det minste i folks bevissthet, er blitt så konsentrert om pasienters behandling og omsorg, dvs. det som skjer når man trenger medisinsk undersøkelser, er blitt syk og trenger innleggelse og pleie, at den positive siden ved medisin og helsearbeid, det å forhindre eller dempe behov for behandling og omsorg, er kommet mer i skyggen. Den faller langt på vei utenfor som en egen kategori, selv om det etter hvert kan sees tegn til at den tradisjonelle helsetjenesten får et videre ansvar.

Vi burde ha en sterkere, samlede og mer tydelig *samfunnets helsetjeneste*. Først da når vi målene i arbeidet for å fremme *byens helse*.

Litteratur

1. *Oslohelse – Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorene*. Oslo kommune, Helse-etaten, 2016.
2. Vale PH. Forventet levealder i Oslos bydeler varierer – hvorfor? *Michael* 2020; 17: 453-76.
3. Ridderström G, Sønstegeard HM. Planlegging for helse og trivsel i Groruddalen Oslo. *Michael* 2020; 17: 477-509.
4. Aambø A. Innvandreres helse – en utfordring for helsetjenesten. *Michael* 2020; 17: 510-27.
5. Vangen S, Nordhagen R, Lie KK. Gjensyn med Forsdahl-Barker-hypotesen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 451-3.
6. Smith A, Siem H. Offentlig folkehelsearbeid i Oslo: et tilbakeblikk. *Michael* 2020; 17: 528-35.
7. Brattbakk I, Andersen B. Mange Grønlandbeboere ønsker endring, Men hvordan virker tiltakene? *Aftenposten* 13.2.2020, s. 38-9.

Øivind Larsen
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
oivind.larsen@medisin.uio.no