

Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



Oslo –
og byens helse

2/20



Michael Skjelderup

Michael is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769-1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling, but was at last accepted as an apprentice in an apothecary's dispensary in the city of Fredrikstad at the age of 16. During his youth he tried through hard work and by means of an intensive self-discipline to overcome his handicap, and he really succeeded, except for in stressed situations.

Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, entered positions in Copenhagen hospitals and at the University, where he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. Medical teaching was supposed to commence from the very beginning, and from 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. Among other achievements, he published an authoritative textbook in forensic medicine in 1838. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791-1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing Det norske medicinske Selskab (The Norwegian Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine.

Michael is devoted to the memory of the man who first realized the importance of a regular, national medical publication activity in Norway and implemented his ideas in 1826. *Michael* is published by the same association as was founded by Michael Skjelderup and his colleagues – Det norske medicinske Selskab.

Michael

Publication Series of The Norwegian Medical Society

Vol. 17 / 2 / 2020

Oslo – og byens helse



Michael 2020; 17: 441–536

© The Norwegian Medical Society 2020
Po.box 1130 Blindern
N-0318 Oslo

ISSN 1893-9651

Design and graphic production: 07 Media – 07.no, Norway, 2020

Innhold

<i>Leder – Oslo – og byens helse</i> <i>Øivind Larsen</i>	447
<i>Originalartikkel – Forventet levealder i Oslos bydeler varierer – hvorfor?</i> <i>Per Halvor Vale</i>	453
<i>Originalartikkel – Planlegging for helse og trivsel i Groruddalen i Oslo</i> <i>Gunnar Ridderström, Hanne Marie Sønstegaard</i>	477
<i>Oversiktsartikkel – Innvandreres helse – en utfordring for helsetjenesten</i> <i>Arild Aambø</i>	510
<i>Kronikk – Offentlig folkehelsearbeid i Oslo: et tilbakeblikk</i> <i>Anders Smith, Harald Siem</i>	528
<i>Notat – Oslo – en «psykt bra by»?</i> <i>Øivind Larsen</i>	536

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 infeksjonssykdommer 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.

Oslohelse

Vi vet ganske mye om helsetilstanden i Oslo. For eksempel burde publikasjonen *Oslohelse* (1) være pliktlesning for alle som er interessert i en storbyss 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 *Oslohelse* 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. *Oslohelse* 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 innvandtermiljøet 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 Helserådet. 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? Helserådets 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, narkotikasal, 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, samlende 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

Forventet levealder i Oslos bydeler varierer – hvorfor?

Michael 2020; 17: 453–76.

Det er store forskjeller i levealder mellom Oslos bydeler. I gjennomsnitt lever menn i Vestre Aker og Nordre Aker 7-8 år lenger enn i bydel Sagene, og rundt 5-6 år lenger enn i Gamle Oslo og Grünerløkka. Disse og andre levealdersforskjeller for menn i Oslos bydeler er i denne artikkelen analysert ved hjelp av tre typer forklaringer; sosioøkonomiske variabler (inntekt, utdanning, familiestruktur), atferd hos bydelens mannlige innbyggere (særlig rettet mot rus) og strukturelle forhold ved bydelene (innvandringsandel, kommunale leiligheter for nødstilte m.m.). Analysen viser at forventet levealder for menn reduseres i bydeler med høy andel 1-person-hushold, når mennene mangler høyere utdanning og mange nok menn bruker tobakk over et visst kritisk nivå. Det er opphoping av disse kjennetegnene i enkelte bydeler, blant annet i Sagene og Gamle Oslo/Grünerløkka, som gjør at levealder i disse bydelene blir kortere enn i andre. Disse to bydelstyper har også en uforholdsmessig stor andel av de kommunale leiligheter beregnet for nødstilte, som forsterker den kortere levealder i disse bydelene.

Forventet levealder i Oslo varierer mye mellom bydelene. Størst er forskjellene når det gjelder menn (tabell 1). Forventet levealder for menn er 7-8 år lengre i Vestre Aker og Nordre Aker (Aker-bydelene) enn på Sagene. Mellom Aker-bydelene og Grünerløkka og Gamle Oslo er forskjellen rundt 5-6 år. De øvrige bydeler skiller seg ikke så mye ut. Forventet levealder for kvinner varierer også mellom bydelene, men variasjonene er mindre. Slike forskjeller i levealder mellom bydeler er langt fra nytt for Oslo, og speiler en nærmere 200 år gammel segregering i helse og sosiale vilkår, som særlig gjør seg gjeldene mellom Oslo øst og Oslo vest. De siste 20-30 år har denne segregeringen kanskje fått en ny dimensjon med innvandrere som har slått seg ned i Oslo øst og Oslo sør. Denne artikkelen analyserer mer i detalj hvorfor

Bydel	Kvinner	Menn
Gamle Oslo	82,6	76,2
Grünerløkka	79,6	75,2
Sagene	81,2	74,8
St. Hanshaugen	83,1	78
Frogner	84,9	81,4
Ullern	85,6	82
Vestre Aker	86,2	82,4
Nordre Aker	85,5	81,8
Bjerke	83,9	79,2
Grorud	82,0	77,4
Stovner	83,3	79,6
Alna	82,2	78,7
Østensjø	83,8	80,4
Nordstrand	84,4	81,6
Søndre Nordstrand	84,2	80,1

Tabell 1: Forventet levealder (år) i Oslos bydeler ved fødsel, gjennomsnitt for kullene 2011–2015. Kilde: Oslo kommune Statistikkbanken.

forventet levealder for menn varierer mellom bydeler i Oslo, og i enkelte bydeler i Oslo øst er langt kortere enn i Oslo vest.

Tidligere studier

Studier av sosiale forskjeller i Norge går tilbake til Eilert Sundt (1817–1875) midt på 1800 tallet (1). Studier av levealder kom først i gang etter at man hadde fått relevante data for dødelighet. En av de første publikasjonene var Gjestland et al. (2), som fant lavere dødelighet blant menn i Oslo indre vest enn i Oslo indre øst. En oppfølgingsstudie (3) fant at overdødeligheten for menn på Oslo østkant i perioden 1971–1980 var den samme som i perioden 1930–1939. Dette indikerte at overdødeligheten i Oslo øst var av strukturell art. Rognerud og medarbeidere studerte dødelighet for aldersgruppen 45–74 år i Oslo for treårsperioden 1990–92 og studien bekreftet hypotesen om at den var høyest i Oslo øst (4).

Senere har flere studert levealder i Oslos bydeler ved hjelp av data for forventet gjennomsnittlig levealder (5–7). Alle finner det samme hovedmønster; det er store forskjeller mellom bydelene, særlig for menn – og lengst lever man i Oslo vest.

Rognerud og medarbeidere diskuterte mulige årsaker til forskjellene i dødelighet og levealder (4). De nevner forskjellige insidensrater av hjerte- og karsykdommer, forskjellig letalitet ved kronisk fatale sykdommer, selektiv innflytting til billigere bydeler av personer med høyere risiko for å utvikle sykdommer, og ulike levekår på grunn av boforhold, miljø og arbeidssituasjon. Jenum og medarbeidere var blant de første som analyserte hypoteser om forskjeller i dødelighet / levealder ved å bruke statistiske metoder (8). To hovedårsaker ble studert nærmere; risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer (røyking, høyt blodtrykk, andre medisinske forhold) og sosioøkonomiske variabler (utdanning og inntekt). De fant positive sammenhenger mellom dødelighet og de nevnte risikofaktorene og de sosioøkonomiske variablene.

Andre studier som har testet årsaker til levealdersforskjeller er for eksempel Grundy & Kravdal (9), som undersøkte om levealder varierer med kjønn, og som bekreftet at kvinner lever lengst. Berntsen & Kravdal (10) studerte konsekvenser for levealder av skilsmisse og eventuelt nye partnerskap senere. Studien viste blant annet overdødeligheten for menn i denne kategori, sammenlignet med gifte, og at den økte med antall år etter skilsmissen, mens en slik tendens ikke gjorde seg gjeldende blant kvinner.

Gjennomføring av studien

Denne studien analyserer *simultant mange* årsaker til at det blir forskjeller i levealder for menn mellom Oslos bydeler. Den gjør bruk av data for *forventet levealder* beregnet av Statistisk sentralbyrå for bydelene. Studien bygger på slike data for perioden 2005–2016. Analysen avviker fra studien til Jenum et al. (8) også ved at den spesifiserer delvis nye hypoteser; *sosioøkonomiske kjennetegn hos bydelenes mannlige innbyggere* (inntekt, utdanning, familiestruktur), *disse bydelsinnbyggernes egen atferd* (særlig i forhold til rus) og årsaker knyttet til *strukturelle forhold ved bydelene* (innvandringsandel, andel nødstilte m.m.).

Materiale og metode

Forventet levealder

En mulig svakhet ved bruk av begrepet forventet levealder er at levealderen vil være påvirket av innflytting og utflytting. Spesielt relevant i denne forbindelse er innflyttingen fra utlandet til østre bydeler og en bydel helt sør i Oslo. Disse innflytterne kan ha en annen dødelighet enn etnisk norske personer og være noe av forklaringen på at det oppstår levealdersforskjeller mellom bydelene. I tråd med denne tankegangen vil andelen ikke etnisk

norske innvandrere være ett av flere kjennetegn ved bydelene som kan føre til forskjeller i levealder.

Ser man bort fra innbyggere med innvandrerbakgrunn, kan flyttemønsteret i Oslo i analyseperioden beskrives med en tredeling: Nettoutflytting fra østlige og sørlige områder (særlig til Akershus), utflytting fra indre by til ytre by og innflytting til indre by av relativt unge mennesker fra mange andre kanter av landet (11). Det er vanskelig å se at disse flyttingene skulle påvirker forventet levealder i bydelene på noen bestemt måte.

Det bør i denne forbindelse også nevnes at de siste 20-30 årene har Oslo øst blitt mer mangfoldig og inneholder nisjer som likner på Oslo vest og som er egnet til å redusere øst-vest mønsteret i byens interne flyttinger (som i noe større grad skjer internt i bydelene).

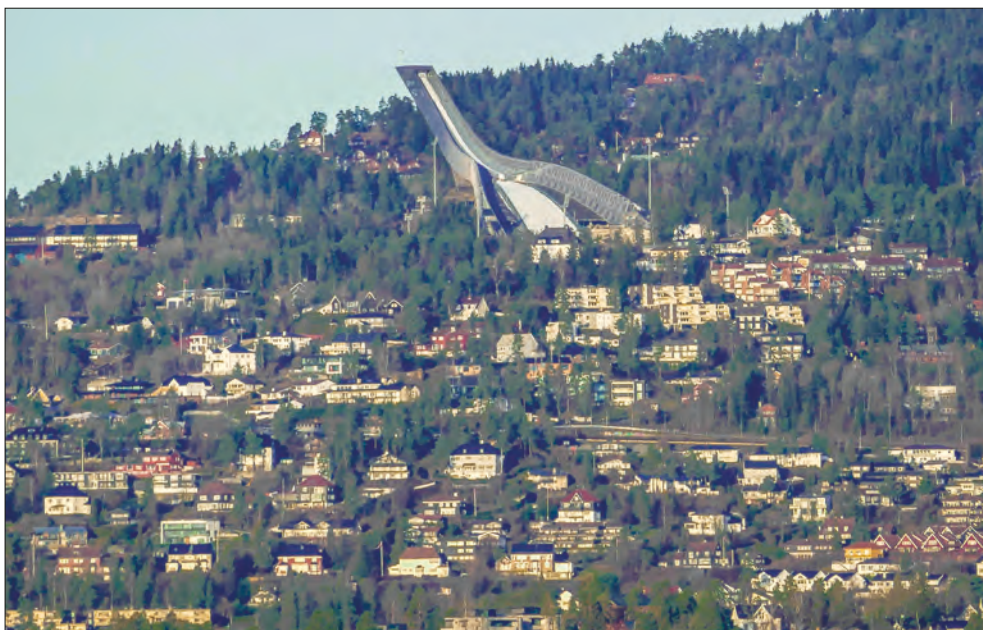
Det er langt på vei historie at fattige etnisk norske industriarbeidere flyttet til Oslo og slo seg ned i fattige østre bydeler og bidro til høyere dødelighet her.

Regioner i analysen

De administrative områder som kalles Sentrum, markabeboere og personer uten fast adresse er ikke med i materialet som brukes. På grunn av et begrenset antall observasjoner av forventet levealder og mange aktuelle forklaringsvariabler aggregeres de 15 bydelene i Oslo til seks forskjellige bydelstyper, se tabell 2. Utgangspunktet for denne er en deling av Oslo som tidligere er brukt i analyser av byen, hvor ytre vest, indre vest og ytre øst og indre øst har vært en sentral akse for å få frem viktige strukturelle skillelinjer. For å få strukturelt så like bydelstyper som mulig er Bjerke i tabell 2 blitt en del av indre by vest sammen med Frogner og St Hanshaugen. Søndre Nordstrand er blitt en del av ytre by øst sammen med Stovner, Grorud og Alna. Vi har slått sammen Nordstrand, Østensjø og Ullern til en egen bydelstype (Oslo sør / vest). Sagene er blitt en egen bydelstype – den sjette.

Bydelstype	Bydeler
Bydelstype 1 (Oslo ytre vest)	Vestre Aker og Nordre Aker
Bydelstype 2 (Oslo sør / vest)	Ullern, Nordstrand og Østensjø
Bydelstype 3 (Oslo indre vest)	Frogner, Bjerke og St. Hanshaugen
Bydelstype 4 (Oslo ytre øst)	Alna, Stovner, Grorud og Søndre Nordstrand
Bydelstype 5 (Oslo indre øst)	Gamle Oslo og Grünerløkka
Bydelstype 6	Sagene

Tabell 2: Aggregering av Oslos 15 bydeler til seks bydelstyper.



Figur 1: Holmenkollen og villabebyggelsen nedenfor. Området ligger i bydel Vestre Aker som er en del av bydelstype 1 (Oslo ytre vest, tabell 2). Den kroner inntektstoppen i Oslo og byens boligpriser. Den sosiale og økonomiske strukturen ga partiet Høyre halvparten av stemmene i bydelstypen ved kommunevalget i 2019. (Foto: Øivind Larsen 2020)

Forklaringsvariabler

Forventet levealder skal, som nevnt, forklares med sosioøkonomiske kjennetegn hos innbyggerne i bydelene, innbyggernes egen atferd og strukturelle forhold ved bydelene. Det er dokumentert at sosioøkonomiske variabler er av betydning for helse og levealder (7–10). Når det gjelder atferd relatert til tobakk og alkohol skal vi senere vise til metaundersøkelser som viser at det er en klar sammenheng mellom overdreven bruk av tobakk og alkohol og forventet levealder. Det er imidlertid lite / ingen data for bruk av tobakk og alkoholatferd for menn på bydelsnivå i Oslo. Vi har på disse to områder måtte støtte oss til studier av atferden til ungdom i Oslos bydeler, for detaljer se kapittel om datamaterialet. Vedrørende strukturelle forhold ved bydelene har vi spesifisert innvandringsandel av ikke etnisk norske, andel av kommunale leiligheter for nødstilte og hadde i utgangspunktet planer om å ha med luftforurensing (svevestøv og radon). Som vi skal se, har det vært vanskelig å få en god representasjon på bydelsnivå for de sistnevnte variablene.

Modellen holder i tillegg åpent for at en viss økning i levealder over tid kan tilskrives en samlefaktor som blir betegnet «nye legemidler, medisinsk forskning og endret livsstil».

Data på gruppenivå

Enheten i analysen er den tenkte mannlige gjennomsnittspersonen i ulike bydeler (menn over 16 år). Når man studerer gruppegjennomsnitt er det ikke nødvendig å avgrense studien til for eksempel de med forventet levealder over 30 år, som man må ved individuelle data og ønsker å sikre at alle med høy utdanning kommer med. Detaljer i datamaterialet beskrives i et senere kapittel.

Regresjonsanalyse

Mange alternative forklaringsvariabler kan komme mellom forventet levealder og en bestemt eksponering av gjennomsnittspersonen i en bydel. I dette tilfelle er det vanskelig å slutte noe om sammenhengen mellom en bestemt eksponering og utfall (levealder). For å unngå problemet med konfunderende (forstyrrende) faktorer studeres alle forklaringsvariabler simultant ved hjelp av regresjonsanalyse. Dermed korrigeres det for at den levealder som en bestemt bydelstype oppnår for eksempel i kraft av høy utdanning, ikke skal skyldes at bydelen den sammenliknes med er i ubalanse med hensyn til andre aktuelle forklaringsvariabler.

Formell analysemodell

Likning [1] er utgangspunktet for regresjonsanalysen. Likning [1] sier at forventet gjennomsnittlig levealder til en mannlig person i bydel k som tilhører bydelstype j , er lik forventet levealder i bydelstype j , korrigert for effekten på forventet levealder av de sosioøkonomiske kjennetegn til innbyggerne i bydel k og den atferd disse har.

$$[1] Y_{k \in j, t} = A_{j, t} + \sum_i \alpha_i X_{ik \in j, t} + \varepsilon_{k \in j, t}$$

hvor

$Y_{k \in j, t}$ er forventet gjennomsnittlig levealder for menn i bydel k som tilhører bydelstype j på tidsintervallet t .

$A_{j, t}$ er forventet gjennomsnittlig levealder for menn i bydelstype j på tidsintervallet t .

$X_{ik \in j_t}$ viser gjennomsnittlig verdi av kjennetegn / atferd (i) hos menn i bydel k som tilhører bydelstype j på tidsintervallet t.

Parameter α_i viser hvordan kjennetegn / atferd (i) påvirker forventet levealder. Vi tenker oss at denne effekten er felles for alle bydelene og konstant i analyseperioden.

ε_{ijt} er et stokastisk restledd.

Likning [1] gjelder for $k = 1, 2, \dots, 15$, $j = 1, 2, \dots, 6$ og $t = 2005\text{--}2007, 2006\text{--}2009, 2010\text{--}2012, 2012\text{--}2014, 2014\text{--}2016$.

Kjennetegn/atferd (i) hos innbyggerne som skal spesifiseres og som vil kunne ha betydning for forventet levealder i en bydel vil være:

- Inntektsnivå
- Utdanning
- Familiesituasjon
- Tobakksbruken – over/under en kritisk terskelverdi
- Alkoholkonsumet – over /under en kritisk terskelverdi

Modell 1

I det videre er bydelstype $j = 1$ valgt som referansebydel (Aker-bydelene). Gjennomsnittlig forventet levealder for menn i denne bydelstype på tidsintervallet t betegnes for A_{1t}^* . Variabelen innsettes i likning [1] og det gir likning [2] (når vi husker å subtrahere variabelen).

Skriver likning [2] som likning [3], hvor A_{1t}^* i første ledd på høyre side av likhetstegnet opptrer i kombinasjon med dummy variabel D_t . Denne dummyvariabelen åpner for at forventet levealder kan endre seg over tiden (øke). Dette skal i tilfelle tolkes som resultatet av «nye medisiner, medisinsk forskning og endret livsstil». Det negative leddet A_{1t}^* er flyttet bakover i likningen og inngår i uttrykket $(A_{jt} - A_{1t}^*)$, som viser avviket mellom forventet levealder i bydelstype $j = 2, 3, 4, 5$, og 6 og referansebydelstype 1 (Aker-bydelene), og i det følgende er betegnet c_j . Vi tenker oss at c_j har karakter av å være en strukturvariabel som viser forskjeller i levealder mellom bydelstyper i Oslo i analyseperioden.

Likning [3] er i likning [4] generalisert ved at c_j -parameteren er kombinert med dummy variabel D_j slik at likning [4] inkluderer levealder differensene mellom bydelstyper 2, 3, 4, 5, 6 og referansebydelstype 1.

Parameterne A_{1t}^* , α_i -ene og c_j -ene angir henholdsvis forventet levealder i referansebydelstype, hvordan modellens forklaringsvariabler påvirker forventet levealder i bydelene og om det er noen statistisk forskjell mellom

levelalder i bydelstype $j \neq 1$ og referansebydelstype $j = 1$. Disse ukjente parametere, som vil gi oss svar på forskningsspørsmålene vi stilte innledningsvis, kan vi estimere ved å foreta en regresjonsanalyse av likning (4).

$$[2] Y_{k \in j t} = A_{1t}^* - A_{1t}^* + A_{jt} + \sum_i \alpha_i X_{ik \in j t} + \varepsilon_{k \in j t}.$$

$$[3] Y_{k \in j t} = A_{1t}^* \sum_t D_t + \sum_i \alpha_i X_{ik \in j t} + (A_{jt} - A_{1t}^*) + \varepsilon_{k \in j t}$$

$$[4] Y_{k \in j t} = A_{1t}^* \sum_t D_t + \sum_i \alpha_i X_{ik \in j t} + c_j \sum_j D_j + \varepsilon_{k \in j t}$$

hvor

$c_j = A_{jt} - A_{1t}^*$, viser avviket i forventet levelalder for menn mellom bydelstype $j = 2, 3, 4, 5, 6$ og referansebydelstype $j = 1$.

D_t er dummy variabel som er 1 for $t = 2005-2008$ – null ellers, 1 for årene 2009–2013 – null ellers, 1 for 2014–2017 – null ellers.

D_j er en dummy variabel som er 1 for observasjoner $j = 2$ – null ellers, $j = 3$ – null ellers, $j = 4$ – null ellers, $j = 5$ – null ellers og $j = 6$ – null ellers.

Modell 2

I denne analysen skal bydelstypene $j = 1, 2, \dots, 6$ erstattes med spesifikke kjennetegn for bydelene, for eksempel innvandringsandel, andel nødstilte m.m. for å se om slike og andre forhold ved bydelene påvirker innbyggernes levelalder. De forhold vi skal spesifisere er:

- Innslaget av ikke-etnisk norsk personer (innvandrерandel)
- Andel nødstilte (narkomane, alkoholskadde m.m.)
- «Faste» sykehjemsplasser (som begrunnes senere)
- Luftforurensing – NB er ikke med i den endelige analysen p.g.a. dårlige data.

$Z_{mk \in j t}$ skal vise gjennomsnittlig verdi av kjennetegn m for bydelstype k som tilhører bydelstype j på et gitt tidsintervall t , mens β_m er en parameter som viser hvordan forventet levelalder for menn påvirkes av kjennetegn m . Vi antar at effekten på forventet levelalder av bydelskjennetegn m er konstant i analyseperioden. Den samlede påvirkning på gjennomsnittlig levelalder i bydelstype k av bydelskjennetegnene kan nå skrives som $\sum_m \beta_m Z_{mk \in j t}$.



Figur 2: I midten av bildet ser vi Ullern kirke med bebyggelsen omkring. Kanskje er det mindre med villaer og en mer variert bebyggelse enn hva mange tror. Vi er fortsatt i Oslo vest, men nå i bydelstype 2 (Oslo sør/vest, se tabell 2), hvor inntektene og boligprisene er litt lavere enn i bydelstype 1. Skillet øst-vest var størst i 1890-årene. Dette ga seg varig uttrykk i boligforhold, språk og politikk. (Foto: Øivind Larsen 2020)

Vi går videre i analysen med likning [5]:

$$[5] Y_{k \in j t} = A_{1r}^* \sum_r D_t + \sum_i \alpha_i X_{ik \in j t} + \sum_m \beta_m Z_{mk \in j t} + \epsilon_{k \in j t}$$

De ukjente parameterne i likning [5] kan estimeres ved en regresjons-analyse. Estimatet på parameter β_m vil vise betydningen for forventet levealder av bydelskjennetegn m. Estimeringen av A_{1r}^* og α_i i likning [5] vil være en sjekk på estimatene i likning [4] for levealder i Aker-bydelene og effekten på levealder av de sosioøkonomiske variablene og atferden til innbyggerne.

Test av modellene

Tester viste at det var ingen autokorrelasjon i restleddene, dvs. det er ingen samvariasjon mellom restleddene over tid. Restleddet i modell 2 er normalfordelt, men ikke i modell 1. Restleddene i begge modellene har konstant varians, og vi kan ikke forkaste antagelsen om at likningene har lineær form.

Det kan være et svakt punkt er at vi for modell 1 må forkaste hypotesen om normalfordelt restledd, men dette kan også ha sammenheng med at datamaterialet inneholder relativt få observasjoner.

Som tidligere sagt vil vi på grunn av dårlige data eliminere variablene svevestøv og radon. Vi hadde også intensjoner om å analysere betydningen for levealder av «fysisk aktivitet» og «trivsel i bydelene». Delvis av samme grunn, men også på grunn av sterk korrelasjon med andre variable, ble disse siste variablene ikke tatt med i de endelige empiriske beregningene. Prosentandelen av korrelasjonskoeffisienter større enn 0,5 i tabell 3 gikk da relativt mye ned. Av de i alt 256 korrelasjonskoeffisienter er likevel 18 over 0,5. Det betyr at vi ikke er kvitt multicollinearitets problemene og at det må vises en viss varsomhet når konklusjoner skal trekkes.

Når det gjelder spørsmålet om validitet, kommer vi tilbake til dette i diskusjonen etter presentasjonene av de empiriske funnene.

Varabler	Levealder	Inntekt	Tobakk (dummy)	Alkohol (Dummy)	Personshushold	Utdanning over VGS	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	Gruppe 5	Gruppe 6	Tidsseriergruppe 1	Tidsseriergruppe 2	Tidsseriergruppe 3	Kommunale boliger	Gruppe 1	Trend	Fysisk aktivitet (menn)	Trivsel bydel	Invandrerandel	Radon	Svevestøv	Sykehjemspl.
Levealder	1,000																						
Inntekt	0,727	1,000																					
Tobakk (dummy)	-0,561	-0,199	1,000																				
Alkohol (Dummy)	0,455	0,768	-0,250	1,000																			
Personshushold	-0,628	-0,209	0,700	-0,038	1,000																		
Utdanning over VGS	0,222	0,706	0,391	0,529	0,430	1,000																	
Gruppe 2	0,192	0,091	-0,196	-0,196	-0,242	-0,096	1,000																
Gruppe 3	0,199	0,269	0,075	0,452	0,287	0,364	-0,237	1,000															
Gruppe 4	-0,072	-0,475	-0,302	-0,302	-0,474	-0,809	-0,237	-0,364	1,000														
Gruppe 5	-0,482	-0,259	0,294	-0,196	0,437	0,089	-0,154	-0,237	-0,237	1,000													
Gruppe 6	-0,447	-0,110	0,535	-0,134	0,381	0,241	-0,105	-0,161	-0,161	-0,105	1,000												
Tidsseriergruppe 1	-0,389	-0,283	0,000	0,000	0,155	-0,124	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000											
Tidsseriergruppe 2	-0,020	-0,100	0,000	0,000	0,069	-0,042	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	-0,400	1,000										
Tidsseriergruppe 3	0,374	0,350	0,000	0,000	-0,204	0,152	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	-0,548	-0,548	1,000									
Kommunale boliger	-0,699	-0,359	0,512	-0,329	0,569	0,111	-0,113	-0,419	-0,174	0,576	0,698	0,000	0,000	0,000	1,000								
Gruppe 1	0,454	0,516	-0,196	0,294	-0,231	0,408	-0,154	-0,237	-0,237	-0,154	-0,105	0,000	0,000	0,000	-0,204	1,000							
Trend	0,462	0,378	0,000	0,000	-0,220	0,165	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	-0,791	-0,158	0,866	0,000	0,000	1,000						
Fysisk aktivitet (menn)	0,687	0,706	-0,396	0,385	-0,456	0,414	0,497	-0,006	-0,407	-0,430	-0,170	0,000	0,000	0,000	-0,472	0,595	0,000	1,000					
Trivsel bydel	0,528	0,776	-0,069	0,559	0,042	0,718	0,352	0,287	-0,646	-0,369	-0,019	-0,009	-0,005	0,013	-0,325	0,498	0,012	0,799	1,000				
Invandrerandel	0,036	-0,403	-0,193	-0,309	-0,449	-0,626	-0,110	0,117	0,616	-0,431	-0,002	-0,131	-0,033	0,150	-0,267	-0,413	0,164	-0,311	-0,513	1,000			
Radon	0,002	0,146	0,167	0,167	-0,164	0,170	-0,196	-0,302	0,075	-0,196	0,535	0,000	0,000	0,000	0,239	0,294	0,000	0,079	-0,019	0,142	1,000		
Svevestøv	0,129	0,002	-0,250	0,167	0,069	-0,149	0,294	0,075	0,075	-0,196	-0,134	0,000	0,000	0,000	-0,044	-0,196	0,000	-0,031	0,113	-0,044	-0,250	1,000	
Sykehjemsp.	0,054	0,150	-0,059	0,155	-0,122	-0,087	0,261	0,029	0,191	-0,328	-0,027	0,000	0,000	0,000	-0,231	-0,198	0,000	0,200	0,214	0,019	-0,286	0,198	1,000

Tabell 3: Korrelasjonsmatrise for de uavhengige variable. Gruppe 1, 2, 3, 4, 5, 6 refererer seg til bydelstype 1, 2 ... 6.



Figur 3: Bildet dekker flere bydelstyper: I det fjerne til venstre ser vi høyblokkene på Tveita (bygd 1967-1969) i bydel Alna, og langt borte, helt til høyre, skimtes blokkene på Romsås i bydel Grorud, oppført i løpet av 1960- og 1970-årene. Begge disse stedene tilhører bydelstype 4 (Oslo ytre øst). Helt i forkant av bildet ser vi Østensjøvannet. Rundt dette ligger bydel Østensjø som er i bydelstype 2 (Oslo sørvest, tabell 2). Her er det en villa- og lavblokkstrøk som strekker seg rundt vannet, med større blokker og fortetting rundt knutepunktet Oppsal midt på bildet. (Foto: Øivind Larsen 2020)

Datamaterialet

Variabler

For alle kontinuertlige variabler er det beregnet en gjennomsnittsverdi, det er beregnet minimums- og maksimumsobservasjoner, og kontrollert for statistisk uteliggere (ekstremverdier).

Variabel som skal forklares – forventet levealder

Beregningene av forventet levealder for de enkelte bydeler er utført av Statistisk sentralbyrå, ved å sette sammen dødshyppigheten i hver enkelt årgang. For å begrense usikkerheten i tallene publiseres de som gjennomsnittstall for 2, 3 eller 4 års perioder. Denne analysen bygger på data for forventet

gjennomsnittlig levealder for menn i tidsintervallene 2005–2007, 2006–2009, 2010–2012, 2012–2014, 2014–2016.

Forklaringsvariabler

Data for de sosioøkonomiske variabler, enkelte atferdsvariabler og variabler relatert til bydelsstrukturer er hentet fra Oslo kommunes statistikkbank, med unntak for nødstilte, sykehjemsplasser og luftforurensning.

Inntekt

Inntektsvariabelen er gjennomsnittlig bruttoinntekt for menn i bydelene. Den største inntekt observert for eksempel i 2016 var 1 053 000 kr (Vestre Aker), og minste inntekt 415 000 kr (Grorud).

Utdanning

Variabelen utdanning er uttrykt som andel menn over 16 år i bydelene som har universitetsutdanning. Størst andel i 2016 var 0,62 (Aker-bydelene), minste andel 0,23 (Stovner).

Familiesituasjon

Familiesituasjon er uttrykt som andel 1-person-hushold i bydelene. Størst andel i 2016 var 0,57 (St. Hanshaugen) og minste andel 0,33 (Søndre Nordstrand).

Tobakk

Data for bruk av tobakk på bydelsnivå fins kun for 2015, og da gjennom en undersøkelse blant ungdom. Bruken av tobakk er i denne studien fanget opp ved hjelp av en dummy variabel som får verdien 1 når andelen daglig røykere av gutter i en bydel er relativt høy, dvs. 6 % eller høyere (som antas å generere helseskader), ellers blir variabelen null (og ingen helseskader). Største observert verdi var 9,9 (Sagene), minste observerte verdi 3,9 (Søndre Nordstrand).

Det svake datagrunnlaget gjør at vi ved diskusjonen av de empiriske resultater for tobakk vil sammenholde med hva den internasjonale litteraturen viser. En sentral slik referanse i det følgende er metaundersøkelsen til Preston et al. (12).

Alkohol

Som for tobakk har vi bare hatt anledning til å belyse alkoholkonsumets variasjon mellom bydelene ved data fra en undersøkelse blant Oslos ungdom i 2015. Bruken av alkohol i bydelene i Oslo er fanget opp ved en dummy

variabel som får verdien 1 hvis en andel på 40 % eller mer av gutter i en bydel sier at de har vært betydelig beruset det siste året (som kan indikere en alkoholkultur) ellers får variabelen verdien 0 (og ingen helseskader). Høyeste observert verdi 0,46 (Frogner), laveste verdi 0,19 (Grorud).

For å bøte på svake data for alkohol på bydelsnivå skal våre empiriske funn sammenholdes med hva internasjonal forskning viser (13).

«Nye legemidler, medisinsk forskning, endret livsstil»

Vi skal ta hensyn til at levealder påvirkes av «nye legemidler, medisinsk forskning og livskvalitet». Det blir gjort ved at forventet gjennomsnittlig levealder for menn i referansebydelen (A_{1t}^*) ved en dummy variabel splittes i subperiodene 2005/2008, 2009/2013 og 2014/2016, og at endringer i estimatet mellom subperiodene i modell 1 skyldes «Nye legemidler, medisinsk forskning og endret livsstil». For detaljer se likning [4].

Nødstilte

Som proksy-variabel for nødstilte i bydelene har vi brukt andel personer i bydelene som bor i «de kommunale leiligheter» (som står til disposisjon for sosiale formål). Største antall leiligheter er 2098 (Sagene), minste antall 250 (Ullern) i 2018.

Innvandringsandel

I analysen er det ikke skilt mellom innvandringsland, men summert innvandrere i alt pluss norskfødte med innvandrerbakgrunn, og beregnet hvor stor andel dette utgjør av bydelens totale innbyggertall. Høyeste observerte verdi 0,55 (Søndre Nordstrand), laveste verdi 0,17 (Vestre Aker).

Svevestøv

Svevestøv er en type luftforurensing og tar form som partikler i veistøv og fra vedfyring – i tillegg bidrar eksospartikler. Slikt støv er en av de farligste former for luftforurensing i Oslo, særlig vinterstid da konsentrasjonen av stoffet blir så høy enkelte dager at den blir livstruende, især hvis den også overskrider døgn grenseverdien flere sammenhengende dager. Det antas at svevestøv medvirker til 185 dødsfall i Oslo årlig (14). Svevestøv, som annen luftforurensing, måles på bestemte målepunkter. Målepunktene er helt tilfeldig i forhold til hvor folk i bydelene bor. Dette gjør det problematisk å analysere betydningen av svevestøv for levealderen i bydelene. Etter noen prøvekjøringer med svevestøv som variabel, som ikke gav signifikante resultater, ble det besluttet å eliminere denne variabelen.

Radon

Radongass, som er en annen type forurensing, er en usynlig og luktfri edelgass som dannes ved nedbrytning av grunnstoffet radium. Høye radon-nivåer innendørs er en årsak til økt risiko for lungekreft. Gassen forekommer med stor konsentrasjon noen steder i Oslo. I Norge antas det at ca. 300 personer dør årlig av lungekreft fremkalt av radon (15). Hvis disse dødsfallene fordeles på hele landet vil omtrent 30 personer være fra Oslo, og fordelt på 15 bydeler blir tallet så lite at det knapt blir noe bidrag til forventet levealder. Da prøveberegninger viste ingen sammenheng mellom denne variabelen og forventet levealder, ble radonvariabelen også tatt ut i de endelige beregninger.

Faste sykehjemsplasser

Faste sykehjemsplasser til pasienter som kommer fra andre bydeler vil i prinsippet påvirke levealderen i bydelene ved at de ved død registreres som døde i bydelen hvor sykehjemmet er lokalisert. Det er korrigert for dette ved at det for hver bydel er konstruert en variabel som viser antall sykehjemsplasser i forhold til innbyggertallet. Det er deretter sett om det er noen sammenheng mellom denne variabelen og bydelens forventede levealder. Hvis det for eksempel er en negativ sammenheng, kan det indikere at bydelen har eldre fra andre bydeler plassert i sine sykehjem og at dette drar ned levealder. Motsatt, hvis sammenhengen er positiv. (Kilde for sykehjem, lokalisering og antall plasser, er sykehjemsetaten, Oslo kommune.)

Variabler som er utelatt i den endelige analysen

Som allerede nevnt var svevestøv og radon med i noen prøveberegninger, men sammen med fysisk aktivitet og trivsel i lokalsamfunnet (som vi ikke klarte å gi en forsvarlig tallmessig representasjon), er de ikke med i de endelige beregninger.

Resultater

Regresjonsanalysen av likning [4] gav resultatene vist i tabell 4. Tabellen viser øverst estimatene på forventet levealder for menn i referansebydelstype 1 (A_{1t}^* -parameteren), hvor det som tidligere forklart er skilt mellom de tre tidsintervallene 2005–2008, 2009–2012 og 2013–2016. I de nevnte tidsintervaller ble forventet levealder estimert til henholdsvis 77,5, 78,9 og 79,3 år. Det tilsvarer en årlig framgang på 0,3 % målt i leveår, som vi har tilbakelagt «nye legemidler, medisinsk forskning og endret livsstil». Når vi alternativt til en slik periodisering innførte en trendvariabel, fikk vi estimert omtrent den samme årlige framgangen.



Figur 4: Her sees et eldre, fortettet boligmiljø for middelklassen, nemlig boligområdet Jessenløkken, oppført 1919-1922. Vi er nå i Jonas Reins gate, i bydel St. Hanshaugen, som er oppkalt etter promenadeparken med samme navn, anlagt i 1860-årene i landskapsstil med gangveier som slynger seg gjennom terrenget. Bydelen har både gamle trevillaer og funkiskvartaler, men især rundt parken preges strøket av 1890-årenes kontinentale byarkitektur. Bydelen tilhører bydelstype 3, (Oslo indre vest, tabell 2). Funkisblokkene i bakgrunnen på bildet, oppført 1934-1936, ligger på den andre siden av Kirkeveien og tilhørte Aker herred før byutvidelsen i 1948. (Foto: Øivind Larsen 2017)

I tabellens midtparti framgår effekten på forventet levealder av de sosioøkonomiske kjennetegnene og atferden til de mannlige innbyggerne i bydelen. Utfyllende merknader til disse resultatene er gitt i teksten under tabell 4.

Nederst i tabell 4 framgår hvordan forventet levealder i bydelstypene i = 2, 3, 4, 5, og 6 avviker fra den i Aker-bydelene, når det er korrigert for påvirkningen fra de sosioøkonomiske kjennetegn hos de mannlige innbyggerne og deres atferd. Tabellen viser at det er levealderen i bydelstype 6 (Sagene) som da avviker mest fra Aker-bydelene, nemlig med minus 4,2 år. I bydelstype 5 (Gamle Oslo og Grünerløkka) er avviket minus 3,1 år.

I andre bydelstyper var det ingen signifikante levealdersavvik med Aker-bydelene etter at vi har korrigert for de sosioøkonomiske kjennetegn og atferden til hos de mannlige innbyggerne.

Variabel	Estimat	Standard-avvik	P-verdi
<i>Levealder i Aker- bydelene</i>			
2005–2008	77,5	1,72	0,000
2009–2012	78,9	1,78	0,000
2013–2016	79,3	1,91	0,000
<i>Kjennetegn og atferd hos mannlige innbyggerne og påvirkningen på levealder</i>			
Inntekts variabel	-0,02	0,04	0,467
1-person-hushold	- 8,23	1,59	0,001
Utdanning	9,69	2,60	0,000
Hyppig bruk av tobakk	-1,60	0,42	0,000
Hyppig bruk av alkohol	-0,36	0,60	0,482
<i>Avvik i levealder mellom referansebydelstypen Aker-bydelene og de andre bydelstyper j = 2, 3, 4, 5 og 6 når man har korrigert for påvirkning for innbyggernes atferd</i>			
Bydelstype 2	-0,38	0,42	0,671
Bydelstype 3	-0,57	0,39	0,608
Bydelstype 4	-0,86	0,60	0,498
Bydelstype 5	-3,08	0,53	0,000
Bydelstype 6	-4,18	0,600.	0,000

Tabell 4: Betydningen av sosioøkonomiske variabler og innbyggernes atferd samt bydelstyper for forventet levealderår, beregninger basert på likning [4].

Tabell 4 viser at inntektsvariabelen ikke er signifikant forskjellig fra null. Inntekten er sterkt korrelert med utdanning (0,71), se tabell 3. Derimot har utdanning en signifikant påvirkning på levealder. Vi kan likevel ikke uten diskusjon av kausalitet hevde at den ene er viktigere for levealderen enn den andre. Senere skal vi kommentere de empiriske funnene nærmere og ta opp nevnte kausalitetsspørsmål. Konklusjonen på disse kommentarene støtter opp under det som tabell 4 viser, at det er utdanningsvariabelen, ikke inntekten, som på dagens inntektsnivå betyr noe når det gjelder forventet levealder i Norge.

Den estimerte koeffisienten foran andel menn med universitetsutdanning er + 9,69. Sagene bydel har en andel med høyere utdanning på 0,505, mens Aker-bydelene ligger høyere, i gjennomsnitt 0,531. Med den estimerte parameter foran utdanning i tabell 4 gir variabelen en redusert levealder i bydel Sagene på vel 0,3 år i forhold til Aker-bydelene.

Gamle Oslo og Grünerløkka har enda lavere andel med høyere utdanning enn Sagene (0,43), noe som gir en redusert levealder på vel 1,0 år sammenliknet med Aker-bydelene.

Tabell 4 viser videre at 1-person-hushold har en negativ effekt på levealderen: Estimert koeffisient foran andel 1-person hushold er $-8,23$. Andel 1-person hushold i Sagene bydel er $0,71$, som er en av de høyeste observerte i vårt datamateriale. Gamle Oslo og Grünerløkka har en andel på mellom $0,65$ og $0,68$. Til sammenlikning er den i Aker-bydelene mellom $0,37$ og $0,44$. Den estimerte parameter foran 1-person-hushold gir en reduksjon i levealder i bydel Sagene på rundt $2,1$ år – og i Gamle Oslo/Grünerløkka på $1,6$ år – sammenliknet med Aker-bydelene.

Koeffisienten foran tobakksvariabelen er minus $1,6$ år. Fortegnet betyr at det i bydeler hvor røykeaktivitet er over den kritiske terskel definert tidligere, reduseres levealderen med $1,6$ år i Sagene, Grünerløkka og St. Hanshaugen.

Alkohol har ifølge tabell 4 ikke noen signifikant effekt på levealder. Dette kommenteres nærmere i diskusjonsavsnittet.

I datamaterialet er det en sterk korrelasjon mellom bruk av alkohol og inntekt ($0,77$). Da vi fjernet inntektsvariabelen, ble resultatet at alkohol hadde en negativ effekt på forventet levealder, men den var heller ikke nå signifikant forskjellig fra null.

Tabell 4 viste, som sagt, at Sagene og Gamle Oslo / Grünerløkka hadde signifikant kortere levealder enn valgte referansebydelstype (Aker-bydelene), også etter at en hadde korrigert for sosioøkonomiske kjennetegn og atferden til innbyggerne, se nederst i tabell 4.

Er det spesielle forhold i Sagene og Gamle Oslo / Grünerløkka?

Svaret på spørsmålet i overskriften går fram av tabell 5 nedenfor som er utledet av likning [5]. Tabellen viser at høy innvandrерandel ikke har noen signifikant effekt på forventet levealder (selv om det er en svak tendens i materialet til at variabelen reduserer forventet levealder).

De såkalte nødstilte, representert ved prokxy-variabelen «andel i kommunale boliger», har derimot en signifikant negativ effekt på forventet levealder. Bydel Sagene har en andel i kommunale leiligheter på $0,16$, mens Aker-bydelene har en andel på litt under $0,05$. Legger vi til grunn estimatet foran variabelen kommunale boliger på minus $31,0$ vil dette momentet redusere levealder i Sagene $3,4$ år i forhold til Aker-bydelene, mens reduksjonen i gamle Oslo og Grünerløkka vil bli noe mindre, $1,7$ år.

Tabell 5 viser også at når en bydel har relativt mange sykehjemsplasser i forhold til egen befolkning (og det er aktuelt å ta imot pasienter fra andre bydeler), er det en tendens til at dette har en negativ effekt på levealderen i bydelen. Denne tendensen er signifikant forskjellig fra null. Vi har på



Figur 5: Trikk og yrende liv på fortauet ved stoppestedet på Olav Ryes Plass. I det gamle arbeiderstrøket Grünerløkka i bydelstype 5 (Oslo indre øst, tabell 2) er det meste av bebyggelsen fra siste del av 1880-tallet. Her har det over årene skjedd store endringer som kanskje ikke synes så godt i det ytre. I løpet av de siste tiårene har det nemlig skjedd en renovering av området som blant annet har tiltrukket seg moderne mennesker med sans for urbane kvaliteter. En finner imidlertid i bydelen også mennesker som sliter i arbeidsmarkedet, med rus og på andre måter, slik det alltid er i sentrum av litt store byer. (Foto: Øivind Larsen 2020)

Variabel	Parameter	Standard avvik	P-verdi
<i>Levealder Aker-bydelene</i>			
2005–2008	80,4	1,00	0,000
2009–2012	81,2	1,01	0,000
2013–2016	82,6	1,01	0,000
<i>Kjennetegn ved og atferd hos bydelens innbyggere og påvirkning på levealder</i>			
1-person-hushold	-8,06	1,80	0,000
Utdanning utover videregående	8,96	1,32	0,000
Hyppig bruk av tobakk	-2,10	0,37	0,000
<i>Kjennetegn ved bydelstypene og påvirkning på levealder</i>			
Andel nødstilte	-31,280	3,27	0,000
Andel innvandrere	-1,39	0,98	0,170
Sykehjemdekning	-63,98	35,48	0.098

Tabell 5: Betydningen for forventet levealder (år) av sosioøkonomiske variabler og innbyggernes atferd og forhold ved bydelene, beregninger basert på likning [5].

grunnlag av estimert parameter vurdert betydningen av denne variabelen på forventet levealder til å være mellom 0–0,5 år.

Parameterestimaten til andre variabler enn bydelskjennetegn i likning [5], dvs. de som er felles i modell [4] og [5], A_{1t}^* og α_t , ligger stort sett innenfor de varianser som ble estimert i tabell 4. Et lite unntak er tobakk som i tabell 5 reduserer forventet levealder med 2,09 år. I det følgende vil vi derfor bruke intervallet 1,6–2,1 år som estimat på hvordan et stort tobakksbruk vil redusere forventet levealder. For de andre sosioøkonomiske kjennetegn var forskjellen i estimatverdier i tabell 4 og tabell 5 så liten at vi i fortsettelsen bruker parameterestimaten i tabell 4 når vi skal beregne konsekvensene for forventet gjennomsnittlig levealder.

Tabell 5 viser at estimert forventet gjennomsnittlig levealder for menn i Aker-bydelene i tidsintervallene 2005–2008, 2008–2012, 2013–2016 ligger på en litt høyere trendkurve enn den som ble estimert i tabell 4, men avviket er omtrent innenfor de estimerte standardavvikene i tabell 4.

Diskusjon

For å trekke konklusjoner utover de konkrete observasjoner må det være høy validitet i modellen. Enheten i denne analysen er den mannlige gjennomsnittspersonen i bydelene. De viktige kjennetegn hos gjennomsnittspersonen har vært inntekt, utdanning, familiesituasjon, bruk av tobakk og

alkohol. For å sjekke validiteten ble bydelene rangert etter høy inntekt, lang utdanning, familiesituasjon osv.

Det var et klart mønster at bydelene beholder sin rangeringsplass for de ulike kjennetegn år for år i analyseperioden. Sagene, for eksempel, hadde den høyeste andelen 1-person-hushold, innbyggerne hadde relativ lav utdanning, samtidig som de hadde relativ lav inntekt, røykte relativt mye osv. Dette går igjen i alle år vi har data for. Aker-bydelene, for å ta et annet eksempel, hadde den høyeste inntekt, høyeste utdanning, lav andel 1-person-hushold m.m., og dette gjentar seg for alle år i analyseperioden. Disse eksemplene på stabilitet i datastrukturen er en indikasjon på robusthet og validitet som gjør det mulig å trekke noen generelle konklusjoner om forventet levealder i Oslos bydeler.

Av enkeltresultater har vi tidligere bemerkt at inntektsvariabelen ikke er signifikant forskjellig fra null. Med dagens høye inntektsnivå som sikrer at alle har kjøpekraft til å spise seg mett, kle kulda og vått vær ute, bo i varme og komfortable leiligheter og kan oppsøke kompetent medisinsk hjelp til en billig penge, er dette ikke overraskende. Men funnet avviker fra hva andre norske studier viser, jr. eksempelvis Kinge og medarbeidere som finner at høy inntekt er den viktigste variabel for dagens høye levealder (16). I denne forbindelse er det viktig å minne om at høy inntekt og høy utdanning er sterkt korrelerte, og at det er stor fare for å forveksle effekten av utdanning med en inntektseffekt hvis man studerer levealder uten at utdanningsvariabelen er med. I følge blant annet van Raalte et al. (17) er høy utdanning både direkte og indirekte viktig for å få mange leveår, slik våre empiriske resultater viser. Ved høyere allmennutdannelse får en kostholdskunnskaper på kjøpet. En indirekte effekt – og trolig viktigere – er den kognitive kapasitet som følger av høyere utdanning som gjør det lettere å skjønne ernæringspolitikk og forstå ekspertenes forslag til riktig kosthold og en sunn livsstil. Høy utdanning reflekterer også evne til å gjennomføre et langsiktig mål, som er en viktig egenskap hvis en skal prioritere helse foran mange andre ting som lokker (god mat og drikke, tid foran TV m.m.).

Analysen viser videre at å ha en livspartner har en positiv effekt for forventet levealder. Andre studier viser det samme (18, 19). Forklaringen på dette er at partnerne deler kunnskaper, utøver sosial kontroll av hverandre og når husholdet har barn gir det livslyst som forlenger livet.

Røyking, utover den terskelverdi som er definert i studien, reduserer forventet levealder blant menn i bydelstype 6 med opptil to år (Sagene, Grünerløkka og St. Hanshaugen). Disse resultatene er også konsistente med hva den internasjonale metaundersøkelsen (12) viser: Man kan forlenge

forventet levealder etter 50 år med mellom to og tre år i vesteuropeiske land ved å kutte ut røyken.

Det er sikker medisinsk kunnskap at høyt alkoholkonsum reduserer forventet levealder (13). Når vi ikke finner at alkohol påvirker forventet levealder i vårt materiale, kan det ha sammenheng med at en har lite data om alkoholforbruket på bydelsnivå i Oslo, og at adgangen til en undersøkelse om ungdommens forbruk i bydelen ikke kan rette opp dette. Eventuelt at den konstruksjon som er brukt for å skille mellom et uheldig stort forbruk og forbruk som ikke er skadelig, ikke er skarpt nok definert. Metastudien (13) antyder blant annet at for en 50-åring som drikker 100–200 gram alkohol per uke, blir forventet gjenværende levetid forkortet med seks måneder. Med et høyere konsum enn 350 gram i uka, blir levetiden forkortet med fire til fem år (13). Vi må også regne med at alkoholforbruket reduserer forventet levealder i de bydeler i Oslo hvor en ifølge vår dummy variabel har et høyt forbruk av alkohol (Sagene, St. Hanshaugen, Frogner), men uten at vi har klart å tallfeste effekten.



Figur 6: Dette er fra bydel Sagene, som er bydelstype 6 (tabell 2). På bildet ser vi endegavlen på en renovert husrekke oppført som arbeiderboliger for Myrens Verksted i 1914. Til venstre i bildet, på den andre siden av Arendalsgata, er det et boligblokkområde med eldre funkisbebyggelse. Lenge har Sagene vært en by i byen for arbeidsfolk som følte seg hjemme her. Men ved kommunevalget i 2019 gikk Arbeiderpartiet tilbake fra 31,4 prosent i 2015 til 19,5 prosent, og ble for første gang ikke bydelens største parti. (Foto: Øivind Larsen)

Forskjellene i forventet levealder mellom bydelene skrumper mye inn når vi har korrigert for sosioøkonomiske variabler og atferden til innbyggerne i bydelene. For bydelstypene 2, 3 og 4 blir forskjellene til referansebydelstype 1 (Aker-bydelene) nå helt eliminert.

Det er noe annerledes for bydelstype 5 (Gamle Oslo og Grünerløkka) og bydelstype 6 (Sagene). I disse bydelene er det strukturelle faktorer som reduserer forventet levealder, i første rekke ved at disse bydelene har en så stor andel av nødstilte. Som det fremgår av tabell 5 er det ingen andre enkeltfaktorer som påvirker forventet levealder i en bydel mer.

Når det gjelder bydelens innvandrерandel fra andre land, viser de empiriske resultatene at en høy innvandrерandel har en tendens til å redusere forventet levealder i bydelen, men koeffisienten er ikke signifikant forskjellig fra null. Det er i tråd med hva tidligere norske studier også har konkludert med (20, 21).

Tabell 6 viser at når de strukturelle forhold ved bydelene tas med i analysen, forklares også langt på vei levealdersforskjellene mellom Aker-bydelene og Sagene og Gamle Oslo / Grünerløkka i tabell 1. Denne forskjellen på opp mot åtte år, syntes i utgangspunktet å være overraskende stor, og var den som artikkelen skulle prøve å belyse.

Variabel	Bydel Sagene	Gamle Oslo og Grünerløkka ¹
Kjennetegn ved og atferd hos bydelens innbyggere:		
Bruk av tobakk	1,6–2,1 år	0,6–0,95 år
1-person-hushold	2,1 år	1,6 år
Lav andel høyt utdannede	0,3 år	1,0 år
Bydelskjennetegn:		
Innvandrерandel	0 år	0 år
Andel nødstilte	3,4 år	1,7 år
Sykehjems brøk	0,5 år	0 år
Radon	0 år	0 år
levealdersforskjeller i alt	7,9–8,4 år	4,9–5,3 år

Tabell 6: Årsaker til kortere levealder i Sagene og Gamle Oslo og Grünerløkka enn i Aker-bydelene.

¹ I Gamle Oslo nådde ikke bruken av tobakk opp til den kritiske terskel, og den negative effekten på levealder av tobakk er derfor nedjustert for bydelstype Gamle Oslo og Grünerløkka etter brøken mannlige innbyggere i Gamle Oslo / mannlige innbyggere i Gamle Oslo + Grünerløkka.

Hovedbudskap

Levealder for menn varierer fortsatt mye mellom Oslos bydeler. Selv om de forhold som skaper slike forskjeller ikke er de samme i dag som tidligere, er Oslo også i dag en delt by sosialt sett, med Oslo øst og Oslo vest som en viktig skillelinje: Lengst lever man i Oslo vest – kortest i Oslo øst.

Forskjellene i levealder skyldes sosioøkonomiske kjennetegn og atferd hos innbyggerne. Blant annet reduseres menns forventede levealder når en høy andel lever alene, når gruppen har lav andel med høyere utdanning og mange menn bruker tobakk over en kritisk terskelverdi. Disse kjennetegnene har en tendens til opphoping i bydelene Sagene, Gamle Oslo og Grünerløkka, som fører til at det blir nettopp disse bydelene hvor menns forventet levealder er kortest.

I bydelen Sagene og bydelene Grünerløkka og Gamle Oslo er det kortere levealder enn i Aker-bydelene også etter at man har korrigert for de ovennevnte forhold. Hovedforklaringen på dette er at de førstnevnte bydelene har en uforholdsmessig stor andel av kommunale leiligheter tiltenkt de nødstilte. Det vil være naturlig å stille spørsmålet om hvorfor disse leilighetene i så stor grad konsentreres i disse bydelene.

I videre forskning bør man arbeide for å få bedre data om tobakk- og alkoholkonsumet på bydelsnivå. Det bør også være et mål å få bedre data og kunnskap om virkningene av mosjon og fysisk aktivitet for levealdersforskjellene mellom bydelene.

Litteratur

1. Strand BH, og Næss Ø. (2006). Forskning på sosial ulikhet i helse i Norge. *Sosial ulikhet i helse 1870–2006*. Historisk helsestatistikk: 74–87. Hentet fra <https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa94/del-iii-1b.pdf>. Lest 02.12.2019.
2. Gjestland T, Moen E, Trier G. *En regional undersøkelse av dødeligheten i Oslo 1890–1940, Første del*. Rapporter 1954/44, Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1954.
3. Gjestland T, Moen E. *East is east, and West is west. En sammenliknende undersøkelse i Oslo øst og Oslo vest i periodene 1890–1940 og 1971–1980*. NIBR Rapport 1988:21. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning, 1988.
4. Rognerud M, Stensvold I, Thelle DS. Dødelighet av alle årsaker i regioner og bydelar i Oslo: Sammenlikning med utvalgte europeiske land. *Norsk Epidemiologi* 1998; 8: 21–8.
5. Dybendahl K, Skiri H. Klare geografiske forskjeller i levealder mellom bydelar i Oslo, *Samfunnsspeilet* 2005; nr. 6: 18–27.
6. Pedersen HE. Bør forventet levealder beregnes for små befolkninger? *Statistisk sentralbyrå Økonomisk analyser* 2/2011: 56–60.
7. Berntsen KN. Fortsatt store forskjeller i levealder i Oslo. *Samfunnsspeilet* 4/2013: 18–25.

8. Jenum AK, Stenvold I, Thelle DS. Differences in cardiovascular diseases mortality and major risk factors between districts in Oslo. An ecological analysis. *Int J Epidemiol* 2001; 30: 550-65.
9. Berntsen KN, Kravdal Ø. The relationship between mortality and time since divorce, widowhood or remarriage in Norway. *Soc Sci Med* 2012; 75: 2267-74.
10. Grundy I, Kravdal Ø. Reproductive history and morality in late middle age among Norwegian men and woman. *Am J Epidemiol* 2008; 67: 271-9.
11. Stambøl LS. *Flyttinger til og fra Oslos bydeler*. Statistisk sentralbyrå, Rapporter: 11/2013.
12. Preston SH, Gleit DA, Wilmoth JR. Contribution of Smoking to International Differences in Life Expectancy, i: Preston SH, Cohen B. (eds.) *International Differences in Mortality at Older Ages: Dimensions and Sources*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2010.
13. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2016. *Lancet* 2018; 392: 1015-35.
14. Folkehelseinstituttet. *Luftforurensingskriterier. Virkninger av luftforurensing på helse*. Rapport 2013: 9.
15. Helse og omsorgsdepartementet. *Strategi for å redusere radon eksponeringen i Oslo*. I-1144B, Oslo 25.04.2013.
16. King JM, Modalsli JH, Øverland S et al. Association of Household Income with Life Expectancy and Cause-Specific Mortality in Norway, 2005–2015. *JAMA* 2019; 321:1916–1925. doi: 10.1001/jama.2019.4329.
17. van Raalte AA, Kunst AE, Deboosers P et al. The contribution of educationally inequality on lifespan variation: Evidence from 10 European countries. *Population Health Metrics*, 2012, 10:3.
18. Bertsen KN, Kravdal Ø. The relationship between morality and time since divorce, widowhood or remarriage in Norway. *Soc Sci Med*, 2012, 75(12): 2267-74.
19. Naper SO, Dahl E. Sosialhjelpsmottageres dødelighet: I hvilken grad kan overdødeligheten tilskrive deres sosiale status? *Norsk Epidemiologi*, 2007, 17(1): 21-8.
20. Østby L. *Innvandrere i Norge – Hvem er de, og hvordan går det med dem?* Del I Demografi, Notater 2004/65, Statistisk sentralbyrå.
21. Aalandslid V. *Innvandrerers demografi og levekår i Groruddalen og Søndre Nordstrand*. Rapporter 2009/22, Statistisk sentralbyrå.

Per Halvor Vale,
førsteamanuensis (emeritus),
cand oecon, dr. agric, Handelshøyskolen, NMBU,
per.vale@nmbu.no
Mobil tlf.: 91522881

Takk til siviløkonom Marius Stornes for god hjelp ved databehandlingen, og til redaktør Magne Nylenna og en anonym fagfellevurderer for gode kommentarer til tidligere utkast og til redaktør Øivind Larsen for illustrerende bilder.

Planlegging for helse og trivsel i Groruddalen i Oslo

Michael 2020; 17: 477–509.

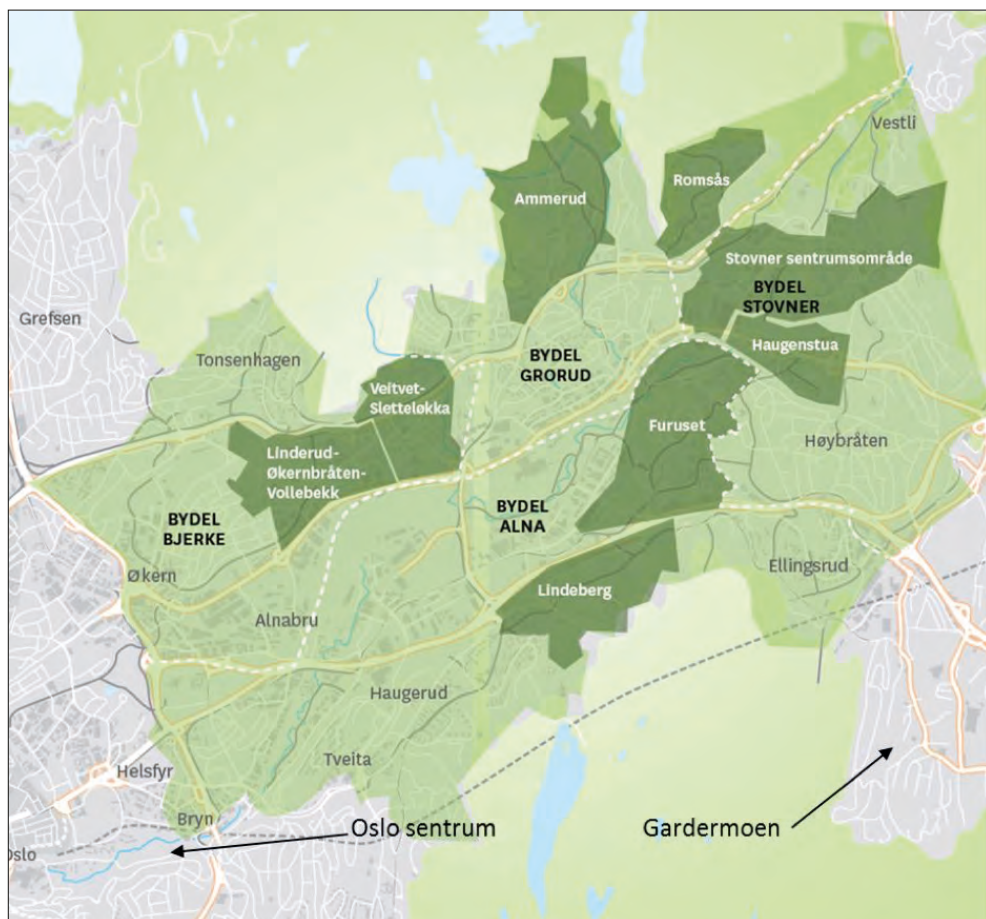
Groruddalen i Oslo har vært gjenstand for en egen satsing i regi av kommunen og staten i to perioder. Først i 2007–2016, og deretter en ny satsing for 2016–2025. Satsingene har hatt som mål å bidra til å styrke nærmiljøene i levekårsutsatte områder og utvikle bedre oppvekstsvilkår, utdannings- og sysselsettingstjenester. Som grunnlag for videre områdesatsinger ønsket Plan- og bygningsetaten i Oslo kommune en vurdering av hvilken forskningsbasert kunnskap som finnes om sammenhengen mellom omgivelsene og helsen. Arbeidet har tatt utgangspunkt i lokale erfaringer fra den første perioden i Grorudalssatsingen. I tillegg skulle det utvikles forslag til prinsipper for områdesatsingene og planlegging av nye områder i Oslo kommune. I artikkelen oppsummeres arbeidet som ble gjennomført og anbefalingene til Oslo kommune.

Oslo og Groruddalen

«Jeg er født i Oslo. På Aker sykehus. Bodd på Stovner hele livet. Jeg kjenner ikke det landet foreldrene mine kommer fra. Ikke i det hele tatt. Jeg kjenner Stovner. Gutter i hettegensere foran store blokker. Damer med hijab og barnevogn. Gamle nordmenn som røyker og spiller bingo. Det Stovner. Blokk-Stovner. Ikke hus-Stovner. Det er forskjell. Alle på Stovner vet det. Hus-Stovner er det stedet du går på epleslang. Blokk-Stovner er det stedet som gjør at Stovner er mørkerødt på Aftenpostens kart over bydelene i Oslo. Som en dråpe blod har truffet avispapiret».

(fra *Tante Ulrikkes vei*, av Zeshan Shakar 2017)

Slik beskriver Mo, en av hovedkarakterene i boken *Tante Ulrikkes vei*, området han vokser opp i. Teksten peker på hvordan det kan oppleves når stedet der du bor blir «hengt ut» i media og forskningsrapporter. Avveiningen er stigmatisering versus det å gå inn i et komplekst utfordringsbilde av et sted som trenger særskilt omsorg og oppmerksomhet og å finne noe som kan utløse potensialet i lokale ressurser.



Figur 1 Kart over bydelene og områdeløftene i hver bydel. Oversikt fra Sluttevaluering av Groruddalssatsingen utgitt av Byrådsavdeling for byutvikling (2016).

Groruddalen, fellesbetegnelsen for Oslos nordøstre bydeler, dekker omtrent bolig- og industriområdene som avgrenses av Østmarka i øst, Gjelleråmarka i nord, Lillomarka i vest, og en tenkt linje omtrent fra Bjerke via Økern til Bryn i sør. Området omfatter bydelene Bjerke, Alna, Grorud og Stovner, til sammen ca. 140 000 innbyggere (2016). Groruddalen, slik navnet brukes i dag, er av forholdsvis ny opprinnelse; det ble etablert i 1960 av redaktøren i Akers Avis da han skulle definere avisens utbredelsesområde geografisk.

Bydel Stovner har ca 30 500 innbyggere og et areal på 8,2 km². Bydel Grorud har et areal på 7,0 km² og ca 27 000 innbyggere. Bydel Bjerke har et areal på 7,7 km² og ca 32 500 innbyggere. Bydel Alna har et areal på 13,8 km²

og en befolkning på ca 50 000 innbyggere. 24 % (ca 33 500) av innbyggerne i Groruddalen er 18 år eller yngre. Andelen i Oslo som helhet er 20 %.

Hovedbanen ble anlagt gjennom Groruddalen i 1854. Det førte til etablering av ny industrivirksomhet. Industrivirksomheten og jernbaneforbindelsen førte også til en del boligbygging utenom gårdsbrukene fra slutten av 1800-tallet. Særlig gjaldt dette området mellom Trondheimsveien og Grorud stasjon, og fra omkring år 1900 Høybråten, som da ble utparsellert til småhusbebyggelse.

Groruddalen lå utenfor byområdet. Det medførte at bygningsloven ikke gjaldt, og bebyggelsen kunne plasseres og utformes friere enn i byen. Groruddalen var allikevel først og fremst et jordbruksområde helt fram til slutten av 1940-årene. Da startet utbyggingen av drabantbyene. I 1980-årene var mer enn en fjerdedel av Oslos befolkning bosatt i Groruddalen.

Tre hovedveier skjærer gjennom området, Trondheimsveien (Rv. 4), Østre Aker vei (Rv. 163) og Djupdalsveien (E6). Det er etablert mange transportkrevende funksjoner og bedrifter i dalen, blant annet Renovasjons- og gjenvinningsetatens anlegg på Brobekk/Haraldrud som genererer mye lastebiltrafikk. Alnabruterminalen beslaglegger et stort areal, og er sammen med jernbane- og T-banelinjene, sterke barrierer for ferdsel på tvers av dalen. Alnabruterminalen betjener gods fra hele landet. Terminalen ble etablert i 1907 og betjener i dag over en halv million containere i året. Industri-, lager- og logistikkvirksomhetene er etter hvert supplert med andre typer næringsbebyggelse og forretninger. Flere næringsbygg ble etablert på 1990-tallet, som IKEA på Furuset og de store varehusene i og ved Alnasenteret på Alnabru.

Dalsidene i Groruddalen er bebygd med boliger. Det er stor variasjon av ulike typer blokkområder: Høyblokker, lavblokker, rekkehus og eneboligområder. Groruddalen har boligområder med noen av de laveste og høyeste sosioøkonomiske beboergruppene i Oslo.

Befolkningstettheten i Groruddalen er på ca 3 800 innbyggere/km². Bydel Grünerløkka har en befolkningstetthet på ca 12 800 innbyggere/km². Befolkningstettheten i København er ca 15 000 innbyggere/km² og i Stockholm ca 5 100 innbyggere/km².

Vårt oppdrag

Plan- og bygningsetaten i Oslo kommune utlyste høsten 2018 oppdraget *«Hvordan kan byplanleggingen understøtte en positiv, helsefremmende utvikling i utsatte områder?»*. Tiltaket var finansiert av Helsedirektoratet som en del av Nærmiljøprogrammet i Grorudalssatsingen. Det skulle dokumentere den forskningsbaserte kunnskapen om sammenhengene og den gjensidige



Figur 2: Dimensjonene og plasseringen av boligblokkene sprenger den menneskelige skalaen vi forbinder med den tradisjonelle byen. Haugenstua borettslag består av 882 leiligheter. (Foto: Gunnar Ridderström 2019)

påvirkningen mellom et områdes sosiale bærekraft, de generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelsene og befolkningens helse. Prosjektet var koblet til Oslo kommunes områdepolitikk og skulle gi kunnskap om hva som fungerer forebyggende i områder som i dag ikke er utsatte, og gi kunnskap og prinsipper som er relevante for planlegging av nye boligområder.

Prosjektet skulle frambringe kunnskap om hvordan arealplanleggingen kan påvirke folkehelsen og et områdes sosiale bærekraft gjennom ulike plangrep og fysiske tiltak, samt ulike måter å gjennomføre planleggingen på, f.eks. ved beboerinvolvering av forskjellig grad. Kunnskapsgrunnlaget skulle brukes i planlegging av eksisterende områder med sammensatte utfordringer, og i planlegging av nye byområder.

Prosjektet tok utgangspunkt i at arealplanlegging og byforming kan påvirke folkehelse og sosial bærekraft ved å legge til rette for kvaliteter som kan øke fysisk og sosial aktivitet, og bidra til at stedet får kvaliteter som kan kompensere for levkårsulemper hos individer og familier. Vår oppgave var å utarbeide en oversikt over relevant forskning og annen litteratur som

omhandler folkehelse og sosial bærekraft i kontekst av arealplanlegging og områdeløft, og som er relevant for byutvikling i Oslo.

Evalueringene som er gjennomført innenfor Groruddalssatsningen, og erfaringer fra områder med sammenlignbare problemstillinger og overførbare forutsetninger i Europa og de nordiske landene, skulle også dokumenteres.

I tillegg til litteraturgjennomgangen skulle det gjøres en egen innsamling av data og kartlegging av erfaringer fra pågående og tidligere arbeid i bydelene i Groruddalen. Det skulle innhentes informasjon fra aktørene som har vært involvert i områdeløftene, for å få oversikt over praktiske erfaringer om hvordan og hvorfor noen fysiske tiltak har positiv effekt, mens andre ikke har det. Oppdraget skulle inkludere intervjuer med representanter fra bydelene, og kartlegging av bruk og tilfredshet med opparbeidede tiltak fra brukernes perspektiv.

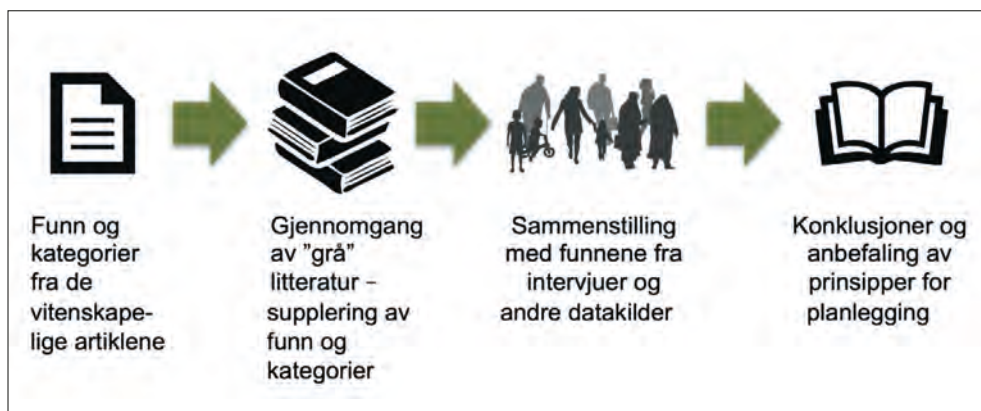
Det ble også gjennomført intervjuer i de enkelte bydelene, både med bydelsadministrasjonene og beboere. Vi fikk bistand fra bydelene til å finne intervjuobjekter. Disse omfattet representanter for lag og foreninger, styrer i borettslag, ordinære beboere og ungdommer. Det ble også foretatt en intervjurunde på T-banestasjonen ved Ammerud med reisende fra T-banen. Intervjuene ble anonymisert før de ble oppsummert.

Som grunnlag for analysen av det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget ble 24 systematiske studier valgt ut etter et grundig litteratursøk. Artikkelen fordelte seg på temaene helse og fysisk aktivitet (7 studier), helse og grønnsstruktur (6 studier), helse og bygde omgivelse (5 studier), mental helse og fysiske omgivelser (4 studier), helse og vegbygging (1 studie) og helse og sosial ulikhet (1 studie). De systematiske studiene omfattet totalt 836 forskningsartikler.

Det ble gjort systematiske søk etter norsk, svensk, dansk og tysk «grå» litteratur om områdesatsing og tilhørende kunnskapsgrunnlag. Den grå litteraturen var et supplement til den forskningsbaserte oversikten, i tillegg til at den dannet grunnlaget for en oppsummering av erfaringene med områdesatsinger i Sverige, Danmark og Tyskland. 29 av de 58 tilgjengelige rapportene og evalueringene av Groruddalsatsingen ble også gjennomgått.

Groruddalen og modernismens planleggingsprinsipper

Modernisme er betegnelsen på et sett med planleggingsprinsipper som ble utviklet på 1930-tallet, og om ble nedfelt i et charter underskrevet av Europas ledende arkitekter i 1933 (Athen-charteret). Hovedprinsippene er at ulike funksjoner som boliger, industri, rekreasjon og transport skal skilles fra hverandre og at boligene bygges bygges som frittstående bygg for å



Figur 3: Arbeidsgangen i prosjektet. Funnene fra de vitenskapelige artiklene ble supplert med rapporter og annen «grå» litteratur. Sammen med intervjuene med de ansatte i bydelen og beboerne i bydelene dannet det grunnlaget for konklusjoner og anbefalinger om prinsipper for helsefremmende planleggingsprinsipper. (Illustrasjon: Gunnar Ridderström.)

slippe til lys og luft. Det ble lagt vekt på effektiv transport, blant annet ved å legge til rette for bilbruk, og tilgang til rekreasjonsarealer fra boligene.

Den store utfordringen i etterkrigstiden var å skaffe nok boliger med god kvalitet til en kostnad som vanlige folk hadde råd til. I Groruddalen er områdesatsingene knyttet til drabantbyene som ble bygget fra 1960-tallet og fremover.

De første drabantbyene i Oslo hadde en hierarkisk oppbygging som bærende idé. Den enkelte bolig var definert inn i et nabolag som var knyttet til et senter som skulle fungere som samlingspunkt for beboerne. Senteret lå i tilknytning til T-banen som var forbindelsen til Oslo sentrum. Alle nabolagene skulle ha lett tilgang til friområder og gangavstand til senteret. De første drabantbyene på 1950-tallet besto nesten utelukkende av lav blokkbebyggelse (3-4 etasjer), eventuelt i kombinasjon med tomannsboliger. Fra 1960-tallet og utover, da byggingen ble mer industrialisert, ble blokkbebyggelsen den dominerende bygningstypen i drabantbyene.

En av hovedidéene bak modernismens planleggingsprinsipper var tilgangen til lys og luft i boligene og nærhet til naturen. Lekeplassene, friarealene og senteret var sentrale deler av tilbudet til beboerne. De offentlige institusjonene, som skole og idrettsanlegg var en del av den funksjonelle helheten i drabantbyene. Det som kunne bidra til lokalsamfunnet, som sportslige aktiviteter, lokal handel og sosiale møteplasser skulle ligge i tilknytning til boligområdene (1).



Figur 4: Groruddalen mot syd sett fra Nordtvedt. Det gamle gårdsbruket, nå blant annet sosial møteplass og med offentlige institusjoner og et stort hagesenter, sees til høyre i bildet. På den andre siden av nærings- og transportarealene i dalbunnen viser bildet blokkbebyggelsen i motsatt dalside. (Foto: Øivind Larsen 2019)

Sentrene i drabantbyene skulle sørge for de daglige behovene knyttet til handel og service. Forbindelsene til sentrum skulle være gode, slik at veien var kort dersom man trengte noe utenom det alminnelige, det være seg kultur eller handel. Dette er en av årsakene til at den kollektivtrafikken i Groruddalen går langs, og i liten grad på tvers, av dalen. T-banen skulle sikre en effektiv forbindelse mellom drabantbyene og Oslo sentrum.

De første drabantbyene var planlagt med minimal biltrafikk. Det var først etter 1960, da bilen ble frigitt fra rasjonering, at bilen ble en dominerende faktor i planleggingen. Ingen kunne forutse hvor viktig bilen kom til å bli i planleggingen, så planleggerne la til grunn at arealene mellom blokkene skulle være områder for sosiale aktiviteter.

En del funksjoner var tenkt lokalisert i drabantbyen, mens andre måtte man til det historiske sentrum av byen for å få tak i. Planleggingen var preget av eksperter som mente å vite hva som var bra. Utbyggingen foregikk i offentlig regi, med arkitekter, ingeniører og byplanleggere som de mest fremtredende fagfolkene (1).



Figur 5: Grorud senter i 1964. Kvartalet foran høyblokken rommer butikker og sosial service. Ennå er det lite behov for parkeringsplasser. Personbiler ble først frigitt for alminnelig salg i 1960. (Fra Oslobilder, ukjent fotograf.)

Tiltroen til at de fysiske omgivelsene kunne forme menneskenes sosiale adferd var stor, og derfor også troen på at et fysisk godt sted ville skape samfunnsnyttige mennesker. Derfor var utviklingen av Groruddalen også utviklingen av det nye Norge. Drabantbyen representerte framtiden fordi den var et brudd med fortiden.

Drabantbyene var ny boligpolitikk sammenliknet med indre by. Mens sentrum var trangbodd og preget av dårlige levekår, skulle de nye drabantbyene løfte folket ut av elendigheten ved å gi dem lys, luft og gode boliger. Drabantbyen svarte på bolignøden med en helt ny bystruktur, store boligfelt og en massiv utbygging av kollektivtransporten. I 1950 og 1960-tallets drabantbyer var det da også gleden og optimismen som rådet. Boligmangelen gjorde situasjonen vanskelig for mange familier, og de som er så heldig å få tildelt en leilighet, opplevde at de hadde all grunn til å juble (1).

Planleggeren hadde den mest sentrale rollen i byutviklingen, og fagligheten var preget av idealer om vitenskapelighet, livsform og arkitektur (2). Arkitekten og planleggeren ble *organisatoren* som kunne håndtere samfun-

nets transformasjon (1). Behovet for boliger var stort, og med ny teknologi kunne drabantbyene bygges høyere, fortere og med færre folk involvert enn tidligere.

1960-tallets drabantby

Effektivitet, rasjonalitet og kvantitative mål var styrende for utbyggingen utover på 1960-tallet. Boligbehovet i befolkningen var fremdeles stort. Det fantes tilgang på kommunale tomter og boligbygging var ansett som en offentlig oppgave. Saksgangen ble rask, og veien fra idé til ferdig bygget resultat var kort.

Med sine monumentale bygninger plassert ut i et «nøytralt landskap», styrt av byplanleggere med et perspektiv som minnet mer om fuglens enn om fotgjengerens, kom den internasjonale diskursen om god byplanlegging til å prege norsk bypolitikk. På Tveita foreslo sjefsarkitekt Frode Rinnan (1905-97) opprinnelig 20 etasjer, men etter en del frem og tilbake ble dette redusert til tolv. Etter stor motstand måtte denne store boligblokken, som etter planen var sammenhengende, deles i tre for å bryte opp inntrykket av en lang mur. Bygningenes utforming på denne tiden, og deres plassering i forhold til hverandre, skaper et tydelig skille mellom offentlig og privat (1).



Figur 6: Tveitblokkene i dag. De tre blokkene er formet med to volumer for å bryte ned de store dimensjonene. (Foto: Gunnar Ridderström 2019)

Det var det fysiske landskapet, topografien og naturforutsetningene som var de viktigste utgangspunktene for planleggerne og arkitektene. De nye drabantbyene ble utformet med utgangspunkt i disse elementene. At det sosiale livet ble antatt å kunne formes på en forutsigbar måte gjennom en vitenskapelig anlagt arkitektur og byggeskikk, ga planleggerne og arkitektene et nærmest ubegrenset mandat.

Groruddalen skulle bidra med kvaliteter som indre by manglet, men utover på 1960-tallet tiltok beboernes og politikernes skepsis mot prinsippene planleggerne og arkitektene la til grunn. Trafikkbelastningen kom tydeligere på dagsordenen. Flere beboere stilte seg etter hvert tvilende til om drabantbyen kunne tilfredsstillе deres behov i hverdagslivet (1).

1970-tallets drabantbyer

På 1970-tallet var ikke bolignøden lenger så presserende, og den sto ikke lenger øverst på saklisten i den norske byplanleggingen. Det ble mer oppmerksomhet rundt beboerne og deres sosiale liv. Arbeidsinnvandringen økte og en større andel kvinner tok seg jobber utenfor hjemmet. Etterkrigstidens hjemmевærende husmor forsvant som dominerende skikkelse i drabantbyens hverdagsliv (1).

For Groruddalens del ble særlig utgivelsen av den såkalte «Ammerudrapporten» førende for kritikken av drabantbyene (3). Rapporten kritiserte tankegangen som hadde vært førende for planprosessene på 1960-tallet og den sammenfalt med en bredere og mer generell samfunnskritikk med utspiring i amerikanske forhold.

Arkitektene og planleggerne hadde sett de store utbyggingsprosjektene som svaret på boligutfordringen. Kritikken mot planprinsippene anså størrelsen på bygningene som en av årsakene til problemene i drabantbyene (1). Kritikken mot modernismens planprinsipper økte utover på 1970-tallet.

Drabantbykritikken førte til en omvurdering av skala og en revitalisering av nabolagsenheten som kjerne i 1970-tallets boligutbygging. Boligområdene ble mindre unisone enn i de foregående tiårene. Det ble fremdeles bygget høyt, selv om idealet om en tett og lav bebyggelse etter hvert vokste fram. Mens Ammerud representerer en rasjonell og maskinell tilnærming til landskap og byggeprosess, ble planleggingen av Romsås preget av brukerinvolvering og diskusjoner om sosiale forhold. Alt fra skoleutbygging til navnsetting fikk en helt annen plass i planprosessen på Romsås enn på Ammerud, selv om boligblokkene til syvende og sist ble høye begge steder (1).

Etter hvert dreide diskusjonen om Groruddalen fra å være en forståelse for drabantbyutbyggingen som en del av Oslos byutvikling, til å betraktes som frittstående boligområder med mindre tilknytning til resten av bylivet.



Figur 7: Romsås ligger adskilt fra de andre drabantbyene i Groruddalen, og er bare forbundet med en bilvei og T-bane. Avstanden til de andre bydelene er for lang (og bratt) til å ferdes til fots eller på sykkel. I tillegg til avstanden er store barrierer i form av veier og jernbane hindre for ferdsel til fots og på sykkel. (Foto: Gunnar Ridderström 2019)

Etter hvert fikk kritikken også en mer prinsipiell karakter, der hele byplanleggingspraksisen ble satt under lupen. I den videre planleggingen og utbyggingen av drabantbyene suppleres boligene med sosiale og fysiske initiativ som skal oppmuntre til, og ivareta, nabolaget som en nærmiljøarena. Eksempler på drabantby-utbygging i Groruddalen på 1970-tallet er Romsås, Furuset, Lindeberg, Stovner og Karihaugen.

Både på Romsås og Furuset var det stor interesse for mellomrommene mellom husene. Sosiale aktiviteter i uterommene skulle bedre barns oppvekstvilkår i drabantbyene. Nabolaget, lokalsamfunnet, tunet, grenda og de små boenhetene stod i sentrum for vurderingene som ble knyttet til fysisk utforming. Optimismen var fremdeles stor, Groruddalen skulle bli de mange småsamfunnenes sted, og et sted som svarte på kritikken ved å bygge lokalsamfunn der alle kunne trives.

Utover på 1970-tallet preget ungdommens utfordringer mer av debatten om Groruddalen. Flere artikler fortalte om ungdommens problemer, rus, bråk og voldelige slagsmål på T-banen. Ungdom fikk i stor grad skylden for at gamle normer og levesett syntes å bryte sammen. Etter hvert ble utformingen av drabantbyen sett på som den indirekte årsaken.

Etter hvert som tiden gikk, dreide diskusjonen rundt drabantbyene fra de fysiske omgivelsene og mot en særlig beboergruppe, nemlig de utenlandske arbeidsinnvandrere. De representerte et nytt sett med utfordringer, og framstilles i større grad som eiere av Groruddalens problemer. Nå er det ikke lenger arkitekturen eller boligutbyggingen som er problemet, men i økende grad menneskene, og særlig ungdommen, i drabantbyene (1).

1980-tallets drabantbyer

Drabantbyens arkitektur og utforming betraktes som en svært uheldig i kombinasjon med store barne- og ungdomskull. Ungdomsproblemer i Groruddalen opptar etter hvert mer og mer spalteplass i avisene (1). Den moderne arkitekturen ble fremstilt som et overgrep som gjør menneskelige relasjoner vanskelige eller umulige. Fra midten av 1970-tallet og utover på 1980-tallet knyttes problembeskrivelsen av Groruddalen til ungdom, kriminalitet og narkotika.

Mens Groruddalen framsto som en kjede av «riktige valg» i begynnelsen av utviklingen, framstår den etter hvert som et sted preget av at man har gjort «feil valg». Ungdommen gjør gale ting, arkitekturen er mislykket, framveksten av privatbilismen kveler det grønne, og til sammen er det et negativt bilde som er i ferd med å feste seg. På 1980-tallet blir Groruddalen først og fremst beskrevet som et sted med store ungdoms- og narkotikaproblemer, og i 1988 slår Aftenposten rett og slett fast at «ensomhet er de unges bane i Groruddalen» (Aftenposten 20.08.1988 i (1)).

De store utbyggingene ellers på 1980-tallet, var Søndre Nordstrand og drabantbyer som Holmlia, Hauketo og Klemetsrud, og noe senere utbyggingen på Mortensrud.

I Groruddalssatsingen er det pekt ut fire områder innad i Groruddalen som regnes for ha spesielle utfordringer. Disse er Veitvet fra 1950-tallet, Haugenstua fra 1960-tallet og Furuset og Romsås fra 1970-tallet.

Groruddalen ble pekt ut som et innsatsområde ut fra en politisk vurdering av hva som er problemet med drabantbyene: Store innvandergrupper (etnisitet), raske demografisk endringer, gryende levekårsforskjeller mellom Groruddalen og resten av byen, dårlig omdømme og sonedelte byplaner med lite rom for diversitet (1).

Groruddalen i dag

Groruddalen består av bydelene Alna, Bjerke, Grorud og Stovner nordøst i Oslo og har ca. 140 000 innbyggere, om lag en femtedel av hele Oslos befolkning. Bydelene har stor indre befolkningsvariasjon både på delbydel- og grunnkrets nivå. Mangfoldet i befolkningen forklares blant annet i nyere innvandrings- og flyktningspolitikk og endringer i bosettingsmønster. Gentrifisering i sentrale deler av Oslo, som er prosesser hvor arbeiderklassestrøk blir forvandlet til bydeler for mer velstående befolkningsgrupper, fører til at den opprinnelige befolkningen flytter ut, bl. a. på grunn av økende boligpriser. «Konsekvensene av prisveksten i sentrum var at områder i Groruddalen i stadig større grad representerte de billigste alternativene på bolig-



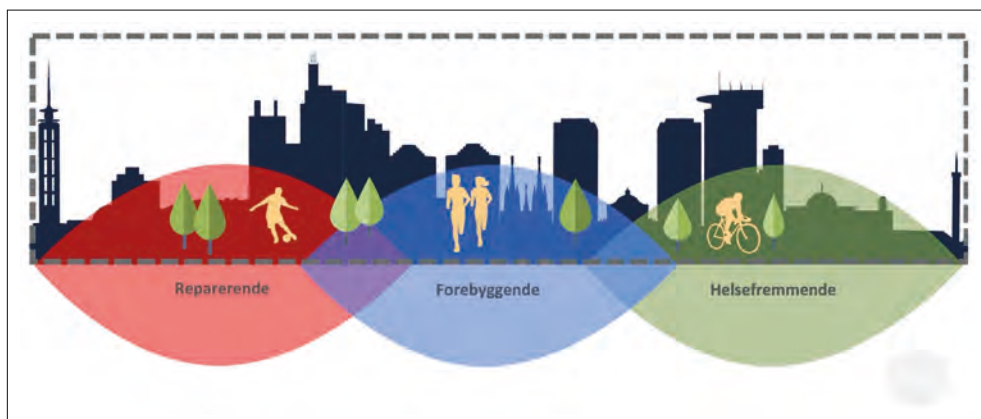
Figur 8: Romsås ligger øverst i Groruddalen med marka i umiddelbar nærhet. Området mellom blokkene er bilfritt og det er store skogarealer mellom de ulike nabolagene. Nabolagene skiller seg klart fra hverandre. De skulle bidra til oversiktlige forhold for den enkelte beboer. (Flyfoto av Romsås fra 1976, Oslobilder, ukjent fotograf.)

markedet i Oslo. Dette førte videre til at andelen av befolkningsgrupper med lav betalingsevne økte i Groruddalen.» (4).

Delbydeler med levekårsvariabler og boligpriser tilsvarende Oslo Vest kan grense til delbydeler der utdannings- og inntektsnivået er mye lavere enn snittet i Oslo, og der flere har svak tilknytning til arbeidslivet og er avhengig av trygdeytelser.

De mest utsatte områdene i bydelene omfatter mer enn levekårsproblematikk. Fellesnevneren for de mest utsatte områdene er at de skårer samlet lavt på variablene levekår og demografi, boligrelaterte forhold, fysiske forhold som kvalitet på uteområder eller kvalitet i bygningsmassen, sosialt liv, og graden av offentlige og private tilbud i lokalmiljøet (5).

Foruten de sosiale problemene som er knyttet til levekår, er mange av de fysiske utfordringene knyttet til vekst i biltrafikk. Støy og forurensning langs hovedveiene, barrierer på tvers av dalbunnen, vanskelige parkeringsforhold i boligområdene og ulovlig kjøring på gangveier, er store utfordringer også helsemessig. Vekst i skinnegående godstransport har satt sitt preg på arealutnyttelsen i dalbunnen gjennom Alnabruterminalen. I tilknytning



Figur 9: Forholdet mellom reparerende, forebyggende og helsefremmende perspektiver på utformingen av de fysiske omgivelsene. I Groruddalen foregår planleggingen på alle de tre nivåene. (Illustrasjon: Gunnar Ridderström)

til terminalen har det etablert seg en flora av aktører som driver innenfor transport, spedisjon og lagervirksomhet (4).

Områdesatsing i statens politikk

Meld. St. 18 (2016–2017) *Berekraftige byar og sterke distrikt* la vekt på at områdesatsingene er viktige for å bidra til inkludering og likeverdige levekår i utsatte byområder. Områdesatsingene er tilpasset utfordringene i de enkelte områdene og kommunene har valgt ulike måter å innrette og organisere samarbeidet på. Felles for satsingene er at de skal bidra til en varig forbedring av tjenester og nærmiljøkvaliteter der behovene er størst. I områdesatsingene arbeides det blant annet med:

- opprusting av bo- og nærmiljø, møteplasser og kulturaktiviteter,
- bedre integrering av innvandrere,
- bedre resultater i grunnskolen,
- å redusere frafallet i videregående skole,
- å få flere i arbeid,
- å minske kriminaliteten
- å styrke folkehelsen.

Områdesatsingene er en ekstrainsats som skal bidra til å utvikle nye arbeidsformer og metoder for oppgaveløsning på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. De skal ikke erstatte ordinær drift, men på sikt bidra til mer effektive og varige løsninger som er tilpasset behovene i områdene som omfattes av

ordningen. Staten har i dag avtale med Oslo, Drammen, Stavanger og Bergen kommune om et samarbeid om områdesatsing i utvalgte områder.

Områdesatsingen innebærer at statlige tilskuddsordninger øremerkes og at tilskuddene og andre virkemidler koordineres og sees i sammenheng med kommunal innsats.

Områdesatsing er et virkemiddel for å bedre miljø, boforhold og levekår i et avgrenset geografisk avgrenset byområde med store levekårsutfordringer. Utsatte lokalområder forstås som områder med sammensatte utfordringer, knyttet til både fysiske og sosiale forhold. Utfordringene kan dreie seg om alt fra trafikkbelastninger, nedslitte uteområder og få private og offentlige tilbud, til stor inn- og utflytting, ustabile sosiale nettverk, utrygghet og mangel på gode møteplasser.

Områdene i Oslo kjennetegnes i tillegg ved en konsentrasjon av ulike former for levekårsproblematikk. De utsatte områdene har hatt utfordringer knyttet til lav sysselsetting, barnefattigdom og trangboddhet. Slike områder risikerer å komme inn i nedadgående spiraler som fører til at områdene over tid sakker ytterligere akterut i forhold til resten av byen.



Figur 10: Romsås senter. Det har vært vanskelig å holde aktivitet i lokalene i første etasje. Senteret oppleves utrygt av mange. Alle fra nordre del av Romsås må gjennom eller forbi senteret for å komme til T-banen. (Foto: Gunnar Ridderström 2019)

For å sikre en fortsatt positiv utvikling i de mest utsatte områdene vil det være behov for å bygge videre på den innsatsen som allerede er gjennomført som del av Groruddalssatsingen. Arbeidet med satsingen har gitt ny kunnskap om hvordan områderettede satsinger kan være effektive og hensiktsmessige. En sentral erfaring er at denne typen komplekse utfordringer i et område ikke kan løses av én sektor alene. For å sikre en positiv utvikling i de mest utsatte lokalområdene kreves det derfor en koordinert bruk av både statlige og kommunale virkemidler innenfor ulike sektorer.

Staten og Oslo kommune startet i 2007 Groruddalssatsingen som et tiårig samarbeid for å forbedre miljø- og levestandard i Groruddalen. Satsingen har gitt gode resultater og bidratt til å styrke viktige kvaliteter i de fire bydelene. Til tross for dette er det fortsatt lokalområder i Groruddalen som står overfor betydelige utfordringer. Områdene kjennetegnes av komplekse fysiske, miljømessige og sosiale problemer som trenger løsning, en konsentrasjon av lavinntektsgrupper og av behov for bedre integrering.

Områdesatsingene er et spleiselag mellom opptil syv ulike departementer og kommunene. Departementene øremerker midler til områdesatsingene i de årlige bevilgningene gjennom statsbudsjettet. Det forutsettes et samarbeid der departementene setter av midler i de ordinære budsjettprosessene til områdesatsingene. Kommunal- og moderniseringsdepartementet koordinerer den statlige innsatsen.

Arbeidsmåten som har utviklet seg i Groruddalssatsingen gjennom årene, sammenfaller, ifølge *Utredning om statlig områderettet innsats i Norge* fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet i 2018, i stor grad med den tilnærming en burde velge for å ta tak i en «samfunnsfloke». Samfunnsfloker med sammensatt karakter utfordrer den tradisjonelle sektormodellen som ligger til grunn for offentlig oppgaveløsning. Sektorenes avgrensede perspektiv gir ikke rom for å finne gode løsninger. Det er nødvendig å finne nye måter å jobbe på tvers av sektorer og nivåer.

I 2019 bevilget Stortinget i alt 221 millioner kroner til områdesatsingene. Totalt ble det bevilget nesten 143 millioner kroner til områdesatsning i Oslo: 44 millioner til Groruddalen, nesten 42 millioner til Oslo indre øst og 60 millioner til Oslo sør.

Områdesatsing i Oslo kommune

Bystyret vedtok i 2017 et eget politikkområde for utsatte områder i Oslo. Politikken skal sørge for at negativ utvikling i byens områder fanges opp tidlig, og at det raskt iverksettes tiltak som kan bidra til positiv utvikling i de aktuelle områdene. Områdepolitikken skal også være forebyggende, blant

annet ved at man i planlegging av fremtidige byutviklingsområder ser på langsiktige sosiale konsekvenser av byutvikling og boligpolitikk.

Politikkområdet gir byrådet et samlet, tverrsektorielt grep for å følge opp de mest utsatte lokalområdene i Oslo. Områdepolitikken skal bidra til at alle lokalområder i Oslo oppleves som gode og trygge steder å bo og vokse opp.

I Oslo omfatter områdesatsingene tre hovedområder: Nærmiljø, oppvekst og utdanning og sysselsetting. Målene skal nås gjennom tre hovedstrategier:

1. Etablere et system for å følge med på utviklingen i alle lokalområder i Oslo.
2. Gjennomføre helhetlige og koordinerte innsatser i særlig utsatte lokalområder.
3. Motvirke en fremtidig negativ utvikling i andre etablerte eller nye boligområder.

Strategi 3 skal være forebyggende ved å motvirke negative utviklingsprosesser i områder som i dag ikke er blant de mest utsatte. Den er særlig viktig og aktuell nå, med stor boligbygging og omfattende byutviklingsprosjekter. Strategien vil blant annet handle om hvordan vurderinger av langsiktige sosiale konsekvenser for lokalområder skal inngå som del av byutviklingsprosessene og utvikling av boligpolitiske strategier.

Forskjellen på en områdesatsing og et områdeløft

Begrepet *områdesatsing* er en generell betegnelse for tidsavgrensede og helhetlige ekstrainsatser i områder med sammensatte utfordringer. En områdesatsing kan inneholde flere områdeløft. *Områdeløft* betegner innsatser i et lokalområde som er på størrelse med en delbydel. Mens et områdeløft skjer innenfor et relativt lite fysisk område, har en områdesatsing et større geografisk nedslagsfelt. Områdesatsingen kan spenne over flere bydeler og den kan inneholde flere områdeløft.

Områdeløft gjennomføres i lokalområder som skårer betydelig lavere enn Oslo-snippet på ulike levekårsvariabler. Andre kjennetegn kan være at det finnes utfordringer knyttet til fysiske og sosiale forhold, slitt bygningsmasse eller mange tomme lokaler. Utfordringene er sammenvevde, og krever samarbeid på tvers av sektorer og fagområder. I områdeløft følger man en metodikk som Oslo kommune har utviklet i samarbeid med Husbanken i forbindelse med Groruddalssatsingen.

Områdeløftmetodikken handler om hvordan kommunen kan gjennomføre kunnskapsbaserte og tverrsektorielle innsatser i utsatte lokalområder gjennom samarbeid med lokalbefolkning og private og statlige aktører.

Metodikken er dokumentert i rapporten *Innsatser i utsatte byområder – erfaringer fra Groruddalsatsingen*. Denne rapporten er tatt inn som pensum på høyskoler med sosionom- og arkitektstudier.

Områdeløftmetodikken videreutvikles kontinuerlig, både for å gi et større repertoar av virkemidler, utvikle bydelenes samfunnsutviklerrolle og styrke kommunens evne til å jobbe helhetlig på tvers av sektorer og fagområder.

Evalueringsene av Groruddalsatsingen

29 tidligere evalueringer og rapporter om Groruddalen er gjennomgått som del av prosjektet. Perspektivet i gjennomgangen er hvordan innsatsen og resultatene knyttet til helse og trivsel ble vurdert i de tidligere evalueringene (6). I tillegg ble dagens politiske vedtak om planlegging for bedre folkehelse gjennomgått (7). Det ble også gjort en gjennomgang av områdesatsing i Danmark (8), Sverige (9) og Tyskland (10).

Groruddalsatsingen 2007–2016 grep fatt i en del grunnleggende strukturelle samfunnsforhold som påvirker levekårsforhold på lang sikt. Virkningene er vanskelige å dokumentere, og en rekke av prosjektene har en indirekte og tilretteleggende funksjon i et levekårsperspektiv: Sykkeltier, turveier, parkområder, møteplasser og badeplasser er velferdsgoder som hever livskvaliteten for folk som bor i området, og som bidrar til å øke folks utfoldelsesmuligheter.

Fra bydelene understrekes det at den sterke satsingen på fysiske tiltak hadde til hensikt å sikre varige effekter av satsingen. Aktivitetsskapende tiltak som arrangementer m.m. er mer sårbare for endringer over tid. Samtidig ble aktivitetsskapende tiltak sett som en svært viktig del av bydelenes arbeid. Å utvikle sosial kapital gjennom nye nettverk og arenaer i et aktivt lokalsamfunn skulle bidra til blant annet å opprettholde tiltak og arrangementer over tid etter at satsingen var over (11).

Tiltak for bedre folkehelse ses i sammenheng både med fysiske og sosiale tiltak. Effektene av Groruddalsatsingen på folkehelse må derfor ses på tvers av programområdene. En utfordring i evalueringen av Groruddalsatsingen er at effektene på folkehelse både tar lang tid før de materialiserer seg, og er vanskelige å dokumentere gjennom klare måleparametere eller indikatorer. Forskingen gir heller ikke klare svar på hva som er årsaker og virkninger mellom omgivelsene, sosiale forhold og befolkningens helse. I tillegg er det av personvern hensyn vanskelig å få tak i data på tilstrekkelig finmasket nivå til å gjøre vurderinger av enkelttiltak.

Å måle synergieffekter mellom tiltak er enda vanskeligere. Slike målinger har som regel vært basert på indikatorer. Befolkningen vil også endre



Figur 11: Lampa på Haugenstua som er omtalt i Zeshan Shakars roman «Tante Ulrikkes vei». Lampa er et tiltak for å skape identitet og et samlingspunkt for beboerne på Haugenstua. (Foto: Gunnar Ridderström 2019)

seg gjennom inn- og utflytting i områdene, noe som gjør det utfordrende å måle endringer over tid på en konsistent måte.

Tiltakene i Groruddalsatsingen vedrørende folkehelse har vært en blanding av fysiske tiltak rettet mot befolkningen generelt, og tiltak overfor spesielle grupper i form av mer informasjon og holdningsskapende aktiviteter. Det er lettere å dokumentere effekten av tiltakene rettet mot spesielle grupper, og slike tiltak gir større effekt for enkeltindividene på kort sikt. Det er vanskeligere å få en konkret beskrivelse av hva effektene for folkehelse er for befolkningen som helhet. Dette er en utfordring innenfor alle områdesatsingene, både i Norge og utlandet, og lar seg neppe løse med dagens metoder og datatilgang.

I noen av evalueringene som er gjennomført er det gjort noen overordnede vurderinger av hvilke fysiske elementer som påvirker befolkningens helse. Tiltakene kan grovt grupperes slik:

- Parker, grøntområder og rekreasjonsarealer som gir grunnlag for økt fysisk aktivitet og fungerer som møteplasser for befolkningen.

- Sosiale møteplasser i form av lokaler til lag og foreninger og til organiserte aktiviteter som bringer beboerne sammen.
- Identitet og stolthet over eget boområder. Dette ses i sammenheng med omdømmet Groruddalen og de enkelte delområdene har i befolkningen i Oslo forøvrig.
- Informasjon og holdningsskapende arbeid for å spre kunnskap om tilbudene og kvalitetene i Groruddalen, og for å øke bruken av dem. Mer kunnskap og endrede holdninger er trukket frem som en viktig effekt av Groruddalsatsingen.
- Kommunikasjon med offentlig transport, på sykkel og til fots som gir tilgang til aktiviteter og områder for fysisk og sosiale aktiviteter.
- Trygghet knyttet til ferdsel og opphold, særlig på kvelds- og nattestid, som påvirker aksjonsradiusen og aktivitetene.

Betydningen av kvaliteten på barnehager og skoler som sosiale institusjoner og møteplasser for befolkningen i Groruddalen er lite omtalt i evalueringene som er gjennomført, men har kommet fram som et viktig tema i intervjuene med beboerne.

To forhold som vi hadde forventet omtalt, men som bare sporadisk er nevnt i evalueringene, er miljøbelastninger som støy og luftforurensning, og tilgang til arbeid. Groruddalen er sterkt belastet av transport både på veg og jernbane, og flere evalueringsrapporter omtaler utfordringene med å få de statlige etatene på banen. Tiltak som ble gjennomført var stort sett av reparerende og avbøtende karakter. I tillegg er mange vi har intervjuet opptatt av påvirkningen fra enkelte befolkningsgrupper, særlig rusmisbrukere og psykisk syke, og effekten av stor gjennomtrekk blant beboerne (stor inn- og utflytting).

I midtveisevalueringen av Groruddalsatsingen (12) omtales arbeidets betydning både for helse, kompetanseutvikling, integrasjon, trivsel og økonomi, og at en kunne forvente at sysselsetting var kjernen i hele Groruddalssatsingen. I evalueringen nevnes det at mange av tiltakene i Groruddalssatsingen på sikt vil kunne bidra til økt sysselsetting, men det er få eller ingen tiltak rettet spesifikt mot å skape arbeidsplasser. I både de svenske og tyske områdesatsingene er etablering av arbeidsplasser sett på som et svært viktig virkemiddel for å bedre folkehelse, og å øke integreringen av marginaliserte befolkningsgrupper.

Fysisk aktivitet er den viktigste indikatoren for å vurdere virkningen på den fysiske helsa. Mye forskning viser at parker og rekreasjonsområder er svært viktige, ikke bare for folks trivsel og helse, men også for boligpriser og eiendomsverdi, og at parkene er med på å bygge lokal identitet og



Figur 12: Utformingen av arealene mellom boligblokkene gjør det ofte vanskelig å vurdere hva som er offentlige, halvoffentlige, halvprivate og private soner. Det påvirker hvordan arealene brukes, og hvem som er villige til å vedlikeholde dem. (Foto: Gunnar Ridderström 2019).

omdømme for stedet, og gjør folk stolte av å bo i Groruddalen (12). I *Glimt fra Groruddalsatsingen 2007–2016* (13) beskrives betydningen av parker og rekreasjonsarealer slik: «Å ha tilgang på gode grøntområder gir muligheter for fysisk aktivitet, til å møte og være sammen med andre, til rekreasjon og avslapning og ikke minst til fine opplevelser. Dette gagnar både den fysiske og ikke minst den psykiske helsen. For eksempel blir eldre ofte mye sittende inne hvis det ikke finnes gode møteplasser».

Viktigheten av tilgjengelighet til offentlig transport er trukket fram som vesentlig i Groruddalen, fordi mange beboere har dårlig råd og ikke har tilgang til bil. Organiseringen av vegsystemet i Groruddalen gir gode muligheter til å ferdes på bilfrie arealer. Det gir god trafiksikkerhet, men ofte lenger ganglinjer på grunn av transportsystemets utforming. Helseeffekten av å gå og sykle ser ikke ut til å være drøftet i særlig grad i evalueringene som er gjennomført.

Groruddalsatsingen har i liten grad vært rettet direkte mot boforholdene knyttet til den enkelte bolig, ut over at overbefolkning er omtalt som en utfordring i mange områder. Samtidig er boligen en svært viktig faktor for folkehelsa, både hygienisk, sosialt og mentalt. En satsing på uteområdene kan kompensere for enkelte mangler i boligene, men i et folkehelseperspektiv vil strategier og tiltak knyttet til boligene være viktige.

Sluttevalueringen av Groruddalsatsingen (11) konkluderer med at målsettingene i noen grad er nådd, men at det knytter seg en del usikkerhet til om den positive utviklingen vil vedvare etter at satsingen avsluttes.

Vår vurdering er at måloppnåelsen må ses i sammenheng med ressursene som ble stilt til rådighet og utfordringene satsingen sto ovenfor i utviklingen av ny kunnskap, metoder og arbeidsmåter. Effekten av nye erfaringer, kunnskap og samarbeidsformer bør ikke undervurderes – hvis den tas i bruk i videre planarbeid.

Kunnskap om sammenhengen mellom omgivelsene og helsen

Forholdet mellom de bygde omgivelsene og helsen påvirkes av mange og til tider motstridende faktorer. Det gjør overgangen mellom forskning og praksis vanskelig. Det ble utarbeidet to rapporter som oppsummerte resultatene; en som oppsummerte de systematiske studiene som ble gjennomgått (14), og en med anbefalinger om prinsipper for en helsefremmende stedsutvikling (15). Den følgende oppsummeringen er hovedsakelig hentet fra disse to rapportene.

Studier som gjennomføres, analyserer sjelden effektene over et tilstrekkelig tidsrom til at vesentlige virkninger for helsa kan identifiseres. Det gjelder særlig studier hvor effekten på helsa er resultat av endringer i de fysiske omgivelsene (16). Smith et al. påpeker at det også kan være en skjevhet i hvilke studier som publiseres, fordi det skjer en utvelgelse av artikler som blir publisert i vitenskapelige tidsskrifter. I tillegg er det sjelden at det gis råd om framtidig praksis i de vitenskapelige tidsskriftene (16).

Hvor mye det er forsket på ulike aldersgrupper varierer. Det er forsket minst på barn. Årsaken er antagelig et det er både etisk og metodisk utfordrende og mer ressurskrevende å forske på barn enn på andre aldersgrupper. Smith et al. framsetter en hypotese om at den dominansen voksne har i undersøkelser ikke er tilstrekkelig til å fange de faktorene som er av betydning for barn og ungdom. Sammenhengen mellom de bygde omgivelsene og helsa ser ut til å være mer kompleks for barn enn for voksne (16).

Det mangler gode studier av hvordan ungdommers helse påvirkes av omgivelsene. WHO oppgir at ca 20 % av verdens barn og ungdom har mentale lidelser og at halvparten av tilfellene starter før en alder av 14 år.

Utfordringene er de samme på tvers av kulturer, og de mentale lidelser er den viktigste årsaken til uførhet hos ungdom. Mentale lidelser er også en viktig risikofaktor for andre helseutfordringer. Folkehelseinstituttet har tidligere estimert at 30–50 % vil få en psykisk lidelse i løpet av livet (17).

Oppmerksomheten rundt eldres behov ser ut til å være økende innenfor forskningen på omgivelser og folkehelse, og det er forsket mye på eldre og hvordan omgivelsene påvirker deres helseatferd.

Både sosioøkonomiske forhold og faktorer i de fysiske omgivelsene spiller en viktig rolle for helsa og helseadferden i befolkningen. Å hindre sosial ulikhet i helse er et hovedmål i arbeidet med bedre folkehelse. Områder hvor beboerne har lav sosioøkonomisk status har ofte et dårligere fysisk miljø med mer støy- og luftforurensning, og mangel på rekreasjonsområder. Sammenhengene er komplekse, og det er behov for flere studier som ser på sammenhengen mellom sosioøkonomiske faktorer og de fysiske omgivelsene (18).

Det er en overordnet konklusjon i oversiktene som er gjennomgått at sammenhengene mellom forholdene i et område og helsen er kompleks, og at det er behov for å ta i betraktning både forsterkende og kompenserende faktorer i fremtidige undersøkelser. Fra et praktisk synspunkt vil kunnskap om hvordan helseatferden kan endres kunne brukes til forebyggende strategier (19).

Forskningsartikler gir sjelden anvisning på hvordan kunnskapen bør benyttes innenfor planlegging og byforming. Her oppsummeres de anbefalingene som er gitt i den litteraturen som er gjennomgått. Det er lagt vekt på anbefalinger som er relevante i forhold til de sosiale og kulturelle forholdene i Norge.

Omgivelsene påvirker den mentale helsa

Det er etter hvert tydeligere bevis for at å bo i urbane områder er en risikofaktor for mentale lidelser, psykoser og rusavhengighet. Det er fortsatt uklart hvilke romlige dimensjoner som er relevante for den mentale helsa, men urbane omgivelser har målbare sammenhenger med mentalt stress. Faktorer som påvirker mentalt stress er kvaliteten på omgivelsene, omfanget av grøntområder, graden av blandet arealbruk, industriaktivitet og trafikkbelastning. Beboere som bodde i områder med dårlig kvalitet i de bygde omgivelsene, hadde ifølge en studie 36 til 64 % større sjanse for å rapportere om depresjon enn personer som bodde i områder med bedre kvaliteter (20).



Figur 13: Groruddalen preges av store samferdselsanlegg som skaper støy, luftforurensning og barrierer for beboerne. Trondheimsveien gjennom Bjerke bydel. (Foto: Gunnar Ridderström 2019)

Betydningen av sosial kapital

Det kan skilles mellom sosiale og fysiske elementer i omgivelsene. Sosiale elementer er sosial støtte og nettverk, sosial nød, ulikheter i inntekt, diskriminering, sosial sammenheng og sosial kapital i boområdet. Med sosial kapital forstår vi det sivile samfunnets evne til å utvikle tillitsfulle relasjoner mellom borgerne – og dermed styrke fellesskapets evne til å løse kollektive problemer og utfordringer. Dette er den mest brukte definisjonen av sosial kapital, som særlig er knyttet til Robert D. Putnams arbeider (21).

Putnam har identifisert tre typer sosial kapital: *Bonding* – som er kontakten innad i en gruppe, *Bridging* – som er kontakten mellom sosiale grupper og *Linking* – som er kontakten mellom sosiale grupper og beslutningstakere på administrativt og politisk nivå. Linking styrker muligheten for sosiale gruppers gjennomslagskraft for idéer.

Grøntområder kan påvirke den sosiale kapitalen ved å være møteplasser som utvikler og vedlikeholder de sosiale båndene i boområdet. Beboere i

områder hvor det er attraktivt å gå, ferdes mer til fots. Det øker tilliten mellom mennesker. Også faktorer som oppfattelsen av sikkerhet (inkludert omfanget av kriminalitet), belysning og vedlikehold påvirker stedets samlede sosiale kapital.

Fysisk aktivitet bedrer helse

En økning i andelen av befolkningen med stillesittende livsstil har bekymringsfulle konsekvenser for fremtidens nivå av fedme, sykdom og dødelighet. Det er behov for en bredere tilnærming som også ser på hvilken rolle støttende omgivelser kan ha for bedre helsemessige valg. Når flere studier sees under ett, finner vi en positiv sammenheng mellom egenskaper i de bygde omgivelsene og fysisk aktivitet hos voksne. Følgende variabler er utslagsgivende:

- Målpunkter innenfor gang- og sykkelavstand fra boligene /tilgang til butikker og kommersiell service
- Korte distanser til offentlig transport
- Gode kvaliteter for gående, trafikksikkerhet
- Høy grad av variasjon i arealbruken
- Andelen av grøntarealer/tilgang til rekreasjonsfasiliteter
- Estetisk tiltalende omgivelser
- Kriminalitet og personlig sikkerhet
- Tetthet av boliger og urbaniseringsgrad

For både målorientert virksomhet («å gjøre et ærend») og fritidsorientert aktivitet er blandet arealbruk utslagsgivende for den fysiske aktiviteten. Monofunksjonell arealbruk (f.eks. ensidige boligbyggefelt) gir større avstand mellom målpunkter og skaper økt avhengighet av bil for å nå daglige gjøremål. Dersom målpunktene i tillegg mangler gode forbindelser i form av nett av fortauer og gangveier og har dårlig tilgjengelighet til kollektivtransport, forsterkes bilavhengigheten ytterligere. Dette begrenser den fysiske aktiviteten.

Hvis den romlige strukturen i et område er klar og lett å forstå, kan det bidra til mer gange og sykling. Sammen med god kvalitet i veinett og i det offentlige rom, gjør det beboerne tryggere og mer komfortable når de ferdes til fots. Tett bebyggelse i seg selv stimulerer ikke nødvendigvis til fysisk aktivitet, men høyere tetthet i bebyggelsen gir grunnlag for offentlig transport og servicetilbud som fører til at det blir flere mulige målpunkter i gang- og sykkelavstand. Sammenhengen mellom tilgjengelige målpunkter og graden av fysisk aktivitet er overbevisende dokumentert i forskningen.



Figur 14: Tilgangen på grøntarealer er god i mange områder, men planleggingen basert på bilens premisser fører ofte til lang vei for den som må ferdes til fots. Når det er mørkt kan det oppleves utrygt for mange å ferdes alene. (Foto: Gunnar Ridderström 2019)

I forskningen finner man sammenheng mellom opplevd trygghet og fysisk aktivitet. Dårlig vedlikeholdte grøntarealer og andre offentlige områder fører til mindre bruk fordi områdene oppleves mindre trygge. Trygghet er særlig viktig for barn, ungdom og kvinner. Kvinners opplevelse av trygghet påvirker hvor mye de ferdes til fots, mens det ikke finnes statistisk sammenheng mellom opplevd trygghet og hvor mye menn går. Etablering av gatelys har en positiv effekt på fysisk aktivitet. Det fører til mindre utrygghet og reduserer ulykker på veiene.

Vegetasjon er attraktivt og skaper fysisk aktivitet

Sammenhengen mellom grønne områder og bedre helse er ikke helt entydig i den forskningen som er gjennomgått, men det er noen dokumenterte sammenhenger. Det er enighet blant forskerne om at vegetasjon og naturpregede områder har en positiv effekt på helsa. Sammenhengen varierer med sosioøkonomisk status, alder, kjønn og grad av urbanisering. Effektene

er sterkere for grupper med lav sosioøkonomisk status og for beboere i byområder.

Vår litteraturgjennomgang (14) viste statistisk signifikante sammenhenger mellom tilgang på grøntarealer og vegetasjon og flere ulike mål på helse, blant annet hjerterytme, blodtrykk, kolesterol, diabetes type 2 m.m. De som har lav inntekt, har mer nytte av å ha vegetasjon i nærheten. Forskningen viser at de scorer bedre på flere helsemål når de har lett tilgang til grøntområder.

Det er påvist en sterk sammenheng mellom grøntområder, estetisk tiltalende områder og omfanget av fysisk aktivitet og gange. Funnene er i tråd med nyere forskning som har påvist sammenhengen mellom vegetasjon, ryddige og attraktive naboskap og gater som faktorer som bidrar til mer fysisk aktivitet. Forskningen indikerer at å gå eller jogge i naturomgivelser gir større helseeffekt enn den samme aktiviteten innendørs. De som gikk i naturomgivelser hadde vesentlige forbedringer i blodtrykk, hjerterefrekvens, fettprosent, BMI (body mass index), kolesterol, oksygenopptak, redusert depresjon og fysisk funksjonsgrad sammenlignet med de som trente innendørs.

Økt promotering og program for aktivitet påvirker bruken av parkene. En studie så på hvordan renovering av et idrettsområde og to offentlige parker ble supplert med et program for fysisk aktivitet og utdanning for ansatte. Resultatet viste at idrettsanleggene og parkene med programmer for aktivitet hadde fire til ni ganger høyere besøkstall enn kontrollgruppen uten slike tiltak. Investering i skilt var det enkelttiltaket som hadde størst effekt.

Aktiv transport er viktig for helse

Infrastruktur for aktiv transport i form av gange og sykling fører til økt mobilitet og fysisk aktivitet, og kan dermed være en viktig bidragsyter til forskjeller i befolkningens helse. Undersøkelser understøtter at økt sykling har sammenheng med egne sykkelruter eller sykkelveier, separering av sykling fra annen trafikk, høy befolkningstetthet, korte avstander og nærhet til grøntarealer. For barn er det viktig at sykkelrutene er trygge. Faktorer som påvirker sykling negativt er trafikkfare, lange avstander, bratte bakker og avstand til egne sykkelruter eller sykkelveier. Etablering av egne sykkelruter i seg selv, også de av høy kvalitet, hadde en moderat virkning på hvor mange som syklet sammenlignet med steder hvor det også ble gjort tiltak rettet mot befolkningen. De fysiske anleggene gir en positiv effekt, men aksjoner og holdningsrettede tiltak kan øke bruken vesentlig. Dette er i tråd med erfaringene fra utbygging av sykkelanlegg andre steder i Norge.

Tilgjengelighet og tilgang til offentlig transport bidrar også til økt fysisk aktivitet. Særlig for eldre mennesker som ikke ønsker eller kan kjøre, gir offentlig transport mulighet til å opprettholde deres mobilitet og reduserer faren for ensomhet.

Det er en sterk sammenheng mellom kvaliteten på de offentlige arealene og hvor mange som går eller sykler. Tiltak som øker den aktive transporten er blant annet forbedringer av fortau og fotgjengeroverganger, trafikkdempende tiltak som opphøyde gangfelt og sykkelbokser, nye grøntområder, renovering av nedslitte områder med lys, sittemuligheter, mer blandet arealbruk m.m.

Planlegging som legger til rette for sosial kontakt

For å øke befolkningens trivsel anbefales det at planleggere designer omgivelsene slik at de skaper mulighet for sosial kontakt, følelse av trygghet og tilgang til grøntområder. Aktivitet, image og utforming er en essensiell del av et sted (det engelske begrepet er «place-making»). Et steds variasjon og karakter avhenger av bygnings- og gatestrukturen, variasjonen av aktiviteter, en blandet arealbruk, landskapselementer, gatemøbler, skilting og menneskelig aktivitet.

Kommunikasjon mellom planleggere og sosial- og helsearbeidere er vesentlig for å finne gode løsninger. Flere funn dokumenterer betydningen av å arbeide forskningsbasert på lokalt nivå med hensyn til og utgangspunkt i lokale forhold når det skal skapes muligheter for en mer helsefremmende livsstil for beboerne. Det påpekes imidlertid at beboere og brukere ikke alltid har samme preferanser som planleggere når det gjelder endringer i de fysiske omgivelsene.

Prinsipper for en helsefremmende planlegging

Anbefalingene til Oslo kommune har tre hovedkonklusjoner:

- Tiltak må ses i sammenheng med den befolkningen de er rettet mot
- Fysiske og sosiale tiltak må ses i sammenheng
- Både *hva* man planlegger og *hvordan* man planlegger, har betydning for folkehelsen.

Når utfordringene i et område og målene for planarbeidet skal etableres, må det skje i en dialog med befolkningen. Kommunen bør utvikle medvirkningsmetoder som tar hensyn til sosiale og kulturelle faktorer, og som inkluderer dem som ikke møter på tradisjonelle medvirkningsarrangementer. Strategier og opplegg for medvirkning, og hvilken betydning den skal ha i



Figur 15: Bjørke senter huser butikker, en filial av Deichmanske bibliotek og spisesteder, men utearealene er preget av trafikkarealer for biler. Det er få hyggelige steder å samles utendørs. (Foto: Gunnar Ridderström 2019)

planprosessene, bør forankres på politisk nivå (i kommuneplanens samfunnsdel).

Det anbefales at koordineringen av medvirkningen i planleggingen skjer gjennom et lokalt «medborgerkontor» eller lignende funksjon som kan være bindeledd mellom befolkningen i området og kommunen. Kontoret bør være kontaktpunkt for befolkningen og en link mellom befolkningen i bydelene og planmyndigheten.

Det bør legges til rette for styrking av den sosiale kapitalen gjennom medvirkningsprosesser som bedrer kontakten innad i befolkningsgrupper og mellom ulike grupper i befolkningen i områdene. Det bør sørges for at representanter for administrativ og politisk ledelse deltar aktivt i medvirkningsprosessene i områdene, slik at den sosiale kapitalen i området styrkes.

Det må også sørges for å etablere blandede funksjoner og attraktive målpunkter i områdene som planlegges. En blandet arealbruk og attraktive «gå-omgivelser» skaper naborelasjoner. Å sikre at nabolaget har enkel tilgang til butikker, betyr at helsefremmende fysisk aktivitet kan integreres i beboernes hverdagsaktiviteter. Beboere i områder hvor det er attraktivt å gå, ferdes mer til fots, noe som øker tilliten og den sosiale kapitalen. Mange med helseutfordringer har liten aksjonsradius.

Tilgjengelighet og tilgang til offentlig transport er sentralt. Særlig for eldre mennesker, som ikke ønsker eller kan kjøre, gir offentlig transport mulighet til å opprettholde deres mobilitet og reduserer faren for ensomhet.

Det bør etableres et nettverk av gang- og sykkelveier som er trygge, fremkommelige, trafikksikre og attraktive. Videre må det sikres gode sittemuligheter, renovering av nedslitte områder med lys, bedre forbindelser mellom gater og veier, opplevelser underveis på lange strekninger mellom målpunkter, overbygd parkering for sykler m.m. Prinsippene for trafikksikkerhet må legges til grunn for utforming av transportsystemet.

Det er viktig å skape nærhet til egnede rekreasjonsarealer, særlig for barn og eldre. Det bør være et område for opphold og lek innenfor en avstand på 300 meter fra alle boliger. Utforming og vedlikehold må opprettholde god kvalitet på grøntarealer og naturpregede rekreasjonsområder i tilknytning til boligbebyggelsen og senterområder.

Fysiske tiltak må suppleres med informasjon og aktiviteter som gjør beboerne oppmerksom på de nye tilbudene, og som skaper eierskap til dem og til områdene.

Det er viktig å planlegge for helårsaktivitet gjennom tilrettelegging av både sommer- og vinteraktiviteter, og offentlige og kommersielle funksjoner med arealer hvor befolkningen kan oppholde seg uten å måtte kjøpe noe. Aktivitetene må appellere til begge kjønn og til ulike alders-, sosiale og kulturelle grupper.

Et av rådene er at det etableres en dialog med beboerne i områdene om hvilke type møteplasser det er behov for, og hvor de bør være. Både forsterking av eksisterende og etablering av nye møteplasser bør vurderes. Behovene til ulike aldersgrupper og sosiale og kulturelle grupper i området bør drøftes i dialogen, og man vurderer hvordan en felles møteplass kan utformes.

Det kan være vanskelig for utenforstående å forstå hvor og hva som oppleves som utrygt. Derfor bør vurderinger av trygghet og tilgjengelighet ta utgangspunkt i beboernes innspill.

Hvordan funksjoner som nærbutikken, holdeplassene, boligbebyggelsen og nettverket av gangeveier er utformet, er viktig. Av denne grunn må det skapes involverende prosesser hvor beboerne kan engasjere seg i utviklingen



Figur 16: Mange av boligområdene har gode bokvaliteter og utearealer som utfyller boligene. Områdene er avskjermet for biltrafikk og med gode lysforhold. (Foto: Gunnar Ridderström 2019)

og utformingen av nærmiljøet. At flere engasjerer seg i sitt nærmiljø, gir flere som ferdes i bydelen. Det har en trygghetsskapende effekt i seg selv.

Variasjon i boligtyper og størrelse vil muliggjøre en boligkarriere innenfor boområdet eller bydelen. Det må være mulig å endre boligsituasjonen både «oppover» og «nedover» i størrelse i det strøket av byen man føler seg hjemme. Det skaper stabilitet og trivsel.

Prinsippene som ligger til grunn for planleggingen i Groruddalen, og problemstillinger knyttet til samfunnsplanlegging og fysisk planlegging for helse og trivsel, er også beskrevet i annen faglitteratur om planlegging for helse og trivsel (22).

Er det håp for Groruddalen?

Ja, absolutt! Da drabantbyene i Groruddalen ble bygget var store deler av Oslo sentrum betraktet som slum. Oslo byfornyelse ble opprettet i 1978 og arbeidet ble drevet frem til 1991 før byfornyelsen ble lagt ned i 1995. Endringer i beboersammensetningen og den fysiske tilstanden i bebyggelsen og uteområdene er naturlige prosesser som endres kontinuerlig over tid.

Det som skiller drabantbyene fra indre by er at eiendomsstrukturen, og dermed også beslutningsprosessene, er forskjellige. Borettslagene er viktige beslutningstakere i Groruddalen. De sørger i de fleste tilfeller for å oppgradere både bebyggelsen og uteområdene. Kvalitetene som dalen har blir satt pris på av beboerne, og mange har engasjert seg sterkt i utviklingen i sitt borettslag og nærområde.

Den mangfoldige befolkningssammensetningen er en utfordring, men kanskje også Groruddalens største styrke. Den gir muligheter for en bredde i sosiale og kulturelle aktiviteter som få andre områder i Norge har. Tilhørigheten og stoltheten mange av beboerne føler for boområdet sitt er et grunnlag for engasjement og utvikling av kvalitetene i Groruddalen.

Litteratur

1. Gabrielsen GV. *Groruddalen; Oslos vakreste verkebyll? – problemrepresentasjoner og stedsforståelser i Groruddalssatsingen*. Dr. avh., Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo. Avhandling nr 70. Akademisk forlag, 2014.
2. Ellefsen KO. Arkitekt og planlegger. Arkitekturidealer i norsk byplanlegging 1950–2000, *Plan: Tidsskrift for samfunnsplanlegging, byplan og regional utvikling* 1999; hefte 5-6:76-86.
3. Sæterdal A, Hansen HH, Hansen T. *Ammerud 1: Planlegging av en ny bydel*. Oslo: Norsk byggforskningsinstitutt, 1969.
4. Lund, P-Ø. *Innsatser i utsatte byområder – erfaringer fra Groruddalssatsingen*. Oslo kommune, 2014.
5. Oslo kommune/departementene (2019): *Områdesatsingene i Oslo - Delprogram nærmiljø*. Handlingsprogram 2019.
6. Norconsult/Citiplan (2019): *Helsefremmende stedsutvikling: Oppsummering av evalueringene av Groruddalssatsingen 2007–2016*. Datert 16. oktober 2019.
7. Norconsult/Citiplan. *Helsefremmende stedsutvikling: Dagens prinsipper for planlegging for bedre folkehelse i Oslo kommune*. Datert 16. oktober 2019.
8. Norconsult/Citiplan. *Helsefremmende stedsutvikling: Erfaringer fra områdesatsinger i Danmark*. Datert 16. oktober 2019.
9. Norconsult/Citiplan. *Helsefremmende stedsutvikling: Erfaringer fra områdesatsing i Sverige*. Datert 16. oktober 2019.
10. Norconsult/Citiplan. *Helsefremmende stedsutvikling: Erfaringer fra områdesatsinger i Tyskland*. Datert 16. oktober 2019.
11. Agenda Kaupang, Proba samfunnsanalyse, Civitas: *Sluttevaluering av Groruddalssatsingen – Hovedrapport*. Byrådsavdeling for byutvikling /Oslo kommune, datert 16. mai 2016.
12. Ruud ME, Holm-Hansen J, Nenseth, V, Tønnesen A.. *Midtveisevaluering av Groruddalssatsingen*. NIBR/TØI November 2011.
13. Byrådsavdeling for byutvikling /Oslo kommune (2016): *Glimt fra Groruddalssatsingen 2007–2016*. Desember 2016.

14. Norconsult/Citiplan (2019): *Helsefremmende stedsutvikling: Litteraturstudier av forskningen på sammenhengen mellom de fysiske omgivelsene og helsen*. Datert 16. oktober 2019.
15. Norconsult/Citiplan (2019): *Byplanlegging som fremmer folkehelse. Kunnskapsgrunnlag og anbefalinger – Hovedrapport*. Datert oktober 2019.
16. Smith M, Hosking J, Woodward A, Witten K, MacMillan A, Field A, Baas P, Mackie, H. Systematic literature review of built environment effects on physical activity and active transport – an update and new findings on health equity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2017; 14: 158.
17. Folkehelseinstituttet (2018): *Psykisk helse i Norge*. Rapport, elektronisk utgave, 2018.
18. Schüle SA, Bolte G. Interactive and Independent Associations between the Socioeconomic and Objective Built Environment on the Neighbourhood Level and Individual Health: A Systematic Review of Multilevel Studies. *PLoS ONE* 10(4): e0123456. doi:10.1371/journal.pone.0123456.
19. Schulz M, Romppel M, Grande G. *Built environment and health: a systematic review of studies in Germany*. Oxford: Oxford University Press on behalf of Faculty of Public Health, Institute for Public Health and Nursing Research (IPP), University of Bremen, 2016.
20. Renalds A, Smith H, Hale PJ. A Systematic Review of Built Environment and Health. *Fam Community Health*. 2010; 33, No. 1.: 68–78.
21. Putnam RD. *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster; 2000.
22. Larsen Ø, Ridderström G, Nylenna M.: *Planlegging for helse og trivsel*. Bergen: Fagbokforlaget, 2018.

Gunnar Ridderström,

1. amanuensis, siv. ark., Ph D Institutt for by- og regionplanlegging ved NMBU. Medeier i Citiplan AS.

gunnar.ridderstrom@citiplan.no og gunnar.ridderstrom@nmbu.no.

Hanne Marie Sønstegeaard,

Rådgiver, cand. polit., avdeling for skoleplanlegging og skoleutvikling, Norconsult AS.

hanne.marie.sonstegaard@norconsult.com.

I tillegg deltok siv.ark. Marianne Rye Beck fra Norconsult i prosjektet.

Marianne.Rye.Beck@norconsult.com.

Innvandrerers helse – en utfordring for helsetjenesten

Michael 2020; 17: 510–27.

Migranter er stort sett friskere enn befolkningen for øvrig, både i senderlandet og i mottakerlandet. Men i løpet av noen få tiår forringes helsen betydelig, og migrantene ender opp som sykere. En slik utvikling kan best forklares ved den økte allostatisk belastningen migrantene utsettes for, dvs. den samlede slitasje på ulike organsystemer som følge av stresset ved å skulle tilpasse seg et nytt samfunn og en ny kultur. Ved siden av økt forekomst av psykiske lidelser, spesielt hos eldre innvandrere, utgjør belastningslidelser og livsstilsrelatert sykdom en stor del av sykdomsbyrden. Ulike nasjonalgrupper rammes i ulik grad. På individnivå finnes dessuten betydelige forskjeller både når det gjelder helsekompetanse og graden av tilpasning til det norske samfunnet. Det betyr at helsearbeidere møter et mangfold som det ofte kan være vanskelig å forholde seg til. De mange innvandrerne i Oslo gjør at helsetjenesten her står overfor spesielt store utfordringer. Dette har ført til en rekke spesielle tiltak, både i privat og offentlig regi, for å fange opp dem som «mainstream»-tjenester ikke når.

De siste tiårene har Norge tatt imot et stort antall innvandrere. Det har betydning også for helsetjenesten, både for hvilke tjenester som etterspørres og for hvordan tjenestene ytes. I 2019 var over 14 % av den norske befolkningen innvandrere, og de kom fra over 200 forskjellige nasjoner. I tillegg utgjorde norskfødte med innvandrerforeldre vel 3 %. Nærmere en million mennesker som er bosatt i Norge har med andre ord innvandrerbakgrunn.

Det som kalles «den nye innvandringen» tok til på 1970-tallet (1). De første årene var innvandringen relativt stabil med en nettoinnvandring på under 10 000 mennesker årlig, men fra årtusenskiftet tiltok innvandringen kraftig, og nådde en foreløpig topp i 2012. Den viktigste grunnen til dette var utvilsomt utvidelsen av EU.

Familieinnvandring, dvs. familieetablering så vel som familiegjenforening, utgjør også en stor gruppe. I perioder har det dessuten kommet mange asylsøkere og flyktninger (2). Dette har skapt mye politisk debatt om integrasjon og velferdsordninger.

I dag finnes bosatte innvandrere i alle kommuner. De fleste bor likevel i eller omkring de store byene, spesielt Oslo. Ved inngangen til 2018 hadde Oslo 168 700 innvandrere og 54 100 norskfødte med innvandrerforeldre, til sammen 33,1 % av hovedstadens befolkning. Ingen andre kommuner har så mange innbyggere med innvandrerbakgrunn, verken i absolutte tall eller i forhold til folkemengden (3).

Migrasjon medfører endringer på mange plan, og i er i seg selv en trussel for migrantenes helse (4), dels på grunn av økonomisk usikkerhet og svake eller manglende sosiale nettverk, dels på grunn av minoritetsstatus, diskriminering og andre undertrykkende faktorer.

Sykdomsbyrden synes likevel å være ulikt fordelt i ulike nasjonalgrupper. Likeledes er det stor variasjon når det gjelder den enkeltes helsekompetanse og evne til å forholde seg til et nytt og til dels svært ukjent tjenesteapparat. I Norge har man unngått å opprette særtiltak for innvandrere, i forventning om at den generelle helsetjenesten vil yte adekvate og likeverdige tjenester også til denne delen av befolkningen. Men mangel på organisatorisk og faglig tilpasning kan lett føre til at kravene til den enkelte helsearbeiders fleksibilitet og personlige engasjement blir for store.

Sykere eller friskere?

Helt siden den norske psykiateren Ørnulv Ødegaard (1901–1983) i 1932 publiserte sin banebrytende artikkel om psykisk helse blant norske innvandrere i Minnesota, USA, har innvandreres helse vært et omdiskutert tema. Ut fra den forholdsvis store forekomsten av schizofreni som Ødegård fant blant de norske innvandrerne, og slått av den dårlige sosiale tilpasningen disse syntes å ha hatt også i sitt hjemland, utviklet han «seleksjonshypotesen». Den går i korthet ut på at de med anlegg for psykisk sykdom også har størst tilbøyelighet til å emigrere (5). Sagt på en annen måte: Syke immigranter ville ha blitt syke selv om de var blitt værende hjemme.

Ødegårds seleksjonshypotese er i dag forkastet, dels fordi en viss genetisk disposisjon i seg selv ikke er tilstrekkelig til å forklare psykoseutvikling, dels fordi karakteristiske trekk og symptomer som kjennetegner schizofreniens forstadier er lite forenlig med de ressurser og anstrengelser som migrasjonen krever (6). De siste tiårene har da også flere studier vist at migranter flest har svært god helse. For eksempel viste en registerstudie av personer som hadde migrert mellom USA, Storbritannia, Canada og Australia at de som

migrerte, var friskere enn befolkningen generelt, både i sender- og mottakerlandet (7). En annen studie, hvor man sammenlignet selvrapportert helse i 19 ulike grupper av arbeidsinnvandrere til USA med helsen i deres respektive hjemland, viste at arbeidsinnvandrerne generelt sett hadde bedre helse enn befolkningen der de kom fra (8). En spansk undersøkelse, som var basert på data fra elektroniske legejournaler og helseforsikringsdatabaser, viste at innvandrere hadde bedre helse og lavere dødsrisiko enn innfødte spanjoler (5). Med andre ord, «seleksjonshypotesen» har fått nytt liv, men nå med motsatt fortegn: De som migrerer har i gjennomsnitt et større helsepotensial enn folk flest, en tendens som i dag gjerne omtales som «the healthy migrant effect». Men denne effekten ser man først og fremst blant de nyankomne. Jo lenger migranten oppholder seg i vertslandet, jo dårligere blir helsen (9).

I Norge har man gjort lignende funn. Syse og medarbeidere utførte nylig en studie som omfattet 451 000 dødsfall i perioden 1990–2012. De fant at justert for alder og enkelte andre relevante sosialdemografiske faktorer, hadde innvandrere nærmere 20 % lavere dødsrisiko enn den man fant i befolkningen generelt (10). Nyankomne (botid < 1 år) hadde svært liten dødsrisiko. For dem som hadde bodd i Norge i 25–29 år, var dødsrisikoen lik vertsbefolkningens, men for dem som hadde bodd i Norge i over 30 år, var den høyere. Syse og medarbeidere fant at dødsrisikoen varierte noe alt etter hvor innvandrerens kom fra, og varierte med grunnen for migrasjonen, men ingen slike grupperinger hadde høyere dødsrisiko enn befolkningen. Det mest påfallende funnet var hvordan dødsrisikoen økte med oppholdets lengde (10).

En annen norsk studie – basert på data fra Helfo og Folkeregisteret – viste at forekomsten av multimorbiditet, dvs. to eller flere samtidige diagnoser, var betydelig lavere blant innvandrere enn i resten av befolkningen. Lavest var den for innvandrere fra Øst-Europa (odds ratio (OR) 0,38), noe høyere for dem fra Asia, Afrika og Latin-Amerika (OR 0,58) og enda noe høyere for dem fra Vest-Europa og Nord-Amerika (OR 0,67) (11). Øst-europeiske flyktninger (Bosnia-Hercegovina og Kosovo) hadde høyest forekomst av multimorbiditet, mens øst-europeiske arbeidsinnvandrere (Polen) hadde lavest. Men for alle de undersøkte gruppene var forekomsten av multimorbiditet fordoblet etter fem år i Norge (12).

Nyankomne innvandrere viser altså en betydelig «healthy-migrant-effekt» i form av lavere dødsrisiko og færre diagnoser, men etter en tid i Norge inntreffer så det man kanskje kunne kalle en «exhausted-migrant-effekt». Innvandrere ender opp som sykere. Denne artikkelen beskriver sykdomsbyrde og sykdomsmønster blant innvandrere i Norge med utgangspunkt i data



Figur 1: Grønland i Oslo er blitt nærmest ikonisk for innvandermiljøet i Oslo, selv om svært mange bor helt andre steder i byen. (Foto: Arild Aambø)

fra Statistisk sentralbyrå (SSB) levekårsundersøkelse fra 2016 (13) og Folkehelseinstituttets (FHI) videre bearbeidelse av disse dataene fra 2019 (14). Der det er relevant, blir disse supplert med funn fra andre undersøkelser.

Datagrunnlaget

Statistisk sentralbyrå har med ca. ti års mellomrom gjennomført levekårsundersøkelser blant innvandrere. Den siste er fra 2016, med data innhentet fra 12 ulike nasjonalgrupper: Innvandrere fra Polen, Bosnia-Herzegovina, Kosovo, Tyrkia, Iran, Irak, Afghanistan, Pakistan, Sri-Lanka, Vietnam, Eritrea og Somalia. Materialet er neppe representativt for alle innvandrere til Norge, men det ble gjort store anstrengelser for at det skulle være så representativt som mulig for hver av de undersøkte gruppene (13). I 2019 fikk forskere ved Enhet for migrasjonshelse ved Folkehelseinstituttet anled-

ning til å arbeide videre med dette datamaterialet for å synliggjøre sammenhenger mellom enkelte sosialdemografiske/psykososiale faktorer og innvandrernes helsetilstand (14).

Helsen forringes med økende alder

SSBs undersøkelse viser at det blant de yngste innvandrerne (16-24 år) er betydelig flere som vurderer sin helse som *svært* god enn i tilsvarende aldersgruppe i befolkningen generelt (47 % mot 38 %), men helsen blir dårligere med alderen, og denne aldersbetingede svekkelsen er påtakelig større blant innvandrerne enn i befolkningen generelt. Og den setter inn tidligere.

I den eldste gruppen (55-74 år) vurderer kun 46 % av innvandrerne sin helse som *god* eller *svært god*, mot 73 % i befolkningen. Samtidig øker andelen som angir å ha *dårlig* eller *svært dårlig* helse sterkt, og i den eldste gruppen er andelen med dårlig helse tre ganger så stor som i befolkningen generelt (27 % mot 9 %). De som i størst grad vurderer sin helse dårlig, er innvandrere fra Vietnam, Pakistan, Iran, Irak, Tyrkia og Kosovo. Friskest er flyktninger fra Somalia, Eritrea og Afghanistan, samt arbeidsinnvandrere fra Polen (13).

Disse tallene fra SSB er ikke justert for botid. I FHI's bearbeidelse av det samme materialet ser man sammenheng mellom lengre botid og lavere andel med god egenvurdert helse, særlig blant innvandrermenn. Denne forskjellen er fortsatt tilstede etter aldersjustering, om enn sterkt redusert (14).

Et lignende mønster ser man for de 15 vanligste diagnosene. I den yngste gruppen rapporterer 22 % av innvandrerne om minst én kronisk sykdom, mot 25 % i hele befolkningen. I denne aldersgruppen er også funksjonsnedsettelse på grunn av sykdom forholdsvis sjelden (6 % mot 10 %). I den eldste gruppen, derimot, rapporterer 60 % av innvandrerne om kronisk sykdom, mot 49 % i befolkningen, og her er forskjellen i funksjonsevne påtakelig: Mens 9 % prosent av hele befolkningen i denne aldersgruppen angir å ha store begrensninger i funksjonsevne, sier 17 % av innvandrerne det samme. Det er stor variasjon mellom de ulike nasjonalgruppene. For eksempel rapporterer 47 % av innvandrere fra Tyrkia om kronisk sykdom og 23 % om funksjonshemninger, mens forekomsten av sykdom og funksjonshemning hos innvandrere fra Eritrea er henholdsvis 18 % og 8 % (13).

Ettersom de fleste syke er å finne blant de eldre, og fordi de fleste eldre stort sett er å finne i gruppene med lengst gjennomsnittlig botid, er det vanskelig å skille klart mellom hva som skyldes lang botid og hva som er et resultat av tidlig aldring, men det er tydelig at begge disse faktorene i sterk grad påvirker innvandreres helse og funksjonsevne. Den økte sykdomsbyrden blant eldre innvandrere kan trolig best forklares ved at de gjennom

migrasjonen utsettes for en betydelig allostatisk belastning. Allostase refererer til kroppens bestrebelser på å bevare en viss stabilitet mens den tilpasse seg nye omgivelser. Allostatisk belastning betegner den akkumulerte slitasjen som kroppen utsettes for i disse bestrebelsene, og allostatisk overbelastning fører til så vel tidlig aldring som sykdom (15).

Sykdomsmønster

Forekomsten av ulike sykdommer varierer fra innvandrergruppe til innvandrergruppe, men i det store og det hele finner man mer likhet enn ulikhet, både mellom vertsbefolkningen og innvandrerne, og mellom de ulike innvandrergruppene. Muskel- og skjelettlidelser, hjerte- og karsykdom, psykiske lidelser og ulike former for kreft framstår som de viktigste sykdomsgruppene både i vertsbefolkningen og blant innvandrerne. Dette bekreftes av studier fra andre land (16). Når det gjelder sykehusinnleggelser, viste en undersøkelse ved et sykehus i Leicestershire at de hyppigste grunnene til innleggelse blant innvandrere var skader, sykdommer i fordøyelsesorganene, luftveislidelser, uavklarte sykdomstilstander og hjerte- og karsykdom. Først deretter kom hos «asiater» infeksjonssykdommer (tuberkulose, malaria), mens neoplasmer tok plassen blant «ikke-asiater» (16).

I SSBs undersøkelse var det blant innvandrere fra Pakistan og Tyrkia henholdsvis 18 % og 20 % som hadde sykdom som ikke falt inn under de 15 kategoriene som ble undersøkt (13). Noe av forklaringen kan være at man i enkelte innvandrergrupper finner sykdommer som er svært sjeldne i befolkningen forøvrig, som for eksempel hemoglobinopatii, arvede middelhavsfeber og tuberkulose. Disse inngår ikke i SSBs undersøkelse, og omtales heller ikke her. Andre sykdommer forekommer sjeldnere blant innvandrere. Det gjelder blant annet visse kreftformer, selvmord, alkoholisme og perifer karsykdom (16).

Ved multimorbiditet kan man videre finne ulike sykdomskonstellasjoner alt etter hvor innvandrerens kommer fra. For eksempel finner man blant innvandrerkvinner fra ikke-vestlige land en sammenheng mellom diabetes, iskemisk hjertesykdom, hypertensjon og leddlidelser, mens man blant innvandrerkvinner fra vestlige land ser en sammenheng mellom diabetes, hypertensjon og hyperlipidemi. Blant innvandrere fra Øst-Europa er det hos personer med diabetes funnet sammenheng med både hyperlipidemi og leddlidelser (11).

Belastningslidelser

Slitasjegikt synes å forekomme betydelig hyppigere blant innvandrere som har oppholdt seg lenge i Norge, dvs. innvandrere fra Vietnam, Irak og Tyrkia.

Mens forekomsten i befolkningen generelt anslås til ca. 5 %, var den ifølge SSB 13–16 % i disse gruppene (13). Innvandrere fra Irak og Tyrkia hadde også høyest forekomst av rygg- og nakkelidelser (henholdsvis 33 % og 27 % for rygglidelser, 24 % og 22 % for nakkelidelser) tett fulgt av andre grupper med lang botid i Norge, dvs. innvandrere fra Iran, tidligere Jugoslavia og Vietnam. I disse gruppene var forekomsten omtrent dobbelt så høy som i befolkningen generelt. Også sterk hodepine er vanlig i disse innvandrergruppene. Mens forekomsten var ca. 5 % i befolkningen generelt, var den fire ganger så stor blant innvandrere fra Kosovo, Tyrkia, Irak og Iran. Her skårer også innvandrere fra Pakistan og Afghanistan høyt, henholdsvis 14 % og 13 % (17).

Den økte forekomsten av belastningslidelser må sees i sammenheng med innvandrernes arbeidssituasjon. Sammenliknet med befolkningen som helhet er det betydelig flere innvandrere som har jobber som innebærer stående arbeid og/eller stadig gjentatte løft i ubekvemme stillinger. Flere har også monotont arbeid, dvs. at de gjentar de samme arbeidsoppgavene det meste av tiden, og de utsettes i større grad for sterk støy, støv, gass, damp og hudirriterende stoff (13, 18). En rapport fra Arbeidstilsynet viser at langt flere får sjelden eller aldri pauser, og færre får utnyttet sine evner i arbeidet (OR 2,3–3,6) (18).

Nærmere dobbelt så mange blant sysselsatte innvandrere som sysselsatte i den generelle befolkningen vurderer sin egen helse som dårlig, og mer enn fem ganger så mange pådrar seg arbeidsskader som fører til sykmelding. Også dødsulykker er mer vanlig blant sysselsatte innvandrere. Arbeidstilsynet forklarer dette misforholdet ved at innvandrere får, eller påtar seg, mer risikofylte arbeidsoppgaver. Mange har en annen sikkerhetskultur, og løs tilknytning til arbeidslivet kan medføre at påkrevd sikkerhetsopplæring ikke gjennomføres. I tillegg kommer mangelfull språkbeherskelse (18).

Slike forhold finner man ikke bare her i Norge. Det bekreftes i en stor internasjonal oversiktsartikkel om innvandreres helse i *The Lancet* (4). Innvandrere får gjerne jobb gjennom bemanningsbyrå, noe som gjør at deres tilknytning til arbeidslivet ofte er midlertidig og løs. Innbyrdes konkurranse fører til at de påtar seg mer risikofylt arbeid, arbeider mye overtid og, når de blir syke eller pådrar seg skader, unngår å søke legehjelp i frykt for da å bli sykmeldt, som de har erfaring for vil redusere deres muligheter på et stramt jobbmarked. Det handler med andre ord om at innvandrere ofte havner i jobber med stor helserisiko, og lett blir utnyttet av mer eller mindre seriøse arbeidsgivere.



Figur 2: «Et lite stykke Østen» i Oslo. (Foto: Arild Aambø)

Livsstilssykdom

Blant eldre innvandrere er forekomsten av diabetes type 2 betydelig høyere enn i tilsvarende aldersgruppe i befolkningen for øvrig. Spesielt gjelder dette innvandrere fra Sør-Asia, hvor sykdommen rammer opp til seks ganger så hyppig (13). Det er en tydelig sammenheng mellom diabetes og botid blant innvandrermenn, men denne sammenhengen ser man ikke blant innvandrerkvinner. Ettersom diabetes utgjør en betydelig risikofaktor for hjerte- og karsykdom, er det ikke uventet at også hjerteinfarkt forekommer hyppigere i de fleste av de gruppene som SSB har undersøkt. Særlig er menn fra Sør- og Sørøst-Asia rammet, mens risikoen for menn fra Polen, Eritrea og Somalia synes å være mindre enn for menn i resten av befolkningen (17).

Helserelatert adferd varierer mye både mellom innvandrere og vertsbefolkningen og de ulike innvandrergruppene seg imellom. Det gjelder for eksempel røyking og alkoholkonsum. Noen grupperinger har et helt minimalt forbruk, mens andre har et forbruk på nivå med vertsbefolkningens eller, når det gjelder røyking, betydelig høyere. Overvekt forekommer hyppig i de fleste av de undersøkte gruppene. Særlig er somaliske kvinner utsatt, mens overvekt blant somaliske, eritreiske og vietnamesiske menn er sjeldnere enn blant menn i resten av befolkningen. Når det gjelder helsefremmende

tiltak, er deltakelsen i fysisk aktivitet lav i de fleste innvandrergupper, og særlig blant innvandrerkvinner (14).

Psykiske lidelser

I SSBs undersøkelse ble forekomsten av psykiske plager målt med Hopkins Symptom Check List (HSCL-5). I hele befolkningen fikk 6 % en skår på > 2, som indikerer nedsatt funksjonsevne. I innvandrerguppene var det dobbelt så mange (12 %) som fikk denne skåren. Men også her var det stor variasjon mellom gruppene. Mens man i gruppene fra Somalia, Eritrea, Vietnam og Sri Lanka, alle grupper med mange flyktninger, fant skår > 2 hos 6 – 7 %, var andelen blant dem fra Pakistan, Iran, Irak og Tyrkia mer enn tre ganger så stor. Høyest andel fant man i den iranske gruppen, tett fulgt av den irakiske, med henholdsvis 22 % og 21 %. De fleste skåret høyt for uro og bekymring (ca. 20 %) (17).

Blant innvandrerne er det også betydelig flere som skårer høyt på ensomhet og søvnproblemer enn i befolkningen for øvrig. Variasjonen mellom nasjonalgruppene er betydelig, og utbredelsen synes spesielt stor blant dem med iransk, irakisk, pakistansk eller tyrkisk bakgrunn (17). Også her spiller alder en betydelig rolle. Mens tendensen i resten av befolkningen er at forekomsten av psykiske plager er mindre blant dem i alderen 45 til 66 år, er det nettopp denne gruppen som er aller mest plaget blant innvandrerne, blant kvinnene 18,6 % mot 4,4 % i befolkningen for øvrig. Den samme tendensen gjelder for menn.

Verken forekomsten av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) eller psykoser ble undersøkt i SSBs levekårsundersøkelse. En kunnskapsoppsummering om PTSD blant flyktninger og krigsveteraner viser at det er svært stor forekomstvariasjon mellom ulike undersøkelser, fra 8 % (19) til nærmere 50% (20, 21). Denne variasjonen skyldes ikke minst metodiske problemer.

Psykosar, derimot, forekommer relativt sjelden, men det har lenge vært kjent at risikoen er økt blant innvandrere. Menn rammes i større grad enn kvinner, men også her er det stor variasjon mellom ulike nasjonalgrupper. Flyktninger synes å være en spesielt utsatt gruppe. I en svensk registerstudie var forekomsten av schizofreni blant flyktninger ca. 1,3 promille, det vil si tre ganger så høy som i vertsbefolkningen og 1,7 ganger så høy som blant andre innvandrere, i begge tilfeller korrigert for mulige tilslørende faktorer. Innvandrere fra land sør for Sahara viste seg her å være særlig utsatt. De hadde mer enn fire ganger så høy forekomst av schizofreni som vertsbefolkningen. Overraskende nok fant man i denne gruppen *ingen* forskjell mellom flyktninger og ikke-flyktninger (22).

Infeksjonssykdommer

Heller ikke forekomsten av infeksjonssykdommer ble kartlagt i SSBs levekårsundersøkelse, men tall fra FHI indikerer at enkelte infeksjonssykdommer er overrepresentert blant innvandrere, spesielt asylsøkere (23, 24). For det store bildet har infeksjonssykdommer likevel relativt liten betydning. Det er dessuten minimal fare for at innvandrere skal utgjøre en smitterisiko for resten av befolkningen.

Utfordringer for helsetjenesten

Forekomsten av diabetes øker over hele kloden, men etniske minoriteter og migranter synes å være spesielt utsatt. Flytting fra land til by eller fra lavinntektsland til høy-inntektsland medfører ofte betydelige endringer i livsstil og kostvaner. Det dreier seg hovedsakelig om økt inntak av sukker- og fettrike matvarer, mindre bruk av grønnsaker og belgfrukter og redusert fysisk aktivitet. Slike endringer, som kan ha sammenheng med, eller kommer i tillegg til at innvandrere som nykommere oftere har økonomiske problemer å slite med og oftere er utsatt for stressende omgivelser, disponerer for utvikling av livsstilsrelaterte sykdommer som diabetes type 2 og hjerte- og karsykdom. Selv om en viss genetisk disposisjon neppe helt kan utelukkes, betyr livsstil, økt kaloriinntak, mangel på fysisk aktivitet og den alløstatiske belastningen, som innvandreren utsettes for på grunn av det vedvarende stresset, langt mer (15).

Alløstatisk overbelastning som medfører at kroppens regulerende mekanismer ikke lenger fungerer tilfredsstillende, kan påvirke epigenetisk regulering og føre til blant annet metabolske forstyrrelser, kronisk tretthetssyndrom, psykiske lidelser og tidlig aldring. Mange studier viser at forhold som vedvarende fattigdom, jobbrelatert stress, konfliktfylte relasjoner, opplevd diskriminering, søvnmangel og andre forhold som gjerne følger av bestrebelsene på å tilpasse seg et nytt samfunn (15), er særlig viktige i denne sammenhengen. I følge SSBs undersøkelse er det mange av innvandrerne som skårer høyt på slike forhold (13, 14).

I tillegg kommer det å måtte forholde seg til uvant klima og uvante omgivelser, utfordringene ved å skulle tilegne seg et nytt språk, uvante og til dels ukjente kulturelle forventninger og praksis, utfordrende møter med nye institusjoner og organisasjonsformer og, ikke minst, diskriminering. Blant dem som opplever seg diskriminert er det mer enn dobbelt så mange som rapporterer om psykiske problemer som blant dem som ikke opplever diskriminering (14). Det ser altså ut til at det er livssituasjonen i vertslandet og eventuelle negative sosiale erfaringer der som betyr mest for innvandreres helse (6, 25), selv om vi heller ikke må glemme at mange har vært utsatt

for krigstraumer, vold og politisk forfølgelse før eller under migrasjonen, og at dette også kan gi seg utslag i form av senvirkninger.

Det er viktig at helsearbeidere av ulike kategorier er i stand til å forholde seg til dette komplekse bildet. Ofte handler det mer om pasientens helsekompetanse enn hans eller hennes kulturelle bakgrunn. Mye kan gjøres gjennom gode samtaler, dels ved at helsearbeideren hjelper pasienten til å få oversikt over hvilke faktorer som virker inn på helsen, dels ved at helsearbeideren motiverer til og legger til rette for at innvandrerpasienten selv kan ta tak i sine problemer. Men en må da være oppmerksom på at hvis det skal skje, må vedkommende være motivert til å ta kontroll over sin livssituasjon. Det forutsetter både tiltro til egen, tidligere ervervet kompetanse og god, relevant og forståelig informasjon om det norske samfunnet og hva som kan forventes av den norske helse- og sosialtjenesten.

Det er ikke alltid mulig å arbeide meningsfullt med slike forutsetninger i løpet av en tilmålt konsultasjon. Erfaringen viser dessuten at enkle, individbaserte løsninger hvor det forutsettes at innvandreren selv har full kontroll over situasjonen, heller ikke alltid fører fram. Det finnes likevel en rekke eksempler på at så vel kommuner som frivillige eller ideelle organisasjoner har grepet tak i utfordringene og funnet måter å arbeide på som både er effektive og meningsfulle for de som måtte være involvert. Her følger et lite utvalg av slike tiltak.

Noen gode eksempler

Da Vinje kommune i 1987 mottok en gruppe somaliske flyktninger, ble disse møtt med interesse og nysgjerrighet blant bygdefolket, som også var flinke til å ta kontakt med nykommerne. Skolen gjorde en stor innsats. Det mest interessante i denne sammenhengen var likevel det lokale '*kjerringrådet*'. Kvinner fra Vinje begynte å treffe somaliske kvinner hjemme hos seg selv og hverandre. Etter hvert kom også andre innvandrerkvinner til, og det ble utvekslet erfaringer om saker som opptok dem: Barneoppdragelse, skolehjem-samarbeid, uskreve regler og norske koder. Det ble dessuten dannet transkulturelle nettverk, godt understøttet av aktiviteter som matlaging, sang og dans. Kanskje betød det også noe at somalierne, som i stor grad kom fra den somaliske landsbygda, kunne identifisere seg med geita i kommunevåpenet. Vinje kommune ble i 2008 tildelt Amnestyprisen for god integrering (26).

I Rælingen kommune tilbyr flyktning- og inkluderingstjenesten *foreldreveiledning* for flyktninger og andre nyankomne innvandrere. En bærende ide er at det ikke er nok å få informasjon om hva som er lov og ikke lov her i landet, hvis man ikke også hjelper foreldre til å finne ut hvordan de kan



Figur 3: Moskeen i Åkebergveien er blitt et landemerke. (Foto: Arild Aambø)

mestre sin nye rolle som foreldre i Norge. Også her legges det til rette for at innvandrere kan utveksle erfaringer og slik bli bevisste på hva de allerede gjør som er bra for barna. Dette skaper refleksjon rundt foreldrenes egen integreringsprosess og hvilke verdier som ligger til grunn. I dette arbeidet gjør kommunen seg nytte av minoritetsspråklige veiledere med samme morsmål som gruppen de skal veilede. Dette bidrar til at det utvikles tillit og at trygge relasjoner bygges (27).

I Arendal kommunes flyktningepplan 2012–2015 blir biblioteket framhevet som kanskje den viktigste møteplassen for innvandrere, et samlingspunkt i lokalsamfunnet og et arnested for informasjonsutveksling og personlig vekst. Her tilbys, ved siden av flerspråklig litteratur, dessuten gratis utlån av film og musikk. Ved siden av en tilgjengelig og god helsetjeneste og fornuftige rutiner for planlagte helseundersøkelser, bidrar dette til ny læring og mestring, og på sikt redusert allostatisk belastning (28).

Eksemplet Oslo

De mange innvandrerne i Oslo – i enkelte områder i Groruddalen og Søndre Nordstrand over 50 % av befolkningen – det store antall opprinnelsesland, og det språklige og kulturelle mangfoldet dette medfører, fører til at helsetjenestene her står overfor spesielt store utfordringer. Dette har ført til en rekke spesielle tiltak, både i privat og offentlig regi.

«Primærmedisinsk verksted» (PMV) er et flerkulturelt senter for helse, dialog og utvikling. PMV ble opprettet i 1994 som et prosjekt under Miljøbyen Gamle Oslo og hadde som målsetting å utvikle metoder for helsefremmende arbeid som bydelens befolkning – inkludert innvandrerne – fant meningsfulle og som de ville investere energi i å gjennomføre (29). PMV, samt flere ulike underprosjekter som ble utviklet her – fra kurs i tradisjonell matlaging, først utviklet av de pakistanske kvinnene ved senteret, til prosjekter rettet mot helseskadelige skikker som omskjæring av kvinner og tvangsekteskap, til rehabilitering for innvandrer gutter og -menn som sonet i Oslo kretsfengsel – har flere ganger vært gjenstand for ekstern evaluering (30). Senteret ble i 1998 overtatt av Stiftelsen Kirkens Bymisjon i Oslo med en visjon om å fremme respekt, rettferdighet og omsorg også for innvandrere av ulike kategorier.

En grunntanke er at alle har noe positivt å bidra med, og at det derfor er viktig at den enkelte blir kjent med sine egne ressurser og fatter tiltro til egen kompetanse. Rundt aktiviteter som brukerne opplever som meningsfulle, utvikles dialog om trivielle så vel som mer sensitive emner, og det skapes sosiale nettverk og mestringsfølelse (31). Enkelte av brukerne, inkludert flere med til dels svært mangelfull formell utdanning, men som flittig

har benyttet seg av PMVs tilbud, fungerer som «naturlige hjelpere» eller brobyggere mellom de ulike miljøene og det offentlige tjenesteapparatet (29).

Europarådet har senere, dels på bakgrunn av PMVs arbeid, framhevet den betydningen ikke-profesjonelle eller para-profesjonelle («neighbourhood mothers») uten formell utdanning kan ha som brobyggere over gapet mellom offentlige institusjoner og deres egne miljø (32). En slik funksjon har også *Bydelsmødrene*, en ideell organisasjon basert på frivillig arbeid, startet av Nasreen Begum i 2016. Bydelsmødrene er utvalgte ressurssterke kvinner, primært med etnisk minoritetsbakgrunn. De går gjennom et opplæringsprogram om tema som foreldrerollen, arbeid og helse. Det er så langt etablert frivillige Bydelsmødre-foreninger i fem bydeler i Oslo (33).

«Helseforum for kvinner» i Oslo er en frivillig organisasjon som gjennom personlig tilpasset lavterskel-trening, språktrening og dialog ønsker å stimulere til nettverksdannelse og selvhjelp, helsefremming og inkludering. De fleste av brukerne har både psykiske og fysiske helseplager, og trenger således et helhetlig tilbud med sosiale og fysiske aktiviteter, samt kunnskap, veiledning, tilrettelegging og bistand. Brukerundersøkelser viser at deltakerne utvider sin bekjentskapskrets, ivaretar sin morsrolle bedre, og lettere deltar på arbeidsmarkedet (34).

Oslo Røde Kors og Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo driver også «Helsesenteret for papirløse migranter». Papirløse migranter er personer som har fått endelig avslag på søknad om asyl, men som av ulike årsaker fortsetter å oppholde seg i Norge. Oslo Røde Kors og Kirkens Bymisjon tilbyr gratis helsehjelp til denne gruppen, samt for andre uten oppholdstillatelse, eller innvandrere som aldri har blitt registrert av norske myndigheter (35).

Av de ulike offentlige tiltakene på bydelsnivå må nevnes «Verdenshuset Haugenstua», et flerbrukshus som er drevet av Bydel Stovner. Bygd på erfaringer fra blant annet MoRo-prosjektet (36), er det her skapt en sosial møteplass hvor integrering, jobb, foreldrerolle og helse er gjennomgangstema. Her holder også Stovner frisklivs- og mestringssenter til. Det drives aktivitetsgrupper, og det arrangeres kurs, for eksempel om sunt kosthold. I tillegg til aktiviteter i regi av bydelen, tilrettelegges det for at frivillige organisasjoner kan drive aktiviteter for barn og unge (37).

I Sagene Bydel i Oslo har man satset på å skape et tryggere og bedre bomiljø for barn og voksne ved at beboerne kommer ut og bruker uteområdene. Dette bidrar til mer åpenhet og kontakt beboerne imellom. Her legges vekt på at beboerne, spesielt barnefamilier, medvirker aktivt til utforming og gjennomføring av aktivitetene. Andre offentlige og frivillige aktører dras så inn alt etter hvilke behov som avdekkes og hvilke oppgaver



Figur 4: Tilpasning til klimaet kan også være en utfordring når kulturer møtes. (Foto: Øivind Larsen)

beboerne prioriterer. Tiltakene utformes så i samarbeid med beboerne ut fra deres egne prioriteringer og beslutninger. Det settes altså ikke i gang med ferdige tiltak hvor barn og foreldre blir bedt om å være med.

Blant de mest populære og effektive tiltakene som er utviklet på denne måten er «Leksehjelpen». Denne foregår på det lokale biblioteket, der studenter og pensjonister hjelper innvandrerbarn med leksene (38). Blant de offentlige som er involvert, er ideologien tilgjengelighet og nærhet uten å overta styringen.

Disse eksemplene viser at selv om ikke helsearbeidere kan eller bør ta ansvar for innvandreres livssituasjon, så er det mye som kan gjøres for å lette stresset ved å være ny i et samfunn, ikke minst ved å vise interesse og engasjement, ved å etablere gode møteplasser, og ved god tilrettelegging. I mange kommuner og lokalmiljøer er det en viktig oppgave for helsearbeiderne å være pådriver for at slike eller andre, lignende tiltak etableres – så langt det er mulig i samarbeid med de aktuelle innvandremiljøene. Kanskje vil man da på sikt kunne lette integreringen, redusere det akkumulerte stresset og således bidra til at innvandrernes helsepotensial bevares.

Litteratur

1. Nylenna M. *Samfunnsmedisin på norsk*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2019.
2. *Innvandrere i Norge 2017*, SSB, 2017. https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/332154?_ts=162901a1050
3. *14 % av befolkningen er innvandrere*, SSB. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/14-prosent-av-befolkningen-er-innvandrere>
4. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML et al. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet* 2018; 392: 2606-54.
5. Ødegaard Ø. Emigration and insanity; a study of mental disease among the Norwegian born population of Minnesota. *Acta Psychiatrica and Neurologica* 1932; Suppl 4.
6. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review *Am J Psychiatry* 2005; 162: 12-24.
7. Kennedy S. The Healthy Immigrant Effect: Patterns and Evidence from Four Countries. *Int. Migration and Integration* 2015; 16: 317- 32. Doi: 10.1007/s12134-014-0340x
8. Ro A, Fleischer NL, Blebu B. An examination of health selection among U.S. immigrants using multi-national data. *Soc Sci Med* 2016; 158: 14-21. Doi: 10.1016/j.socsci-med.2016.04.23
9. Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A. The healthy migrant effect in primary care. *Gac Sanit.* 2015; 29(1):15-20. Doi: 10.1016/j.gaceta.2014.07.007
10. Syse A, Strand BH, Næss Ø, Steingrimsdóttir OA, Kumar BN. Differences in all-cause mortality: a comparison between immigrants and the host population in Norway 1990-2012. *Demographic Research* 2016; 34(22): 615 – 56. Doi: 10.4054/DemRes.2016.34.22
11. Diaz E, Poblador-Pou B, Gimeno-Feliu L-A, Calderón-Larrañaga A, Kumar BN, Prados-Torres A. Multimorbidity and Its Patterns according to Immigrant Origin. A Nationwide Register-Based Study in Norway. *PLoS ONE* 2015; 10(12): e0145233. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145233>
12. Diaz E, Kumar BN, Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Poblador-Plou B, Prados-Torres A. Multimorbidity among registered immigrants in Norway: The role of reason for migration and length of stay. *Tropical Medicine and International Health.* 2015; 20 (12): 1805-14.
13. Vrålstad S, Wiggen KS. red. *Levekår blant innvandrere i Norge 2016 Rapport 2017/13*. Oslo: SSB, 2017.
14. Kjøllesdal M, red. *Helse blant innvandrere i Norge – Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016*. Oslo: FHI, 2019.
15. Beckie T. A Systematic Review of Allostatic Load, Health, and Health disparities *Biological Research for Nursing.* 2012; 14(4): 311-46.
16. Bhopal RS. *Migration, Ethnicity, Race, and Health in Multicultural Societies*. Oxford: Oxford University Press, 2014.
17. Blom S. *Helse. I: Vrålstad S, Wiggen KS, red. Levekår blant innvandrere i Norge 2016*. Oslo: SSB 2017: Kapittel 17. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/309211

18. Arbeidstilsynet. Helseproblemer og ulykker i bygg og anlegg *Kompass-Tema* 2018; 2 <https://www.arbeidstilsynet.no/globalassets/om-oss/forskning-og-rapporter/kompass-tema-rapporter/2017/kompass-tema-nr-1-2017.pdf>
19. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005; 365: 1309-14 .
20. Bustamente LHU, Cerqueira RO, Leclerc E, Brietzke. Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2018; 40: 220 – 5.
21. Spottswood M, Davydow DS, Huang H. The Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Primary Care: A systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry* 2017; 25 (4): 159-69.
22. Hollander AC, Dal H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride JB, Dalman C. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ* 2016; 352: i1030
23. *Innvandring og smittevern (Inkludert adoptivbarn) – Veileder for helsepersonell* FHI <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/13.-innvandrere-og-smittevern-inklu/>
24. *Risiko for smittsomme sykdommer hos asylsøkere* FHI <https://www.fhi.no/sv/asylsokeres-helse/risiko-for-smittsomme-sykdommer-bla/>
25. Morgan C, Hutchinson G. The social determinants of psychosis in migrant and ethnic minority populations: a public health tragedy. *Psychological Medicine*. 2010; 40: 705 – 9.
26. Der kjerringene ruler. <https://www.tv2.no/a/2979934/> Lastet ned 13.01.2020
27. *Trygge foreldre i nytt land*. <https://www.imdi.no/case/foreldreveiledning-i-ralingen/> Lastet ned 13.01.2020.
28. *Flyktningeplan for Arendal kommune 2012–2015*. https://www.arendal.kommune.no/_f/p1/i6860d0e9-163d-4689-b06c-5b8698079ced/flyktningplan.pdf
29. Aambø, A. Tasteful Solutions. *Contemporary Family Therapy* 1997; 19(1): 63 – 79.
30. De Freitas C, Garcia-Ramirez M, Aambø A, Buttigieg SC. Transforming Health Policies through Migrant User Involvement: Lessons Learnt from Three European countries. *Psychosocial Intervention*. 2014; 23: 1 – 9.
31. *Primærmedisinsk verksted (PMV)* <https://kirkensbymisjon.no/pmv-flerkulturelt-ressurs-senter-i-oslo/om-oss/>
32. Mejer P, Reeger U. Innovative social policies and organization of services: innovation in service and service delivery; co-production and partnership between administration and population. *Innovatory Social Policies in the City. Proceedings from the Oslo Conference 22 to 24 June 2000, Volume 2*. S.51 European committee for Social Cohesion (CDCS), Council of Europe Publishing, 2001.
33. *Bydelsmødre bringer håp og forandring i kvinners liv*. <https://www.bydelsmor.no/> Lastet ned 27.01.2020.
34. *Helseforum for kvinner, Samling av brukerundersøkelser 2015–2017*. <https://helseforum-forkvinner.no/news/resultater/> Lastet ned 13.01.2020.
35. *Helsesenter for papirløse i Oslo*. <https://www.rodekors.no/lokalforeninger/oslo/aktiviteter/flyktninger-og-innvandrere/helsesenter-for-papirløse-i-oslo/>

36. Lorentzen C, Ommundsen Y, Jenum AK, Ødegaard AK. *MoRo «Mosjon på Romsås» – en intervensjon for å fremme fysisk aktivitet i en multietnisk befolkning i Oslo øst Erfaringer og resultater fra MoRo-prosjektet*. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-fra-romsas-og-furuset-moro-2006-pdf.pdf> Lastet ned 27.01.2020.
37. *Verdenshuset på Haugenstua*. <https://www.oslo.kommune.no/natur-kultur-og-fritid/verdenshuset-haugenstua/#gref> Lastet ned 27.01.2020.
38. *Virke sammen – bomiljøsuksess gjennom samvirkemodell*. <https://www.veiviseren.no/forstaa-helheten/eksempler-og-erfaringer/virke-sammen-bomiljosuksess-gjennom-samvirkemodell> Lastet ned 13.02.2020.

Arild Aambo
Enhet for migrasjonshelse
Folkehelseinstituttet
Arild.Aambo@fhi.no

Offentlig folkehelsearbeid i Oslo: et tilbakeblikk

Michael 2020; 17; 528–35.

Det offentlige helsearbeidet i den norske hovedstaden var først og fremst hjemlet i Sundhedsloven av 1860. De utøvende funksjonene ble ivaretatt av Sundhedscommissionene, de senere helseråd, under ledelse av de offentlige legene, i Oslo av Stadsfysikus. En sentral person i oppbyggingen av Norges helsevesen i årene etter den andre verdenskrig var helsedirektør Karl Evang, som var tilhenger av en sterkt faglig styring. Han samarbeidet med Oslos senere stadsfysikus Fredrik Mellbye, et samarbeid som fikk stor betydning både for hovedstaden og for resten av landet. Fra 1970-årene skjedde det en rekke omorganiseringer og fordeling av Oslo helseråds oppgaver på andre organisatoriske enheter. Lovgrunnlaget ble også endret da den nye kommunehelsetjenesteloven ble gjort gjeldende fra 1984.

Da Sundhedsloven ble vedtatt i 1860, ble det bestemt at alle kommuner skulle ha en *Sundhedscommission* under ledelse av en lege, primært embetslegen (1). I Christiania, fra 1877 Kristiania, hadde denne legen betegnelsen *Stadsphysicus*. Denne legen var også sunnhetskommisjonens ordfører med dobbeltstemme, som kunne brukes om det knep når det kom til voteringer. Fra omkring 1904 og i årene utover ble betegnelsen *Sundhedscommission* etter hvert endret til *Helseråd* i alle norske kommuner. I hovedstaden skjedde det først i 1924, samtidig som byen endret navn fra Kristiania til Oslo. I Oslo ble *Helserådet* som begrep stående til 1988. Da ble virksomheten omorganisert og oppgavene lagt til flere andre instanser.

«Systemet Evang»

Legen Karl Evang (1902–1981) som ble utnevnt til medisinaldirektør i 1938, og som tilbragte krigsårene i London, var opptatt av at helsevesenet skulle ha en sterk *faglig* ledelse, ifølge biografen Trond Nordby «et fagstyre av leger som stod over alle særinteresser i samfunnet» (2). I 1941, mens



Figur 1: Oslo Helseråds gamle bygning, St. Olavs Plass 5 var oppført som en skole i 1869, men Sundhedscommissionen, senere Helserådet, hadde lokaler der fra 1887. Blant annet på grunn av skader under Den annen verdenskrig ble det vedtatt å rive den, hvilket skjedde i 1965, og erstatte den med et meget modernistisk nybygg i 1969. (Ukjent fotograf, Oslo Museum/OB.F03237b)



Figur 2: Det trekantede nybygget for Oslo Helseråd ble oppført mellom St. Olavs plass, St. Olavs gate og Pilestredet i 1969 av arkitekt Erling Viksjø (1920–71), og står nå på byantikvarens «gule liste». Etter omorganiseringen av Helserådet har bygningen vært brukt av det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo. (Foto: Chris Nyborg 2013, «Oslobilder»)

regjeringen og Evang befant seg i London, ble de oppgavene som tradisjonelt tilhørte Sosialdepartementets medisinalavdeling, lagt inn under Medisinaldirektoratets myndighetsområde. Evang var godt fornøyd med denne ordningen. Mens det ennå var krig og han satt i London, laget han et utkast til en kongelig resolusjon som skulle legges fram når freden kom. Han måtte, av formelle grunner, datere dette utkastet, og han valgte en tilfeldig dato en gang inn i framtiden. Han valgte da ved et tilfelle simpelthen fredsdagen 8. mai 1945!

Resolusjonsteksten lød slik: «Sammenslutningen av Medisinalavdelingen og Medisinaldirektoratet opprettholdes i form av et Helsedirektorat. Forholdet mellom Helsedirektoratet og departementet gjøres til gjenstand for særskilt utredning. Inntil videre skal Helsedirektøren selv foredra alle direktoratets saker for statsråden ...».

Etter at freden var kommet og Evang hadde vendt tilbake til Oslo, presenterte han i september 1945 på Legeforeningens landsmøte *Femårsplan for gjenreisning av folkehelsen*. Her bebudet han fire innsatsområder:

- Reorganisering av den sentrale medisinaladministrasjonen
- Reorganisering av sykehusvesenet
- Styrking av det offentlige legevesen
- Gjennomgang av helselovgivningen, blant annet Sundhedsloven.

Så kan vi spørre: Hvilke konsekvenser fikk Helsedirektørens synspunkter for gjenreisningen av folkehelsen og folkehelsearbeidet i Oslo i etterkrigstiden, fram til begynnelsen av 1970-tallet? Hva førte det til av konkrete endringer for Oslos vedkommende?

Neppe så mye, ettersom legeembetet i Christiania – senere Oslo – helt siden 1860 hadde vært en kombinasjon av et stadslegeembete og et fylkeslegeembete. Dertil kom at Oslo kommune sørget for at jobben som helserådsordfører også skulle kombineres med stillingen som en kommunal administrasjonssjef. Dette førte til, sa Fredrik Mellbye (1917–99), senere stadsfysikus i Oslo, at helserådet og dets ordfører stadig ble stilt overfor kompliserte og overraskende oppgaver, hvis løsninger kunne være gjenstand for betydelig og faglig politisk uenighet. Det førte til en lang rekke aktiviteter som med tiden sprang ut av Sundhedsloven og de særlovene som fulgte i dens fotspor. Men hele tiden gjaldt følgende: stadsfysikus var sjefen for det meste, og han var *læge*!. Dette var uten tvil helt i Evangs ånd.

En god del av helserådets aktiviteter gjaldt miljørettet helsevern – enten det dreide seg om konkrete vedtak eller mer indirekte i form av ulike typer påvirkning og medvirkning. Mange av disse oppgavene ble lagt på andre hender etter 1987 med tilsvarende endringer i administrative ordninger.

1970-tallet

Dette var tiden for oppbrudd, demokratisering og desentralisering og vilje til nytenkning, ikke minst ved Oslo helseråd. Det var nettopp Fredrik Mellbye som fikk innflytelse på det som skjedde både der og i resten av landet. Mellbye hadde sin legeutdannelse fra Universitetet i Oslo og en Master of Public Health fra Johns Hopkins University fra 1950. Han var Statens overlege for hygiene i Helsedirektoratet 1950-72, og stadsfysikus i Oslo 1972-85.

Hygiene var den tids begrep for samfunnsmedisin. Stadsfysikus var byens helserådsordfører som måtte forholde seg både til staten og bystyret. Dessuten hadde embetet fylkeslegefunksjonene for Oslo.

I august 1986 kom det ut et festskrift for Fredrik Mellbye, *Samfunnsmedisin i praksis*, som beskriver hva som ble utviklet fra kontorlokalene på St Olavs plass i Oslo på 1970- og 1980-tallet (3). Her er artikler om teori, historie og praksis knyttet til smittsomme sykdommer, miljø, vansker i livet, avsnitt i livet, livsstil, organisering og fordeling av helsetjenester. Og opprettelsen av en avdeling for tiltak mot AIDS, som kanskje den første i verden, våren 1983.

Fredrik Mellbye var ikke bare innflytelsesrik i kraft av sin faglige dyktighet. Han var også karismatisk, og en som kunne overraske med sine nye perspektiver. Han ble blant annet berømt for å gi sine ansatte fri en sommersoldag. Denne episoden beskriver han selv slik i boken *Slit med helsa*: «Sommeren 1979 var usedvanlig regnfull i Oslo. Jeg ga helserådets funksjonærer en fridag da solen igjen viste seg, slik at vi kunne gjenvinne humøret. «Soldagen» ble omtalt i pressen verden over» (4).

Han konkluderer for øvrig i boken med at «Den viktigste miljøfaktor for det enkelte menneske er menneskene det lever sammen med. Vi har ansvar for hverandres liv, helse og trivsel i langt større utstrekning enn vi vanligvis forestiller oss. Et menneske kan ikke utvikle seg til det vi kaller et individ uten i samspill med andre mennesker. Under slikt samspill formes vår personlighet, fremmes våre arvede egenskaper, skapes den kulturelle arv. Denne arv er det såmenn langt vanskeligere å føre over til etterfølgende generasjon enn egenskapene bundet til arvestoffet selv, til våre gener.» (4).

Mot slutten av 1970-tallet ble det laget utredninger som skulle danne grunnlaget for nye lover på 1980-tallet. Det var i kjølvannet av den såkalte Juel-komitéens innstilling i 1979 (5), og Nyhus-utvalgets rapport i 1979 (6) at kommunehelsetjenesteloven ble vedtatt i 1982. Den ble gjort gjeldende fra 1984. I 1988 ble det gitt eget regelverk for miljørettet helsevern. I 1995 fikk vi smittevernloven. Dermed forsvant de siste paragrafene i Sundhedsloven etter 135 års tjeneste.

Organisatoriske løsninger etter 1987

Helsepolitisk stod Oslo kommune overfor flere utfordringer i tiden fra 1987 og utover. Samtidig kom det flere statlige reformer som også fikk konsekvenser for både organisering og økonomi i Oslo kommune (7).

De første omorganiseringene startet allerede i 1988. Da ble en rekke tjenester lagt ut til bydelene. Det dreide seg om pasient- og klientrettede tjenester. Andre tiltak av mer byomfattende karakter ble beholdt sentralt i kommunen, bl.a. deler av smittevernet og folkehelsearbeidet. Det gjaldt også sykehusene inntil 2002 da de regionale helseforetakene overtok ansvaret.

Kommunens arbeid med klima og miljø ble også gjenstand for omorganiseringer fra 1987 og i årene som fulgte.

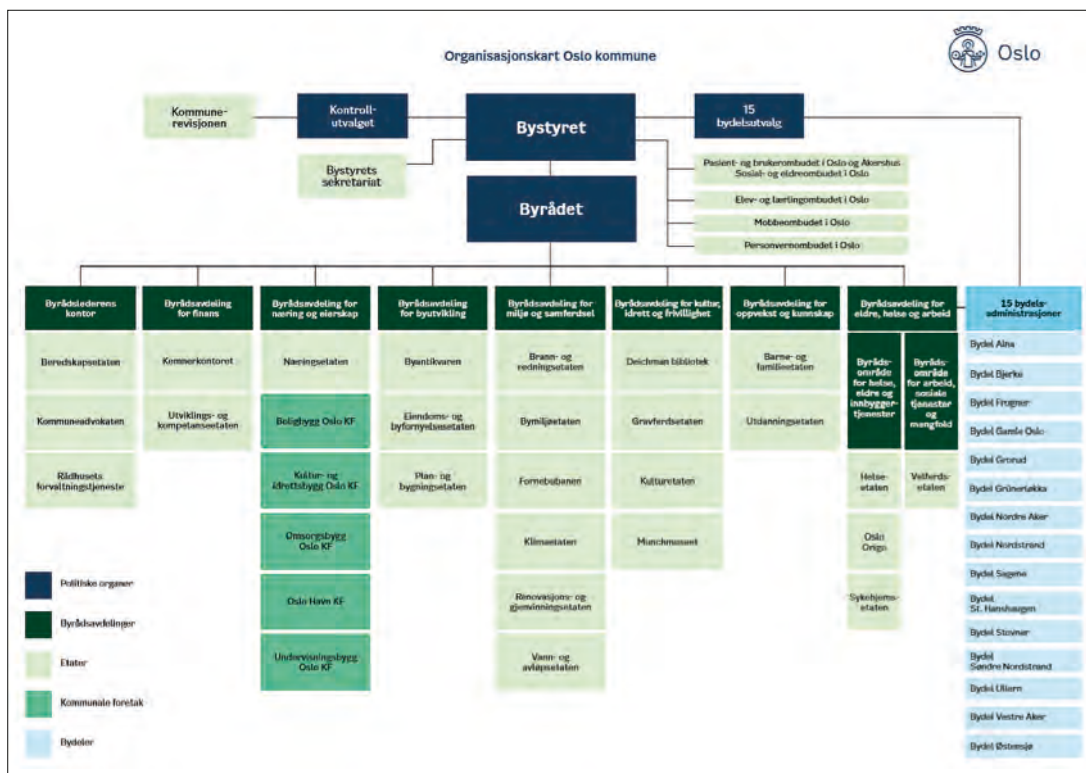
Oslo helseråd ble omorganisert og nedlagt i 1988. Flere av helserådets oppgaver ble overført til bydelene. Miljørettet helsevern av byomfattende karakter ble overført til *Etat for miljørettet helsevern*. Etat for miljørettet helsevern ble i 1993 omorganisert og nedlagt samtidig som *Etat for miljørettet helsevern og næringsmiddeltilsyn* ble etablert; den nyetablerte etaten het 1999–2004 *Helsevernetaten*, fra 2004 *Helse- og velferdsetaten*. Denne etaten ble i 2012 delt i *Helseetaten* og *Velferdsetaten*.

Dagens organisasjonskart viser hvordan oppgaver og ansvar som direkte eller indirekte har med folkehelse å gjøre, er fordelt på alle byrådsavdelingene, inkludert de enkelte bydelene (figur 3). Som figuren viser, er helseetaten bare én av mange kommunale etater eller foretak. Helseetaten er Oslo kommunes fagetat på helseområdet. Arbeidsområder er allmennlegevakt, tannhelsetjenester, folkehelsearbeid og oppgaver knyttet til omsorgstjenester og psykososiale tjenester. Helseetaten har også ansvar for drift og utvikling av kommunens fagsystemer på helse- og omsorgsområdet. Helseetatens visjon er «Sammen for bedre Oslohelse». Det er viktig å minne om at i henhold til Folkehelseloven av 2011 er det kommunen som sådan, og ikke en enkelt etat som har ansvaret for folkehelsearbeidet.

«Resept for et sunnere Oslo»

Interessen for systematisk arbeid for å sikre folkehelsen i Norge etter midten av 1980-tallet førte for Oslos vedkommende til etablering av *Forum for folkehelsearbeid i Oslo* som et kontaktforum mellom bydelene og byrådsavdelingen. Senere ble denne kontakten administrert av Helsevernetaten.

På nasjonalt plan fikk vi Stortingsmelding 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge* (8). Oslo fulgte opp dette ved å beslutte utarbeidelse av et folkehelseprogram i 2004. I budsjettforslaget for 2004, del 02, side 34–35 ble følgende fremsatt:



Figur 3. Organisasjonskart for Oslo 2020.

«Byrådet forutsetter at bydelene følger opp St. meld. nr. 16 (2002–2003) Målet med meldingen er et sunnere Norge gjennom en politikk som bidrar til: Flere leveår med god helse i befolkningen som helhet og reduksjon av helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn. For å oppnå dette målet må den samlede samfunnsmedisinske kompetansen i Oslo være tilstrekkelig og hver bydel ha tilgang til et nødvendig omfang av medisinsk rådgivning. For å sikre økt oppmerksomhet mot det forebyggende og helsefremmende arbeidet, ivaretagelse av lovpålagte oppgaver og habilitet i den medisinske rådgivningen, må bydelene satse på stillinger for medisinsk faglig rådgiver og et nært samarbeid med Helsevernetaten. Med denne samfunnsmedisinske kompetansen som grunnlag og i tråd med føringene i St. meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge, vil byrådet utarbeide et folkehelseprogram for Oslo i 2004. Byrådet vil prioritere forhold som bedrer den fysiske helse blant annet gjennom påvirkning av levevaner og levestandard. Byrådet vil også satse på den psykiske helsen gjennom

å legge til rette for opplevelser av mestring, god selvfølelse, menneskeverd, trygghet, respekt og synlighet».

En styringsgruppe for folkehelseprogrammet for Oslo besluttet at det skulle utarbeides et grunnlagsdokument for det videre arbeidet. I dette dokumentet som ble utarbeidet av Anders Smith høsten 2003, var det et ganske omfattende kapittel om de spesielle utfordringene i Oslo. Innledningsvis ble det pekt på de utfordringene som ligger i at noen tiltak er kortsiktige, mens andre har et til dels svært langsiktig perspektiv. Og nært knyttet til dette: at noen tiltak virker svært indirekte inn på folks helse, mens andre kan ha en mer direkte (synlig) effekt. Dokumentet minnet om betydningen av konsekvensutredninger, om medvirkning/påvirkning fra helsemyndighetenes side overfor statlige og andre kommunale myndigheter (retten og plikten til å «bry seg») samt betydningen av å utvise et godt faglig skjønn som også inkluderer plikten til å tenke og dokumentere *forholdsmessighet*. Det ble mye spalteplass på statistikk for Oslo; beskrivelse av befolkningen: geografiske forskjeller i byen, vitalstatistikk, sosial ulikhet og dødelighet, svangerskap, nyfødte og første leveår, barn og unge, innvandrere, sykdomsstatistikk, psykisk helse, bruk av tobakk, alkohol og narkotika, kosthold, fysisk aktivitet, fysiske og kjemiske miljøfaktorer samt genetiske faktorer.

Forslagene som grunnlagsdokumentet presenterte, varierte sterkt, avhengig av hvilken del av samfunnslivet som skulle følge dette opp. Noen eksempler på forslag var å etablere «oslonormer» som.:

- «Du skal spise minst ett måltid sammen med noen hver dag»
- «Du skal være medlem av minst tre foreninger eller lag og være aktiv i minst ett av dem». Det ble endatil foreslått at det burde gis fradrag i skatteligningen for slike medlemskap.
- «Ha en innvandrер som husvenn».

Etter hvert som årene har gått, har samfunnsmedisinen som fag og konsept både endret og konsolidert seg (9), og blitt utvidet til å omfatte mange flere av livets sider (10).

Litteratur

1. Schiøtz A. *Folkets helse - landets styrke 1850–2003. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003*. Bind 2. Oslo: Universitetsforlaget 2003.
2. Nordby T. *Karl Evang. En biografi*. Oslo: Universitetsforlaget 1989.
3. Siem H, Berg K, Grünfeld B red. *Samfunnsmedisin i praksis*. Oslo Helseråd i 80-årene. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
4. Mellbye F. *Slit med helsa*. Oslo: Gyldendal, 1987.

5. NOU 1979:10 *Om helsepolitikken* (del av Juel-komiténs arbeid).
6. NOU 1979:28 *Om helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet*.
7. Holm A, Myrvold T, Ruud ER. *Beretning om Oslo kommune for årene 1987–2011*. Oslo: Kommuneforlaget 2018.
8. Stortingsmelding 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*.
9. Nylenna M. *Samfunnsmedisin på norsk*. Oslo: Gyldendal, 2019.
10. Tellnes G red. NaKuHel og folkehelse som bærekraft. Samspillet Natur-Kultur-Helse sett i lys av FN's bærekraftsmål. *Michael* 2019; 16: supplement 23.

Anders Smith

Helsebiblioteket, Folkehelseinstituttet og Helserådet Rapport

anders.smith@fhi.no og ande-smi@online.no

Harald Siem

siemb@online.no

Oslo – en «psykt bra by»?



(Foto: Øivind Larsen)

Michael 2020; 17: 536.

«En psykt bra by» var navnet på den strategien som Byrådet i Oslo lanserte 27. juni 2019. Dette er en plan om tverrfaglig innsats, spesielt rettet mot psykiske plager og rusproblemer. Innbyggerinvolvering og tilgjengelighet er nøkkelord i dette.

Det er tre hovedmål, at færre innbyggere får psykiske helseutfordringer, at man får «en dør inn» til psykiske helsetjenester, og at de innbyggerne som har psykiske helseutfordringer får bistand ut fra sine behov, slik at de kan leve meningsfylte liv. Strategien bygger på et kunnskapsgrunnlag som er samlet inn over lang tid.

Dette lover bra. I en så stor befolkning som Oslos vil det alltid være noen som har problemer og noen som har vanskeligheter med å finne fram i systemet og få hjelp. Det gjelder å hjelpe disse så godt man kan. Men noe av det viktigste som kommer ut av et solid kunnskapsgrunnlag, er årsaks-sammenhengene. Der forekomst og sviktende tjenesteyting skyldes forebyggbare forhold som man kan gjøre noe med, bør man gjøre det.

I størst mulig grad angripe ondenes rot.

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Michael

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769-1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at www.michaeljournal.no.
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.
7. *Michael's* editors are appointed for a period of three years among the members of The Norwegian Medical Society by its Board. Reappointments are allowed. The editors may supplement themselves by editorial members from collaborating associations and appoint ad hoc editors for special issues.

Editors:

Professor Øivind Larsen
Professor Magne Nylenna
Professor Erlend Hem
Dr. Astrid Nylenna (secretary)

Editorial board:

Professor Stein A. Evensen
Professor Jan Frich
Professor Christoph Gradmann
Professor Arvid Heiberg
Director Frøydis Langmark
Dr. Kristine Lillestøl

Postal address:

Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Annual subscription rate
NOK 500 (2021)

ISSN 1893-9651

Retur: Tidsskriftet *Michael*, Boks 1152 Sentrum, N-0107 OSLO

www.dnms.no

ISSN 1893-9651



9 771893 965004