

Ånund Brottveit,  
Sidsel Sverdrup  
og Lene Østby

**Helse- og sosialsatsningen i Handlingsprogrammet**

***Evaluering av Handlingsprogrammet Oslo indre øst, hovedmål 3***

Rapport 2006/6

**Denne rapporten er utgitt av:**

Diakonhjemmet Høgskole  
Avdeling for forskning og utvikling (Diaforsk)  
Postboks 184, Vinderen  
N-0319 Oslo

<http://www.diakehjemmet.no>

Rapport 2006:6  
ISBN 82-8048-059-5

Mangfoldiggjøring:  
Photostat Lyskopi AS, Oslo

Distribusjon:  
Diakonhjemmet Høgskole ved Litteratortjenesten

## Forord

Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra Oslo Kommune, Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester. Arbeidet ble startet i februar 2006 og er sluttført i juni 2006.

Den omhandler ett av delområdene i Handlingsprogrammet Oslo Indre Øst, nemlig at ”Risikofaktorer for sykdom reduseres og tilbud til innbyggere med psykiske problemer og rusbruk styrkes”.

I prosjektets først fase ble det gjennomført en internevaluering av tiltak i de tre bydelene Sagene, Gamle Oslo og Grünerløkka. Internevalueringene ble foretatt av Bård Hjelde, Nina Børresen og Hermund Urstad. Internevaluatorene hadde meget korte frister på sine evalueringer, og har lagt ned et stort arbeid med å samle dokumentasjon. Internevaluatorene har også vært nyttige samtalepartnere i arbeidet med den eksterne evalueringen. Høgskolelektor Lene Østby fra Diakonhjemmet Høgskole var veileder for internevalueringen.

I prosjektets andre fase ble det gjennomført en samlet evaluering av satsingen i de tre bydelene innenfor det aktuelle delområdet. Arbeidet med dette er utført ved Diakonhjemmet Høgskole av forskerne Ånund Brottveit og Sidsel Sverdrup og høgskolelektor Lene Østby. Brottveit har vært prosjektleder.

Arbeidet er utført slik at Sverdrup har skrevet kapittel 1, Brottveit har skrevet kapittel 2, 5 og 6, og Østby har skrevet kapittel 3 og 4.

Det har vært opprettet en referansegruppe for prosjektet. Den har bestått av Øyvind Giæver, sosial- og helsedirektoratet, Vigdis Nielsen Bø, sosialsjef i Gamle Oslo, Finn Bovim, bydelsoverlege i Grünerløkka, og Gro Moldstad, 1.konsulent, helse- og sosialavdelingen i Sagene.

Kontaktpersoner for oppdragsgiver har vært Kjersti Varang og Marit Elise Aune, begge rådgivere i Byrådsavdeling for velferd og sosiale tjenester.

Samtlige deltakere takkes for sin innsats i denne sammenheng.

Oslo, juni 2006



# Innhold

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | Bakgrunn, opplegg og gjennomføring .....                       | 7  |
| 1.1   | Kort om bakgrunnen for handlingsprogrammet.....                | 7  |
| 1.2   | Problemstillinger .....  | 8  |
| 1.3   | Opplegg og gjennomføring .....                                 | 9  |
| 1.3.1 | En kombinasjon av intern og ekstern evaluering .....           | 10 |
| 1.3.2 | Internevalueringene .....                                      | 11 |
| 1.3.3 | Eksternevalueringen .....                                      | 11 |
| 1.3.4 | Metodebegrensinger .....                                       | 12 |
| 1.4   | Organisering av rapporten .....                                | 13 |
| 2     | Levekår i bydelene ved oppstart.....                           | 15 |
| 2.1   | Generelle levekårsstrekk i 1997.....                           | 15 |
| 2.1.1 | Befolkningssammensetning .....                                 | 16 |
| 2.1.2 | Boligstruktur.....   | 16 |
| 2.1.3 | Inntektsfordeling.....   | 17 |
| 2.1.4 | Sysselsetting .....  | 18 |
| 2.1.5 | Utdanning .....  | 18 |
| 2.2   | Helse og sosial.....   | 19 |
| 2.2.1 | Helsemessig og sosial profil før Handlingsprogramperioden..... | 19 |
| 2.2.2 | Levekårsindikatorer med særlig relevans for delområde 3 .....  | 20 |
| 2.3   | Strukturelle endringer.....                                    | 21 |
| 2.4   | Bakgrunn for bydelenes prioriteringer .....                    | 22 |
| 2.4.1 | Gamle Oslo: Problemdefinisjon og strategi .....                | 22 |
| 2.4.2 | Grünerløkka: Problemdefinisjon og strategi .....               | 23 |
| 2.4.3 | Sagene: Problemdefinisjon og strategi.....                     | 25 |
| 2.5   | Oppsummering av bydelsprofiler og prioriteringer: .....        | 26 |
| 3     | Tiltak i de ulike bydelene .....                               | 27 |
| 3.1   | Bydel Gamle Oslo .....   | 27 |
| 3.1.1 | Primærmedisinsk verksted (PMV).....                            | 27 |
| 3.1.2 | Rodeprosjektet.....  | 29 |
| 3.1.3 | Ruskonsulenter .....   | 30 |
| 3.1.4 | Metadonkonsulent .....   | 31 |
| 3.1.5 | Bo-oppfølgingsprosjektet .....                                 | 32 |
| 3.1.6 | Oppsummering: Bydel gamle Oslo .....                           | 33 |
| 3.2   | Bydel Sagene.....  | 34 |
| 3.2.1 | Aktivitet for helse.....                                       | 34 |
| 3.2.2 | Miljørettet helsevern .....                                    | 35 |
| 3.2.3 | Tilskudd til Torshov kontakt – og servicesentral .....         | 36 |
| 3.2.4 | Rustiltak .....  | 37 |
| 3.2.5 | Oppsummering: bydel Sagene .....                               | 40 |
| 3.3   | Bydel Grünerløkka .....  | 42 |
| 3.3.1 | Smittevernkontor- infeksjonsforebygging.....                   | 42 |
| 3.3.2 | Forebygging av uønskede svangerskap og abort.....              | 43 |
| 3.3.3 | Mødregruppe .....  | 44 |
| 3.3.4 | Jentegrupper .....   | 45 |
| 3.3.5 | Diverse prosjekter for funksjonshemmede.....                   | 45 |

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 3.3.6 | Døgnkontakten .....  | 47 |
| 3.3.7 | Oppsummering: bydel Grünerløkka.....                             | 48 |
| 4     | Hva er oppnådd i satsningen på helse og sosial? .....            | 51 |
| 4.1   | Lite direkte relatert til helse .....                            | 51 |
| 4.2   | Styrking av tiltak overfor rusmiddelbrukere og psykisk syke..... | 51 |
| 4.3   | Etniske minoriteter en målgruppe i mange prosjekter .....        | 52 |
| 4.4   | Utprøving av nye metoder og organisering.....                    | 52 |
| 4.5   | Lite samarbeid på tvers .....                                    | 53 |
| 4.6   | Mangelfulle plandokumenter og dokumentasjon.....                 | 53 |
| 5     | Levekår i bydelene ved avslutningen .....                        | 55 |
| 5.1   | Generell levekårsutvikling i indre øst .....                     | 55 |
| 5.2   | Endringer i levekårene knyttet til helse og sosialområdet.....   | 57 |
| 5.3   | Tolkninger av levekårsendringene .....                           | 58 |
| 6     | Avslutning .....   | 61 |
|       | Referanser.....  | 63 |

# 1 Bakgrunn, opplegg og gjennomføring

Levekårsforskjellene mellom hovedstadens østlige og vestlige bydeler, etnisk basert boligsegregasjon og en negativ utvikling i de indre bydelene på østkanten ble rapportert i storbymeldingen (St.meld. 14 (1994-95)) og i Oslos kommuneplan i 1996 (Oslo kommune 1996). Her ble det pekt på vanskelige oppvekstforhold, høy arbeidsledighet, stor andel sosialhjelpsmottakere, samt voldsutsatthet. Handlingsprogram Oslo indre øst var ment som et svar på og et omfattende tiltak for å løse disse utfordringene. Dette skulle gjøres gjennom, i hovedsak, å gi tilskudd til lokalt prioriterte tiltak i de tre bydelene.

Handlingsprogrammet ble startet opp i 1997 som en felles satsning mellom staten og Oslo kommune. Programmet er i en avslutningsfase, og tiltakene skal evalueres i forhold til de overordnede målsetningene som har vært å styrke de generelle levekårene i bydelene Gamle Oslo, Sagene og Grünerløkka, med et særlig fokus på situasjonen for barn og unge. Virkemidlene er i stor grad det man kan kalle områdebaserte tiltak, planlagt og gjennomført av bydelenes egne fagetater og finansiert over Handlingsprogrammets budsjett.

Satsningen er delt opp i fem områder med hver sin hovedmålsetning. Disse har vært knyttet til oppvekstforhold, boforhold, psykisk helse og rus, arbeidsmarked og nærmiljø. I denne rapporten rettes søkelyset mot innsats som har vært knyttet til område 3 i Handlingsprogrammet Oslo Indre Øst, nemlig at ”*Risikofaktorer for sykdom reduseres og tilbud til innbyggere med psykiske problemer og rusbruk styrkes*”.

## 1.1 Kort om bakgrunnen for handlingsprogrammet

Staten og Oslo kommune undertegnet i 1997 en avtale om et handlingsprogram ”Bedre levekår i Oslo indre øst”. Samarbeidet bygger på en felles politisk plattform og på årlige avtaler mellom kommunal- og regionalministeren og byrådet. Samarbeidet er presentert og bekreftet i St.meld.nr.50 (1998-99) Utjamningsmeldinga og ved Stortingets behandling av denne. Arbeidet ble satt i gang høsten 1997 med en felles intensjon om at innsatsen skulle gå over 10 år.

Avtalen er konsentrert om følgende to områder:

- *Staten og kommunen vil på sine ansvarsområder og felles prosjekter prioritere arbeidet for bedre levekår i Oslo indre øst. Staten og kommunen skal samarbeide slik at løsningene blir best mulig for Oslo indre øst. Staten og kommunen vil vurdere bevilgninger til gjennomføring av Handlingsprogrammet i den årlige budsjettbehandlingen. Statlige og kommunale etater og de tre bydelsforvaltningene vil samarbeide for å nå Handlingsprogrammets mål.*
- *Oslo kommune vil videreføre fordelingen av inntekter til bydelene ut i fra innbyggernes behov for offentlige tjenester og aktivt satse kommunale ressurser for å forbedre situasjonen i Oslo indre øst. Kommunen vil legge til rette for gjennomføring av Handlingsprogrammet for Oslo indre øst og samarbeide med staten om dette blant annet gjennom planlegging og prioriteringer.*

I den felles politiske plattform som ble utarbeidet i 1997 la man følgende strategi til grunn for arbeidet:

*”Regjeringen og byrådet vil understreke at strategien for bedre levekår er å forbedre boforholdene og skape stabile bomiljø der det er rom for en variert befolkning. Boligmassen må utvikles slik at denne delen av byen blir et varig boalternativ for flere grupper. Omgivelsene må rustes opp for å gi godt miljø og større trygghet for eldre og barn. Trafikksystemet må bli mer miljøvennlig med tiltak på kort og lang sikt. Barnas oppvekstvilkår er sentrale for familienes levekår. Derfor skal skoler, barnehager og ungdomstiltak utvikles. Det offentlige tilbudet til befolkningen skal være preget av høy kvalitet, og målet er å sikre velferden for alle. Det er et mål å motvirke sosiale forskjeller som følger skillet mellom personer med innvandrerbakgrunn og den øvrige befolkningen. De offentlige tilbudene overfor arbeidsløse, eldre, bostedsløse og andre vanskeligstilte skal tilpasses bydelenes særlige problemer.”<sup>1</sup>*

På bakgrunn av den felles politiske plattformen, ble det opprinnelig utarbeidet 6 satsningsområder for tiltak. I 2001 ble disse reformulert som 5 hovedmål eller delområder for hele programmet. Delområdene er som følger:<sup>2</sup>

1. Oppvekstforholdene i Oslo indre øst styrkes.
2. Boforholdene i Oslo indre øst styrkes.
3. Risikofaktorer for sykdom reduseres og tilbud til innbyggere med psykiske problemer og rusbruk styrkes.
4. Tilbudet til personer med en særlig vanskelig situasjon på arbeidsmarkedet styrkes.
5. Befolkningens felles byrom og miljø rustes opp og gjøres tryggere, og miljøvennlig transport og lokal aktivitet stimuleres.

Nå er planperioden i avslutning, og spørsmålene melder seg om man har oppnådd den bedringen av levekårene som satsingen skulle etterstrebe.

## **1.2 Problemstillinger**

Oslo kommune er oppdragsgiver for foreliggende arbeid. For gjennomføringen av oppdraget har man skissert to sett av problemstillinger, formulert slik at arbeidet kan deles inn i to faser: En internevaluering som siden danner grunnlag for en oppfølgende eksternevaluering.

Arbeidet med både internevalueringen og eksternevalueringen er knyttet til delområde 3; *”Risikofaktorer for sykdom reduseres og tilbud til innbyggere med psykiske problemer og rusbruk styrkes”*. Dette problemområdet har sannsynligvis flere individrettete tiltak (basert på målgruppekjennetegn), sammenlignet med de øvrige områdene man har ønsket å styrke. Dette

---

<sup>1</sup> Oslo kommune (23.06.06): *Bedre levekår i Oslo indre øst. Politisk plattform for samarbeid mellom regjeringen og byrådet om et handlingsprogram* [online]. URL: <http://www.prosjekt-indreoslo.oslo.kommune.no/getfile.php/Handlingsprogram%20Oslo%20indre%20%C3%B8st/Internett/Dokumenter/dokument/omxprogrammet/3g1poli.doc>

<sup>2</sup> Oslo kommune (23.06.06): *Handlingsprogram Oslo indre øst, Hovedside* [online]: URL: <http://www.prosjekt-indreoslo.oslo.kommune.no/>



bærer opplegget og gjennomføringen av evalueringen som helhet preg av, og det gjenspeiles i evalueringsdesignet som er valgt, og som beskrives senere.

Den første fasen innebar også at den eksterne evalueringsgruppen, i dette tilfellet representert ved forsker/høgskolelektor Lene Østby fra Diaforsk, skulle gi veiledning til bydelene slik at de kunne gjennomføre internevalueringer av sine egne tiltak under det aktuelle delområdet. Den andre fasen innebar at resultatene fra internevalueringene skulle sammenfattes, og at det skulle utarbeides en ekstern evalueringsrapport på bakgrunn av internevalueringene, tilgjengelig statistikk samt annen dokumentasjon.

Det ble videre formulert at internevalueringene skulle skrives bydelsvis, av en ansatt som bydelen selv skulle velge ut. De ansvarlige fra hver av bydelene skulle få veiledning fra Diaforsk, og i tillegg tilbakemeldinger fra en referansegruppe. Internevalueringsrapportene måtte foreligge tidnok til at de kunne benyttes som underlag og dokumentasjon i forbindelse med gjennomføringen av det eksterne evalueringsarbeidet.

Den eksterne evalueringen skulle deretter vurdere om de iverksatte tiltakene har ført til registrerbare endringer i levekår i bydelene.

Både internevalueringene og den eksterne evalueringen har tatt utgangspunkt i et felles sett av overordnede problemstillinger. Problemstillingene er forenlige med fokuset i Byggforsks metodehefte (Holm og Søholt 2004).

På denne bakgrunn er problemstillingene formulert som følger:

1. Hvilke risikofaktorer for sykdom ble identifisert og lagt til grunn for prioriteringene av satsningen i de tre bydelene?
2. Hva ble gjort for å redusere sykdom og styrke tilbudet for mennesker med psykiske problemer og rusbruk?
3. Hvordan ble de konkrete tiltakene begrunnet faglig og politisk?
4. Virket de ulike tiltakene etter hensikten – finnes det dokumentasjon for virkningen?
5. Hva kan man lære av satsningen i handlingsprogramperioden?

Sammenfattet kan man si at hovedproblemstillingen er:

Hvordan har tiltak under delområde 3 oppstått, hvordan har de vært begrunnet, hvordan har de vært utviklet gjennom planperioden, og hva de har ført til?

Et overordnet spørsmål vil også være i hvilken grad de iverksatte tiltakene har ført til levekårsforbedringer i bydelene.

### **1.3 Opplegg og gjennomføring**

I dette avsnittet presenteres opplegget for gjennomføring av internevalueringene. Deretter presenteres opplegget for gjennomføring av eksternevalueringene. Innledningsvis fremmes noen betraktninger rundt et samlet metodevalg som består av både intern- og eksternevalueringer. Til sist drøftes mulighetene for å besvare de ulike spørsmålene som reises i problemstillingene over, hvilke forutsetninger de hviler på, og hvor langt det er mulig å gå når man skal trekke konklusjoner.

### 1.3.1 En kombinasjon av intern og ekstern evaluering

Det er opp til en oppdragsgiver å beslutte om en evaluering skal gjennomføres ved hjelp av intern eller ekstern evaluatør (Sverdrup 2002:154). Det er argumenter for og i mot begge innfallsvinklene, og vanligvis bestemmer man seg for den ene eller den andre formen.

Internevaluering betegnes også som selvevaluering, og gjennomføres av noen som har kjennskap til et tiltak fra "innsiden". En vanlig begrunnelse for bruk av intern evaluatør er at det er mindre kostnadskrevende, vedkommende kjenner tiltaket godt og vil ikke trenge ekstra tid for å sette seg inn i de ulike sidene ved det, eller ved aktører og strukturer som er involvert og som har innflytelse på ulike måter. Bruk av ekstern evaluatør begrunnes ofte med at man ønsker å sikre størst mulig grad av objektivitet i gjennomføringen av evalueringen, at konklusjoner kan trekkes på fritt grunnlag, at evaluatør ikke har egeninteresser i å sikre bestemte konklusjoner, at mistenkeliggjøring og lojalitetskonflikter unngås. På den annen siden kjenner en ekstern evaluatør ikke tiltaket like godt, og kan komme til ikke å få tak i all relevant informasjon som bidrar til å sikre best mulig vurderinger. Det er dessuten som regel ganske kostnadskrevende å bruke ekstern evaluatør.

Valg mellom intern og ekstern evaluatør kan avhenge av hvor stort og omfattende et tiltak er, i hvor stor grad det er politisk sensitivt eller prestisjebelagt, og om man har mye eller lite penger til disposisjon.

I evalueringen av Handlingsprogram Oslo indre øst har man valgt en litt uvanlig løsning, nemlig en kombinasjon av intern- og eksternevalueringer. Dette er på mange måter et interessant grep, og det har trolig mange fordeler. Man har søkt å sikre seg mot usakligheter i gjennomføringen av internevalueringene ved å koble forskere inn i veiledningen av arbeidet. Samtidig er det slik at internevaluatorene hadde svært begrenset erfaring i å gjennomføre evalueringer. Med 6 ukers prosjektid til disposisjon for å utføre internevalueringene må man følgelig ta høyde for at det ikke har vært mulig å gå i dybden. Mange tiltak skulle beskrives og vurderes i henhold til spørsmålene i problemstillingen. Rammevilkårene knyttet til tid, økonomi og kompetanse har lagt viktige føringer på den dokumentasjonen og det evalueringsgrunnlaget som foreligger.

Det samme er tilfellet for eksternevalueringen: Rammevilkårene i tilknytning til tid og økonomisk ramme har også her lagt klare føringer på hvor omfattende det har vært mulig å gå - både i innsamling av materiale og i vurdering av det i etterkant. Dette er et dilemma når problemstillingene som ønskes besvart er meget omfattende. Det har imidlertid, av tidsmessige og økonomiske grunner, ikke vært mulig å gjennomføre omfattende analyser eller datainnsamlinger for å framskaffe bedre holdepunkter for gode og holdbare svar. Dette er et problem som i særlig grad viser seg i forhold til de overordnede spørsmålene knyttet til bedring av levekår generelt i Oslo indre øst.

Likevel er det grunn til å framheve at kombinasjonen av intern og ekstern evaluering trolig har vært kostnadseffektiv i den forstand at man har trukket store vekslere på kjennskapet til og erfaringen med de ulike tiltakene de interne evaluatorene har hatt. Samtidig har man benyttet forskere til å sikre veiledning og den nødvendige distanse en ekstern evaluatør må ha, både som veiledere i den interne prosessen og i utarbeidningen av den eksterne rapporten etterpå.

### 1.3.2 Internevalueringene

Tre bydeler er i fokus, og det er følgelig gjennomført tre separate internevalueringer. Hovedgrepet i alle internevalueringene er at man har gått inn på enkelttiltak som har vært implementert og driftet i programperioden, og beskrevet disse med hensyn til hva som er gjort og hva som er oppnådd. Samtidig har man trukket fram noen enkeltteksempler for grundigere belysning. Det er ikke utelukkende fokusert på resultat- og måloppnåelse for de enkelte tiltakene, men også prosessdata har vært i fokus i form av metodeutvikling og læring. Likevel har man forsøkt å vektlegge og vurdere resultatoppnåelse i forhold til alle enkelttiltakene og den totale satsningen, så langt dokumentasjonen tillater dette. I hovedsak har man anvendt tilgjengelig dokumentasjon i arbeidet med å gjennomføre internevalueringen, men også samtaler med aktuelle informanter, samt bruk av fokusgruppeintervju under veiledning fra Diaforsk, er benyttet.

Internevalueringen skulle også dokumentere hva som har skjedd eller er i ferd å skje med det enkelte tiltaket, og om det er aktuelt med videreføring, opptrapping, avvikling eller kursendring. Det var ønskelig at de tre bydelene utarbeidet internevalueringer som skulle følge samme hovedmal, og at de forholdt seg til Handlingsprogrammets hovedmål. Veiledningen fra forsker tok derfor utgangspunkt i det samme metodehefte som er lagt til grunn for evalueringene av de andre programområdene (Holm og Søholt 2004)<sup>3</sup>.

Internevalueringene har resultert i tre frittstående arbeider (Børresen 2006, Hjelde 2006, Urstad 2006). De er like i den forstand at de konsentreres om de samme problemstillingene, men forskjellige i den forstand at de retter søkelyset mot tiltak som var spesifikke i hver av de tre bydelene. De har hatt noe varierende grad av dokumentasjon å forholde seg til, og følgelig noe varierende grad av substans å trekke slutninger om måloppnåelse og vellykkethet på bakgrunn av. For enkelte tiltak har dette rett og slett ikke vært mulig. Arbeidene er gjennomført i løpet av en 6-ukers perioden på ettervinteren 2006.

Internevalueringene har likevel hatt den viktige funksjon at de skulle være en sentral del av datagrunnlaget for fase to i evalueringsprosessen, nemlig den eksterne evalueringen av områdesatsningen som helhet i de tre bydelene.

### 1.3.3 Eksternevalueringen

Internevalueringene og annen prosjektdokumentasjon, er de viktigste kildene til data om tiltakene og resultatoppnåelse. Det ble for øvrig også poengtert fra oppdragsgivers side at man ikke skulle samle inn nye data, men benytte eksisterende. I eksternevalueringen har det vært en ambisjon å sette resultatene fra internevalueringene inn i en videre kontekst.

Internevalueringene samler i hovedsak den dokumentasjon som har vært mulig å framskaffe om begrunnelse for iverksetting og utvikling av tiltakene som har vært implementert i Handlingsprogramperioden fra de bydelsvise tiltakene knyttet til rus og psykisk helse, samt dokumentasjon knyttet til vurdering av måloppnåelse lokalt. Det har derfor vært sentralt for arbeidet med eksternevalueringen å samle dette materialet på en systematisk måte, i form av å utarbeide en synteserapport som er slik at resultatene og vurderingene fra internevalueringene sammenfattes og løftes fra tiltaksnivå til bydelsnivå for de tre bydelene samlet sett, og videre

---

<sup>3</sup> De fire andre delområdene i Handlingsprogrammet blir evaluert hver for seg, i hovedsak etter samme fremgangsmåte som denne evalueringen.

derfra til det mer overordnede perspektivet knyttet til levekårsnivå. I likhet med intern-evalueringene, skal også eksternevalueringen svare på de problemstillinger som er reist foran.

I tillegg er imidlertid også statistiske indikatorer for levekårsutviklingen utarbeidet av SSB's levekårsundersøkelser i Oslo, Oslo-statistikken og annen dokumentasjon et viktig utgangspunkt for arbeidet og de slutninger man kan trekke hensyn til rus og psykisk helse. I eksternevalueringen blir det gjort noen ansatser til å trekke sammenligninger mellom bydelene, når det gjelder prioriteringene, resultatoppnåelse og makrotall for levekårsutviklingen på det aktuelle problemområdet.

Det er imidlertid noen metodiske problemer når det gjelder bruk av statistiske indikatorer for levekårsutviklingen, og annet statistisk materiale på makronivå. Dette gjelder først og fremst spørsmålet om å trekke slutninger om årsaker mellom nivåer: Man kan ikke uten videre hevde at eventuell bedring i levekår generelt på makronivå er forårsaket av tiltak som er rettet mot små grupper av enkeltindivider på mikronivå. Man kan i beste fall påvise eventuell parallellitet og samtidighet mellom endringer i levekår og implementering av ulike typer tiltak. Men uten å gjøre omfattende statistiske analyser har man ikke grunnlag for å si at endringer på makronivå skyldes tiltak på mikronivå – eller omvendt.

Sammenhengen er svært kompleks. Ettersom andre virkemidler enn Handlingsprogrammet også er implementert i 10-årsperioden, vet man strengt tatt ikke uten videre hvilke tiltak som forårsaker endringer, eller om de tiltakene som er iverksatt faktisk bedrer levekårene for andre enn målgruppene for dem. Sammenhengen mellom endringer i makronivå og endringer på mikronivå er sammensatt, og i den grad den kan påvises fordrer det bruk av helt andre metoder og analyser enn det som har ligget innefor rammene av foreliggende arbeid. Likevel er det grunn til å framheve at samvariasjon av bedre forhold på makro- og mikronivå er en god *indikasjon* på at en satsing kan ha vært vellykket.

#### **1.3.4 Metodebegrensinger**

Det kan være grunn til å reise spørsmålet om en slik satsning som Handlingsprogram Oslo indre øst kan snu levekårsutviklingen generelt, og i hvilken grad dette faktisk kan måles, eller om den i hovedsak bidrar til å bedre situasjonen for mer spesifikke målgrupper, - og i hvilken grad dette er mulig å dokumentere. Det ligger som en antakelse i Handlingsprogrammet at den overordnede hensikten er å bedre levekårene i Oslo indre øst generelt. Dette ønsker man å gjøre ved å iverksette en rekke større eller mindre tiltak rettet mot ulike, spesifikke målgrupper, noe som særlig er synlig under delområde 3, som denne rapporten omhandler.

I evalueringsslitteraturen benyttes begrepet programteori, og evaluatører anbefales å utarbeide et tiltaks eller et handlingsprogramms *programteori* (Sverdrup, 2002:64). Utarbeiding av programteori innebærer at evaluator setter opp en mer eller mindre detaljert kjede over antatte utviklingsstadier i en planprosess. Poenget med dette er å illustrere hvordan de som har ansvar for et bestemt program har tenkt seg at endringene skjer, hvorfor de tror endringer vil skje, samt hvilke endringer man ønsker å oppnå. Programteori er altså ikke en bestemt teori om hvordan virkninger produseres som resultat av ulike tiltak, men det er snarere slik at innholdet i en programteori varierer fra innholdet i en annen – avhengig av hva saken gjelder, hvem som er involvert, hvilke virkemidler som er benyttet, hvilke målgrupper som inngår, og så videre. Evaluator benytter deretter alle elementene i programteorien til å sammenlikne det de ansvarlige for implementering av tiltaket eller Handlingsprogrammet ønsket at skulle skje

med det som faktisk skjedde. Gjennom dette tilrettelegger man dermed for en måte å måle eller vurdere endring på.

Programteorien for delmål 3 i Handlingsprogrammet har ikke vært mulig å utarbeide på annet enn helt generelt nivå: Enkelt sagt er det iverksatt en rekke ulike tiltak som hver for seg har tilfredsstilt noen aktuelle kriterier, og disse tiltakene har på ulike vis hatt til hensikt å bedre forholdene innen rus- og psykiatrifeltet. Det er også grunn til å bemerke at det ikke er formulert klare, operasjonaliserbare mål på hvor man ønske å komme i løpet av en 10-års periode. Dette gjenspeiles dels innenfor delmål 3, og dels også i de overordnede målene for Handlingsprogrammet: Hva innebærer en levekårsforbedring for en bydel, i forhold til hvilke målsettinger under hvert delområde kan dette spesifiseres? Hvor mange innbyggere skal ha fått høynet livskvalitet langs hvilke indikatorer for at man kan si at målene med Handlingsprogrammet er oppfylt? På forhånd oppsatte mål på slike og liknende spørsmål er regnet som ett av flere avgjørende elementer for å gjennomføre en evaluering som kan gi gode svar (Sverdrup, 2002). Hvis man ikke har satt slike mål i utgangspunktet, er det svært vanskelig å finne et sammenlikningsgrunnlag for en endring 10 år senere. Da vil resultatene man kommer fram til lett kunne betegnes som skjønnsmessige. Dette gjenspeiles også i en viss grad i evalueringen.

Det pågår en faglig debatt hvorvidt områdebaserte satsninger kan gi målbare levekårsendringer for befolkningen (Barstad 2003), samt hvor langt tidsperspektiv man bør ha før man forventer resultater. Når det gjelder mer individrettede tiltak, kan det også knytte seg et måleproblem til det faktum at folk flytter inn og ut av bydelene. En sosialstønadmottaker som gjennom et tiltak klarer seg på egenhånd kan realisere ønsket om å flytte ut av den kommunale leiligheten og etablere seg i en annen bydel. Det vil ikke gi noen effekt på bydelens statistikk, dersom en ny sosialstønadmottaker flytter inn i den samme leiligheten. Innenfor et mangeårig tidsspenn som Handlingsprogrammet følger, vil det også kunne være vanskelig å skjelve mellom virkninger av bestemte tiltak og endringer i strukturelle betingelser, f eks sysselsetting og boligpriser (Sverdrup og Baklien 2002). Slike, og liknende forhold, vil nødvendigvis sette begrensninger for hvor langt det er mulig å trekke slutninger på bakgrunn av de resultatene fra en relativt kort og begrenset evaluering.

#### **1.4 Organisering av rapporten**

Rapporten er organisert slik at neste kapittel trekker opp og presenterer levekårene i bydelene ved oppstart av Handlingsprogramperioden - slik de var registrert på makronivå. Beskrivelsen av dette bidrar til å svare på problemstillingen om hvilke risikofaktorer for sykdom som ble identifisert og lagt til grunn for prioriteringene av satsningen i de tre bydelene.

Det påfølgende kapittel 3 beveger seg på tiltaksnivå, og gir en inngående beskrivelse av hva slags tiltak som ble gjennomført i de tre bydelene for å redusere sykdom og styrke tilbudet for mennesker med psykiske problemer og rusbruk. Her drøftes også spørsmålene hvordan ble de konkrete tiltakene begrunnet. Dessuten diskuteres også om de ulike tiltakene virket etter hensikten og om det finnes dokumentasjon for virkningen.

I kapittel 4 vil vi forsøke å oppsummere og vurdere hva man har oppnådd gjennom tiltakene, både virkningen for målgruppen og læringen for tjenesteutøverne.

Kapittel 5 gir en kort presentasjon av registrerte endringer i levekårene i perioden Handlingsprogrammet har virket og drøfter mulige tolkninger av disse endringene.

Det avsluttende kapittel 6 trekker trådene til den overordnede problemstillingen, og reiser spørsmålet hva man kan lære av satsningen i handlingsprogramperioden.

## 2 Levekår i bydelene ved oppstart

En beskrivelse av de tre bydelenes levekår, må ta utgangspunkt i statistiske indikatorer som er relevante og som kan brukes til sammenligninger. Sammenligninger av før og nå, bydelene mot andre bydeler, eller innbyrdes.

Ofte vil de statistiske dataene virke grove eller svært overflatiske i forhold til de fenomener vi er interessert i å beskrive. Ledere og tjenesteytere på bydelsnivå kan også sitte med andre opplevelser av "hvor skoen trykker", basert på egne erfaringer og andre informasjonskilder. De vil også kunne ha viktige, og til dels alternative, tolkninger av statistiske tall og eksterne kartlegginger.

I et evalueringsperspektiv er det naturlig å spørre, ikke bare om hvordan levekårene *var* i 1997, men også hvordan de bydelsansvarlige *oppfattet* levekårsutfordringene på dette tidspunktet.

I dette kapittelet vil vi forsøke å først presentere et fakta-bilde av Oslo indre øst, slik det var i forkant av Handlingsprogramperioden. Deretter vil vi, i den grad vi har funnet tilgjengelige kilder, presentere bydelens utpeking av viktigste problemområder og utfordringer på helse- og sosialområdet.

### 2.1 Generelle levekårstrekk i 1997

Forskningsstiftelsen FAFO utga i 1994 rapporten "Oslo: - den delte byen?" (Hagen m fl 1994). Her dokumenteres det til dels store levekårsforskjeller mellom Oslo indre øst og resten av byen, eller landsgjennomsnittet. Indre øst-bydelene hadde gjennomgående høyere arbeidsledighet, lavere inntekter, flere helseproblemer og flere ensomme eldre (gjelder også indre vest) enn andre bydeler. Det var flere i Oslo indre øst som hadde dårlige boforhold og som følte seg utsatt for vold. Befolkningen i hele indre by (øst og vest) var dessuten mer utsatt for forurensning sammenlignet med andre deler av byen. Selv om enkelte "levékårsulemper" deles med bydeler utenfor indre øst-avgrensningen, er det ingen tvil om at denne delen av byen tydelig skilte seg negativt ut i forhold til Oslo forøvrig i 1997.

FAFO-rapporten sier at opphopningen av levekårsproblemer må forstås på bakgrunn av visse demografiske trekk ved indre øst: En uforholdsmessig konsentrasjon av ikke-vestlige innvandrere, stor andel eldre og unge uetablerte mennesker som bodde der midlertidig. Den ikke-vestlige innvandrerbefolkningen har statistisk sett hatt dårligere levekår enn etnisk norske uavhengig av bydelstilhørighet, slik at dette slår merkbart ut i statistikken. Men det er neppe tilfeldig at en større andel innvandrere hadde slått seg ned i indre øst. Rimeligere, men også dårligere boliger kan forklare dette langt på vei.

Boligstrukturen er nok også en viktig forklaringsfaktor for at bydelen har hatt stor innflytting av unge mennesker, mange under utdanning. Samtidig er det en høy andel eldre mennesker også, noe som vanligvis øker de registrerte helseplagene i området. Et spesielt trekk ved de indre østs eldrebefolkning, var at høy alder oftere var forbundet med vesentlige helseplager, sammenlignet med de vestlige bydelene.

### **2.1.1 Befolkningssammensetning**

Et generelt trekk ved Oslos befolkning i 1997 var at det bodde forholdsvis mange eldre, flere kvinner, men færre barn i byen. De eldste innbyggerne bodde i større grad i de indre bydelene (både østlige og vestlige), mens barna i større grad bodde i de ytre. I tillegg har byen langt flere enslige (Hagen m fl 1994).

En stor eldrebefolkning vil normalt bety lavere helsetilstand, flere trygdede og lavere inntekter statistisk sett. Flere enslige og færre barnefamilier kan bety mindre engasjement i nærmiljø og større fare for sosial isolasjon. Kombinasjonen høy alder og at man er enslig øker også sjansen for dårligere levekår betraktelig (Hagen m fl 1994).

I følge FAFO-undersøkelsen hadde hver tiende Oslo-innbygger utenlandsk statsborgerskap i 1997. Om vi regner med dem som har utenlandsk opprinnelse, men norsk statsborgerskap, får vi en enda høyere innvandrersandel: 17 % hadde innvandrerbakgrunn, og 12 % hadde ikke-vestlig opprinnelse (Oslo kommune 1998). Ikke-vestlige innvandrere bodde stort sett i byens østlige bydeler, mens vestlige innvandrere (fra Europa Nord-Amerika og Australia) bodde i de vestlige. Ikke-vestlige innvandrere bodde svært sjelden i alene-hushold (Hagen m fl 1994).

Selv om indre øst samlet hadde langt flere ikke-vestlige innvandrere (22,6 %) enn andre områder, var det interne forskjeller mellom de tre bydelene. Sagene-Torshov (nå bydel Sagene) hadde langt lavere innslag av ikke-vestlige innvandrere (13,9 %) enn resten av indre øst og lå nokså nært Oslo-gjennomsnittet i 1997. Gamle Oslo lå klart på topp (31,9 %), mens Grünerløkka-Sofienberg (22,8 %) var i samme sjikt som nye drabantbyer som Søndre Nordstrand (25,3 %) og Romsås (21,0 %) når det gjelder andel ikke-vestlige innvandrere (Oslo kommune 1998).

Boligmarkedet har, som vi også tidligere har vært inne på, betydning for sammensetning av inntektsgrupper og husholdningsstørrelse. Indre øst har tradisjonelt hatt god tilgang på små og billige leiligheter. Flyttemønstre og boligkarriere vil henge sammen med byens totale boligstruktur og typiske livsfase-svingninger. Det har vært antatt at mange unge studenter og unge uetablerte yrkesaktive flyttet til indre øst på 90-tallet. Men når de stiftet familie og fikk barn, flyttet antakelig svært mange av disse til andre bydeler. Innvandrerfamilier ser i større grad ut til å ha blitt værende, til tross for trangboddhet. Svak økonomi har trolig vært en viktig årsak til dette (Hagen m fl 1994).

Flyttemønstre kan også skape spesielle befolkningskombinasjoner som kan være vanskelig å forstå ut fra statistiske makrotall. Innflytting av unge studerende kan f eks gi indre øst en heving i det gjennomsnittlige utdanningsnivået, samtidig som det neppe hever gjennomsnittsinntekten i dette området. Både inntekter og utdanningsnivå lå under gjennomsnittet i indre øst, men det er altså ikke alltid en sammenheng mellom disse levekårsfaktorene (Hagen m fl 1994).

I FAFO-rapporten poengteres det at de største levekårsforskjellene mellom sosiale grupper ble funnet mellom nordmenn og ikke-vestlige innvandrere og mellom småbarnsforeldre og enslige eldre (Hagen m fl 1994).

### **2.1.2 Boligstruktur**

Boligtyper, standard og priser har stor betydning for hvem som bosetter seg eller velger å bli boende i et område. I tillegg vil det ha betydning om det er f eks mange utleieleiligheter og



kommunale leiligheter. Boligpolitikken i Handlingsprogramperioden har også blitt påvirket av helse- og sosialpolitiske reformer som Ansvarsreformen ("HVPU-reformen"), reformer innen psykisk helsearbeid og rusomsorgen, og statlig satsning overfor bostedsløse.

Oslo indre øst hadde allerede vært igjennom byfornyelsesprogrammer på 70- og 80-tallet som sanerte og rehabiliterte en god del av de dårligste boligene. Deler av området hadde fått en kraftig boligprisøkning og bar preg av at nye sosiale grupper flyttet inn samtidig som grupper med svakere økonomi flyttet bort, en såkalt *gentrifisering*.

FAFO-undersøkelsen konkluderte med at dårlige boforhold var mest utbredt i indre øst. De fant også sammenhenger mellom dårlige bomiljøer og utsatthet for forurensning og frykt for vold. På begynnelsen av 90-tallet var det 12 % i Oslo som bodde trangt<sup>4</sup>, mens dette gjaldt 8 % på landsbasis. Halvparten av dem som var trangbodde eide boligen sin selv (Hagen m fl 1994).

Boligstørrelsen i indre øst var i større grad preget av små leiligheter enn Oslo som helhet. Hele 44,4 % av leilighetene var to-roms og bare 6,3 % var fire-roms. Denne tendensen var sterkest i bydel Sagene-Torshov. Tilsvarende tall for hele Oslo var henholdsvis 24,3 % og 19,4 % (Oslo kommune 1998).

Utleie har vært utbredt i hele indre by. På begynnelsen av 90-tallet var utleie faktisk litt mer utbredt i de vestlige bydelene (37,4 %) enn i de østlige (35,3 %). Oslo for øvrig lå godt under sentrumsområdene når det gjaldt utleie (24 %) (Oslo kommune 1998). Ser vi imidlertid på kommunale utleieboliger, finner vi at det har vært en sterk konsentrasjon i indre øst og en meget stor andel av disse i bydel Sagene-Torshov. Denne bydelen hadde alene 34 % av byens kommunale utleieleiligheter i 1997. Dette utgjorde 14,2 % av bydelens boliger (Barstad m fl 2006). Indre øst hadde 68 % av de kommunale boligene, eller 10,9 % av områdets boliger (Barstad m fl 2006).

Kommunale leiligheter var inntil 1976 tilgjengelig for alle og tildelt etter ventelister. De var gjennomgående rimelige. Etter 1976 har slike leiligheter stort sett blitt tildelt på sosiale kriterier. Denne tildelingspraksisen har medført at beboere i kommunale leiligheter gjennomgående er fattigere, i større grad arbeidsledige, uføre, syke eller har rusproblemer. Mange flyktninger har også blitt plassert i kommunale boliger, med de behov og særlige levekårsutfordringer denne gruppen representerer (Barstad m fl 2006).

### **2.1.3 Inntektsfordeling**

Folk i Oslo indre øst hadde gjennomsnittlig lavest inntekt enten man ser på individuell inntekt hos yrkesaktive eller ser husholdningens samlede inntekt. Det var relativt mange minstepensjonister og uføretrygdede, noe som selvsagt trekker inntektsstatistikken ned. Selv om man kontrollerer for dette, var inntektene gjennomgående lavere og mer usikre enn i andre deler av byen (Hagen m fl 1994).

FAFO-undersøkelsen hadde et eget innvandrerrutvalg. En sammenligning viste at inntektsforskjellene mellom norsk-etniske og innvandrere kunne være svært store: Mens norsk-etniske Oslo-borgere hadde en gjennomsnittlig inntekt på 180 000, så hadde

---

<sup>4</sup> SSB definerer trangboddhet slik: 1) man bor alene på ett rom, eller 2) tilhører et hushold som disponerer mindre enn ett rom per beboer (kjøkken, bad, entré eller rom under 6 m<sup>2</sup> medregnes ikke).

innvandrerrutvalget<sup>5</sup> en gjennomsnittsinntekt på drøyt 130 000 i 1992 (Hagen m fl 1994). I ”Utjamningsmeldinga” (St meld nr 50 (1998-1999)), som ble utgitt noen år senere, blir gjennomsnittsinntekten for ikke-vestlige innvandrere beregnet til 70 % av nivået for hele befolkningen.

Enslige forsørgere, småbarnsfamilier og unge enslige er grupper som oftere hadde problemer med å klare løpende utgifter i følge FAFO-undersøkelsen (Hagen m fl 1994). Disse gruppene hadde også oftere lav samlet inntekt for husholdningen. Hver fjerde enslige forsørger oppga å ikke kunne klare en uforutsett utgift på 5000 kroner (Hagen m fl 1994). Det var i indre øst og i de nye drabantbyene (Groruddalen og Søndre Nordstrand) at økonomiske problemer syntes å være mest utbredt.

### **2.1.4 Sysselsetting**

Ledighetstallene hadde ved inngangen til 1997 en fallende tendens i hele Norge, noe som også gjaldt Oslo og indre øst. Indre øst hadde imidlertid markant høyere ledighet enn alle andre områder i byen. Ungdomsledigheten (aldersgruppen 16-24 år) i indre øst var tre ganger så høy som i indre vest og nesten dobbelt så høy som i byen totalt (Barstad m fl 2006).

Ledigheten totalt sett (alle aldersgrupper) var også mye høyere i indre øst enn i byen for øvrig. I 1997 skilte imidlertid Sagene-Torshov seg ut fra de to andre indre øst-bydelene. Denne bydelen lå faktisk nærmere ledighetstallene for resten av Oslo, enn Grünerløkka-Sofienberg (nå Grünerløkka) og Gamle Oslo (Barstad m fl 2006).

Blant ikke-vestlige innvandrere var ledighetstallene enda høyere. Det var samme mønster som i de generelle tallene, men nivået var høyere. For gruppen 25-66 år lå ledigheten over 10 % i Grünerløkka-Sofienberg og Gamle Oslo (Barstad m fl 2006).

### **2.1.5 Utdanning**

Oslo indre øst hadde en befolkning med gjennomgående lavere utdanningsnivå enn for Oslo samlet. Snaut 27 % hadde gjennomført utdanning på universitets- eller høyskolenivå (minst ett år), mens 31 % hadde det i byen for øvrig og drøyt 45 % i indre vest. Sagene-Torshov lå høyest i utdanningsnivå blant indre øst-bydelene, Gamle Oslo lavest (Oslo kommune 1998).

De kommunale grunnskolene i indre øst hadde svært stor andel minoritetsspråklige elever. I 1997/1998 hadde syv skoler i dette området mer enn 50 % minoritetsspråklige, Hersleb og Tøyen hadde begge over 90 % (begge er i Gamle Oslo).

Skolefritidsordningen har hatt lavere deltakertall i de innvandrertette skolene, enn andre steder. Indre øst hadde imidlertid høyere deltakelse enn ytre øst, noe som kan skyldes forsøk med gratis SFO i deler av 90-tallet. Indre øst hadde i 1999, med gjeninnført foreldrebetaling, en deltakelse på under 50 %, mens ”innvandrerskoler” i ytre øst lå under 40 %. De sistnevnte hadde ikke hatt forsøksperioder med gratis tilbud, slik som i indre øst. I hele Oslo lå

---

<sup>5</sup> Innvandrerrutvalget i FAFOs undersøkelse talte 322 personer, om lag like mange chilenerne, pakistanere og Tamiler. Det var altså strategisk utvalg med begrenset antall opphavsland, men ellers tilfeldig trukket. Dette utvalget er ikke egentlig representativt, men skal i følge FAFOs vurdering kunne gi en pekepinn på hvor større forskjeller mellom levekår hos norsk-etniske og ikke-vestlige innvandrere (og etterkommere), samt en idé om levekårsprofilen blant innvandrere (Barstad m fl 2006:317).

deltakelsen på noe under 60 % (Barstad m fl 2006). Siste året SFO var gratis i bydelene Sagene-Torshov og Gamle Oslo var deltakelsen på henholdsvis 83 % og 75 % (Bettum 2005).

Barnehagedekningen lå lavere i indre øst enn i resten av byen. Bydel Gamle Oslo lå lavest med bare 52 % dekning, de andre to bydelene lå begge under 70 % (66 % og 69 %). I hele Oslo var dekningen 73,5 % (Oslo kommune 1998). Den lave barnehagedekningen i Gamle Oslo kan henge sammen med at innvandrerfamilier i mindre grad enn norsk-etniske bruker barnehageplasser (Barstad m fl 2006). Denne tolkningen er altså basert på foreldrenes valg, ikke på tilgjengelige plasser. Når det generelt har vært vanskelig å få barnehageplass i Oslo i denne perioden, må vi forstå denne tolkningen som en forklaring på hvorfor innvandrerfammede Gamle Oslo skilte seg ut fra andre bydeler. Man har kunnet søke barnehageplass i andre bydeler enn der man selv bor.

Det har vært antatt at barnehager og skolefritidsordninger er tilbud som øker innvandrerbarns mulighet til språktrening og integrering. Høyere deltakelse i slike tilbud har derfor vært en målsetning i statlig politikk (Stortingsmeld nr 50 (1998-99)).

## **2.2 Helse og sosial**

Vi vil innledningsvis gjengi noen andre indikatorer på helse- og sosialområdet som kan utfylle beskrivelsen av bydelens levekår og sosiale profil i forkant av Handlingsprogramperioden.

### **2.2.1 Helsemessig og sosial profil før Handlingsprogramperioden**

Vi har tidligere vist at Oslo indre øst hadde en stor eldrebefolkning. De tre bydelene lå da også på topp når det gjelder bruk av hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Nærmere 400 av 1000 innbyggere over 66 år var i slutten av 1997 bruker av minst en av tjenestene. Bare Romsås bydel lå på samme nivå som indre øst. Oslo samlet hadde 248 hjemmetjenestebrukere per 1000 eldre (Oslo kommune 1998).

Det var forholdsvis flere uføretrygdede i indre øst – 8,6 % av den voksne befolkningen, mot 6,9 % i byen ellers. Bydel Sagene-Torshov toppet med 10,6 %. Til sammenligning hadde indre Oslo vest 4,2 % (Oslo kommune 1998). Vi har tidligere vært inne på at fordelingen av kommunale boliger i byen kan være en viktig forklaringsfaktor for fordelingen av uføretrygdede.

Ser vi på utbetaling av sosialhjelp og bostøtte (Husbanken og kommunal), lå indre øst klart i toppen også her. Aller høyest lå bydel Sagene-Torshov som hadde 1220 mottakere av Husbankens bostøtte og 2043 mottakere av kommunens boligtilskudd (Oslo kommune 1998). Hele 17,6 % av befolkningen i indre øst var berørt av sosialhjelp, mens dette gjaldt 8,3 % i hele Oslo og 5,9 % i indre vest. Blant bydelene i indre øst var det her Gamle Oslo som lå høyest med 23,1 % (Oslo kommune 1998).

Barnevernstallene var også mindre fordelaktige for indre øst. Antall klienter i dette området var faktisk dobbelt så høyt som Oslo samlet i 1997. Indre øst hadde 51 klienter per 1000 innbyggere, mens byen som helhet hadde 26. Til sammenligning hadde indre vest her 28 klienter og lå faktisk også litt over gjennomsnittet (Oslo kommune 1998).

### **2.2.2 Levekårsindikatorer med særlig relevans for delområde 3**

FAFO-undersøkelsen viser at rapporterte helseplager i et område samvarierer sterkt med antall uføretrygdede. I indre øst var det imidlertid rapportert flere helseplager enn den relativt høye andelen uføre skulle tilsi. FAFO-forskerne omtaler dette som en ”bydelseffekt”, siden de ikke har påvist andre og mer spesifikke årsaksfaktorer. En slik bydelseffekt i form av ekstra store helseplager ble funnet i Oslo indre øst og i de nye drabantbyene (Hagen m fl 1994).

Et annet funn FAFO-forskerne gjorde var at dårlig helse gjerne henger sammen med dårlige levekår ellers: Sosial isolasjon, politisk avmakt, lav inntekt og forurensning, var oftest kombinert (prioritert rekkefølge) med dårlig helsetilstand (Hagen m fl 1994).

Dødelighetsrater har vært en vanlig måte å sammenligne helsetilstand internasjonalt. Tidligere studier (Kristofersen 1987, Gjestland og Moen 1988) har dokumentert forskjeller i dødelighet som synes å følge sosiale forskjeller i byen. Gjennomsnittlig levealder har vært lavere på østkanten enn på vestkanten gjennom hele 1900-tallet. På begynnelsen av 90-tallet var menns forventede levealder 7,3 år kortere og kvinners 4,9 år kortere (Barstad m fl 2006, Rognerud og Stensvold 1998).

Overdødeligheten var størst i aldersgruppen 40-60 år og forbundet med at Oslo indre øst hadde flere dødsfall knyttet overdoser, lungekreft og luftveissykdommer (Barstad m fl 2006, Rognerud og Stensvold 1998).

I 1997 var forventet levealder for en mann på Sagene-Torshov 69 år, mens en mann på Vinderen kunne forvente å nå 80 år (Barstad m fl 2006). I hele indre øst var forventet levealder i underkant av 70 år for menn og i underkant av 77 år for kvinner (Barstad m fl 2006).

Høye aborttall, spesielt i tenåringsgruppene, kan indikere høyere forekomst av uønskede svangerskap og generelt dårlige levekår for ungdom. Det kan være særlig bekymringsfullt i bydeler med høy innvandretthet, der en god kontakt med helseapparatet og god prevensjonsopplysning kan være utfordrende å få til. Oslo indre øst hadde i perioden 1996-1999 over dobbelt så mange aborter i forhold til landsgjennomsnittet. Grünerløkka-Sofienberg lå på topp, og aborttallene blant ungdommer var svært urovekkende rundt oppstarten av Handlingsprogramperioden. Omtrent 7 % av bydelens jenter i aldersgruppen 15-19 år gjennomgikk i følge statistikken én abort. Tilsvarende tall for hele Norge lå på 2 % (Barstad m fl 2006).

Flere undersøkelser har vist at psykiske problemer har vært mer utbredt i indre øst sammenlignet med Oslo som helhet (Grøtvedt 2002, Torgersen m fl 2002). Forskning har også påvist at psykiske lidelser er mer utbredt blant enslige, ikke-vestlige innvandrere, arbeidsledige og lavt utdannede (Barstad m fl 2006, Rognerud og Holte 2004, ). Studier som har forsøkt å kontrollere for dette, finner imidlertid at det også her kan være tale om en ”bydelseffekt” (Rognerud og Holte 2004). I en studie av Dalgaard som er referert i Barstad m fl (2006), blir det lansert en teori om at flere negative forhold samtidig forsterker hverandre. Det kan altså være tale om en ekstra hopningseffekt, hvor summen av alle levekårsulempene blir større enn hver enkelt ved ren addisjon.

Rusmiddelbruk har vært et stort problem for Oslo og for indre øst i særdeleshet. Overdosedødsfall, narkotikarelatert kriminalitet og sykkelighet blant rusavhengige har vært en stor sosial og helsemessig utfordring for disse bydelene og dessuten bidratt til andre beboergruppers følelse av utrygghet og mistriivsel. Overdosetallene (antall per 100 000) var om lag tre ganger så høye i Oslo som for hele landet i perioden 1994-98. Indre øst hadde drøyt 70 % høyere tall enn Oslo samlet (Rognerud og Holte 2004, Grødtvedt 2002:30).

Siktelser for promillekjøring har vært ansett som en indikator for rusproblemer. Antall siktelser i indre øst var godt over 65 per 10 000 kjøretøy, mens det i byen samlet var 37 i 1995-96<sup>6</sup>. Når det gjelder rusrelaterte forbrytelser, hadde indre øst dobbelt så mange siktelser som byen totalt i 95-96 (Barstad m fl 2006).

Alkoholavhengighet er mer utbredt enn narkotikamisbruk og har også negative konsekvenser for andre, ikke minst barns oppvekstmiljø. En studie fra 80-tallet viste at alkoholrelaterte dødsfall hos en av foreldrene rammet nesten fire ganger så mange barn i indre øst sammenlignet med indre vest (Clausen og Kristofersen 1994).

Selv mord blir både regnet som en selvstendig velferdsindikator og satt i sammenheng med andre problemer som depresjon og rusmiddelbruk. Oslo indre øst hadde en gjennomsnittlig selvmordsrate på 20 (per 100 000 innbyggere per år) i årene 1993-1997. Bygjennomsnittet lå på 14, landsgjennomsnittet på 12 i samme periode. Her skåret heller ikke Oslo indre vest særlig godt. Med en rate på 17 lå også indre vest over bygjennomsnittet for selvmordshyppighet (Barstad m fl 2006).

### **2.3 Strukturelle endringer**

Bydelsreformen i 2004 endret bydelene geografisk og demografisk<sup>7</sup>. Sagene-Torshov skiftet navn til å hete bare Sagene, men beholdt sine tidligere bydelsgrenser. Grünerløkka, tidligere Grünerløkka-Sofienberg, ble utvidet med deler av Helsefyr-Sinsen, samtidig som de avstod noe til St.Hanshaugen-Ullevål<sup>8</sup>. Gamle Oslo beholdt navnet, men vokste også i størrelse ved at deler av Ekeberg-Bekkelaget og Helsefyr-Sinsen ble innlemmet<sup>9</sup>.

Helsefyr-Sinsen, og i enda større grad Ekeberg-Bekkelaget, har hatt bedre levekår generelt enn indre øst-bydelene. Det gir grunn til å vente en positiv levekårs effekt for indre øst av selve bydelsreformen (Barstad m fl 2006).

Bydelsreformen har også medført store endringer i tjenesteorganiseringen i alle bydelene. Bydelene har imidlertid også fått nye utfordringer og endrede rammebetingelser som følge av lovendringer, andre statsinitierte reformer og satsninger.

Opptappingsplanen for psykiatrien har virket i samme periode som Handlingsprogrammet. I forbindelse med Opptappingsplanen har bydelene fått overført ekstra midler til nye tiltak,

---

<sup>6</sup> Statistisk sentralbyrå (22.06.06): Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene 1998 [online]: URL: <http://www.ssb.no/emner/03/hjulet/hjulet98/tabascii/tab-6-3.txt>

<sup>7</sup> Vi bruker for enkelthets skyld stort sett de nye bydelsnavnene ellers i denne rapporten, selv om vi refererer til historisk utvikling og eldre data fra før bydelsreformen.

<sup>8</sup> Grünerløkka: Hausmannskvartalene ble overført til den nye bydelen St.Hanshaugen, mens Sinsen, Løren, Lille Tøyen og Hasle (tidligere Helsefyr-Sinsen) ble innlemmet (Barstad m fl 2006).

<sup>9</sup> Gamle Oslo: Ensjø, Etterstad, Valle-Hovin og Helsefyr ble innlemmet fra bydel Helsefyr-Sinsen, Ekeberg-skråningen fra bydel Ekeberg-Bekkelaget og øyene fra bydel Bygdøy-Frogner (Barstad m fl 2006).

men også fått større oppgaver i forbindelse med rehabilitering og oppfølging av psykisk syke. Rusreformen har også medført store endringer i forhold til rusavhengiges rettigheter og ansvarsforhold på tjenestesiden. I denne perioden har det også blitt større politisk gjennomslag, og igangsatt eller utvidet tilbud, for Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Individuell plan ble et sentralt begrep innenfor både helse- og sosialsektoren og ansett som et nødvendig hjelpemiddel for å oppnå samarbeid og koordinerte tjenester. Det ble lagt sterke sentrale føringer om å ta dette i bruk og i 2001 ble individuell plan hjemlet som en individuell rettighet for brukere av flere hjelpeinstanser.

Introduksjonsordningen for flyktninger ble også innført i Handlingsprogramperioden, men dette har antakelig rukket å få liten virkning på levekårsstatistikk eller sosialhjelpsbudsjett<sup>10</sup>. Introduksjonsordningen medfører blant annet at alle nyankomne flyktninger får et fast daglig kurstilbud og en egen stønad knyttet til dette.

## **2.4 Bakgrunn for bydelenes prioriteringer**

Det foreligger lite tilgjengelig dokumentasjon for hvilke faglige vurderinger og avveininger som lå til grunn for bydelenes prioriteringer. Det er også åpenbart at Handlingsprogrammets tiltak er innpasset i bydelenes samlede behovsvurdering og prioritering. Ett tiltak under Handlingsprogrammet i en bydel, vil kunne ligne et tilsvarende tiltak innenfor det ordinære budsjettet i en annen bydel. Hvorvidt enkelttiltak, som ledd i bydelens samlede satsning overfor målgruppene, er plassert under Handlingsprogrammet eller ikke kan virke noe vilkårlig.

På bakgrunn av at Handlingsprogramtiltakene inngår i en større helhet, er det ikke naturlig å forstå dem som et "eget program" på bydelsnivå. Vi kan heller ikke vente å finne noen egen "programteori" (Sverdrup 2002) på dette nivået.

### **2.4.1 Gamle Oslo: Problemdefinisjon og strategi**

Bydelen betraktet Handlingsprogrammet som en mulighet til å gjøre en innsats overfor enkelte problemområder som man lenge hadde sett som en utfordring:

- bydelen skiller seg generelt negativt ut i Oslo på levekår
- isolasjon og lav samfunnsdeltakelse hos innvandrerkvinner
- dårlige levekår for rusavhengige
- dårlige levekår for mennesker med psykiske lidelser

(Børresen 2006)

Gamle Oslo satset mye på metodeutvikling i forbindelse med Handlingsprogrammet. Bydelen hadde allerede før Handlingsprogrammet startet prosjektet Primærmedisinsk verksted som baserte seg på "Løsningsfokustert tilnærming" (LØFT). I løpet av perioden ble det fra statlig hold gitt føringer for og etter hvert lovhjemler for individuell plan. LØFT og individuell plan ble ansett som viktige metodiske redskaper for å møte behov hos rusavhengige og mennesker

---

<sup>10</sup> Introduksjonsordningen ble lovfestet høsten 2005, men hadde blitt utprøvd i enkelte kommuner og Oslo-bydeler, blant annet i indre øst fra 2003. Omfanget i antall personer (bosatte flyktninger og familiemedlemmer i den første tiden 2-3 år) var ikke spesielt høyt og stønadsbeløpet ble trukket fra det samme budsjettet i bydelen, i følge internevaluatorene Bård Hjelde i Sagene bydel og Hermund Urstad i Grünerløkka bydel.

med psykiske lidelser. Handlingsprogramsatsningen ble brukt til å intensivere og utvide et metodeutviklingsarbeid som uansett ville ha blitt gjennomført (Børresen 2006).

Bydelen var oppmerksom på at en stor gruppe ”tunge” klienter var konsentrert i bolig-områdene på Nedre Kampen. Det var innslag av rus, psykiske lidelser og generell sosial problematikk. Erfaringer fra et tidligere bomiljøprosjekt på Grønland talte for å opprette et eget oppfølgingstilbud for å konsentrere innsatsen overfor disse klientene. Handlingsprogrammidler ble derfor brukt til å lage et eget ”mini-sosialkontor” som skulle betjene denne klientgruppen – det såkalte ”Rodeprosjektet” (Børresen 2006).

Innvandrerkvinner fikk aktivitetstilbud gjennom opprettelsen av såkalte ”arbeidsgrupper” og frivillig arbeid i regi av Primærmedisinsk verksted (PMV). PMV var riktignok et byomfattende tiltak, men var lokalisert på Tøyen og støttet gjennom bydelens Handlingsprogrammidler (Børresen 2006).

Et tidligere rusoppfølgingsprosjekt ble evaluert i 1996. Erfaringene med dette prosjektet dannet mye av basisen for bydelens arbeid i forhold til rusavhengige i handlingsprogramperioden. Man benyttet f.eks handlingsprogrammidler til å videreføre ordningen med en egen ruskonsulent i sosialtjenesten. Lovendringer som hjemlet kommunale tvangstiltak i forhold til rusavhengige var også en grunn til at man prioriterte økt kompetanse på dette området (Børresen 2006).

Det var laget en psykiatriplan for bydelen for perioden 1997-2001. Her ble det pekt på at bydelen hadde en stor gruppe mennesker med psykiske lidelser som hadde svært vanskelige levekår. Dårlige boforhold og mangel på meningsfulle aktiviteter, ble særlig påpekt (Børresen 2006). Bydelen igangsatte flere tiltak og styrket bemanningen ut fra en målsetning om individuelt behovstilpasset oppfølging gjennom ”oversiktlige koordinerte tjenester og tilrettelagte boliger og oppfølging” (Børresen 2006). Denne innsatsen var ikke del av Handlingsprogrammet. Tiltakene<sup>11</sup> i forhold til psykisk helse eksemplifiserer imidlertid at et identifisert problemområde kan være prioritert av bydelen, selv om det ikke er prioritert som tiltak innenfor Handlingsprogrammet.

#### **2.4.2 Grünerløkka: Problemdefinisjon og strategi**

Grünerløkka så flere viktige utfordringer for bydelen innenfor Handlingsprogrammets satsningsområder:

- høye aborttall
- isolasjon hos familier med funksjonshemmede barn
- bekymring i forhold til ungdomsmiljøer
- kapasitetsproblemer og budsjettoverskridelser i sosialtjenesten
- smittevernsituasjonen blant innvandrere
- innvandrermødrenes relasjon til skolen og skolehelsetjenesten
- det psykososiale miljøet blant jenter i grunnskolen

(Basert på Urstad 2006)

---

<sup>11</sup> I alt fem nye konsulentstillinger knyttet til psykisk helse ble opprettet for å utarbeide individuelle tiltaksplaner og for å følge opp personer i sysselsettingstiltak. Det ble opprettet nye tilrettelagte boliger, et oppsøkende team og et sosialt kafétilbud (Børresen 2006).

Grünerløkka hadde gjort en kartlegging av bydelens sosialklienter i 1996/97 gjennom Dimensjoneringsprosjektet. Bakgrunnen for denne kartleggingen var at bydelen lenge hadde slitt med kapasitetsproblemer i sosialtjenesten og hatt et merforbruk av sosialhjelp på 11 millioner (Urstad 2006).

Undersøkelser av fritidstilbud og avlastning beregnet for funksjonshemmede barn og unge har tidligere reist spørsmål om det har vært et særlig underforbruk hos innvandrerfamilier. Disse familiene kan ha hatt andre foretrukne løsninger gjennom eget nettverk, men det kan også være at man ikke har nådd ut til denne gruppen på grunn av kulturforskjeller og kommunikasjonsproblemer. Dette var noe av bakgrunnen nye brukertilpassede fritids- og avlastningstilbud under Handlingsprogrammet. På bakgrunn av kunnskap om generell trangboddhet og svakt utviklede sosiale nettverk i nærmiljøet, ble det også opprettet tiltak for å skape møteplasser for familier med funksjonshemmede barn (Urstad 2006).

Bydelen har sett det som viktig å styrke innvandrerforeldrenes foreldrekompetanse og samarbeid med skole og skolehelsetjeneste. Dette forslaget synes å ha kommet fra skolehelsetjenesten. Det er også vist til konflikter og mobbing blant jenter ved barneskolene. Vi har ikke funnet nærmere beskrivelser eller dokumentasjon for at dette ble prioritert.

Grünerløkka har satset på oppfølging av rusavhengige gjennom egen ruskonsulenter siden begynnelsen av 90-tallet. En kartlegging av bostedsløse foretatt av Byggforsk (referert i Urstad 2006) viste dessuten at 70 % hadde et rusproblem. Bare ett konkret tiltak har vært oppført under Handlingsprogrammets delområde 3, opprettelsen av Døgnkontakt for unge. Bydelen har imidlertid hatt flere tiltak under andre delområder som må anses som relevante her, blant annet i forhold til boforhold. Grünerløkka har dessuten hatt et eget prosjekt støttet av Sosial- og helsedirektoratet til faglig metode- og tiltaksutvikling for personer i Legemiddelasistert rehabilitering (LAR) (Urstad 2006).

Forekomst av psykiske lidelser hadde blitt kartlagt flere ganger i forkant av og ved innledningen til Handlingsprogramperioden (Urstad 2006). Disse undersøkelsene viste at psykiske lidelser var et stort problem og representerte en viktig utfordring for bydelen. Det kom også fram at mange hadde dobbeltdiagnoser – psykiatri og rus. Dette har ført til at bydelen har prioritert tiltak rettet mot psykisk helse innenfor Handlingsprogrammet, samtidig som det også har vært satset sterkt på boligtilbud med midler utenom (Urstad 2006).

Bydelen hadde høye aborttall blant tenåringsjenter og unge kvinner på 90-tallet. Antall aborter blant kvinner i aldersgruppa 25-35 år ble omtalt som ”alarmerende” (Urstad 2006). Man ønsket å styrke den forebyggende innsatsen ved hjelp av ”friske” Handlingsprogrammidler, samtidig som man bygget dette på tidligere arbeid og kompetanseutvikling. Grünerløkka opprettet en egen ungdomshelsestasjon allerede i 1995 og fikk utarbeidet en forebyggingsplan overfor uønskede svangerskap i 1996 (Urstad 2006).

Innvandrerbefolkningen i bydelen har en utstrakt reisevirksomhet til områder i verden hvor det finnes mange smittsomme sykdommer. Tuberkulose er ett eksempel på infeksjonssykdommer som praktisk talt har vært utryddet i Norge, men som man må ta aktive forholdsregler mot i mange ikke-vestlige land. Hepatitt A og B, samt polio er andre eksempler. Bydelen ønsket å begrense risikoen for denne typen sykdommer gjennom Handlingsprogrammet.



### 2.4.3 Sagene: Problemdefinisjon og strategi

Ved inngangen til Handlingsprogramperioden, i 1998, definerte Sagene følgende satsningsområder:

- Utvikle egen organisasjon og arbeidsmiljø
- Tilpasning av pleie- og omsorgstjenesten
- Styrke oppvekstforholdene
- Samordne og utvikle tilbud til beboere med store helsemessige og sosiale problemer (Hjelde 2006)

For siste del av Handlingsprogramperioden satte bydelen opp følgende målsetninger som kan sees som en utdypning eller videreutvikling av de tidligere:

- Oppnå et styrket sosialt fellesskap i nærmiljøet, en bedre folkehelse og bedre levekår for vanskeligstilte
- Sikre at arbeidsledige sosialhjelpsmottakere og yrkeshemmede brukere av sosialtjenesten får tilbud om bistand til å komme i arbeid, kvalifisering og annen arbeidsrettet aktivisering
- Sikre, videreutvikle og koordinere innsatsen overfor rusmiddelmissbrukere
- Sikre, koordinere og videreutvikle tilbudet til personer med psykiske lidelser
- Sikre, videreutvikle og koordinere innsatsen for funksjonshemmede og trygdede
- Flyktninger og innvandrere skal få aktiv hjelp til å bli integrert i samfunnet slik at de kan delta sosialt, kulturelt og politisk på linje med andre
- En mer publikumsvennlig, bedre samordnet og mer kompetent helse- og sosialtjeneste (Oslo kommune webside)<sup>12</sup>

Bydelen hadde utformet strategier for helse- og sosialområdet gjennom en plan for 1996-2000<sup>13</sup>. Her ble det lagt opp til et samarbeid med private og frivillige aktører og tatt til orde for "aktivitet for helse" programmer. Det var utviklet erfaringer fra før med målrettede aktivitets- og ernæringstiltak. Flyktninger og personer med innvandrerbakgrunn, særlig kvinner/jenter, ble sett som viktige målgrupper.

Man ønsket også å sette inn forebyggende tiltak for å bedre helsetilstanden blant ungdom. Bydelen plasserte tiltaket "Ungdom, livsstil og helse" under Handlingsprogramområdet "oppvekst", men de ble forankret i Helsestasjon for ungdom og Skolehelsetjenesten. Satsningen rettet seg blant annet mot uønskede svangerskap blant tenåringer, rusmiddelbruk og røyking, og individuelle psykososiale ferdigheter.

Bydelen hadde erkjent at en gruppe mennesker med både rusproblemer og psykiske lidelser falt utenfor de aktuelle behandlingstilbudene. I denne gruppen var det mange som hadde en svært vanskelig bosituasjon. Det hadde også blitt rapportert om pårørende som hadde blitt utsatt for vold eller voldstrusler. Bydelen anså sjansene som store for å flere brukere innenfor denne kategorien, ettersom Sagene har en meget stor andel av byens kommunale leiligheter. For å imøtekomme dette behovet ønsket bydelen å benytte Handlingsprogrammet til å satse både på bedre brukertilpasning av tjenestene, sterkere oppfølging i boligen, aktiviserings- og sysselsettingstiltak og bedre koordinering av ansvarsforholdene tjenestene i mellom. Gjennom deltakelse i URUS-programmet<sup>14</sup> på midten av 90-tallet var bydelen tildelt midler til egne

---

<sup>12</sup> Oslo kommune (25.06.06): *Helse- og sosialplan for Sagene-Torshov 2000-2003*[online]. URL: [http://www.prosjekt-indreoslo.oslo.kommune.no/bydel\\_sagene/helse\\_og\\_sosial/](http://www.prosjekt-indreoslo.oslo.kommune.no/bydel_sagene/helse_og_sosial/)

<sup>13</sup> Bydel Sagene-Torshov (1996): *Helse- og sosialplan 1996-2000*.

<sup>14</sup> "Utviklingsprogrammet for rustiltak i bydelene (URUS)". Rusomsorgen i Oslo indre øst ble også styrket i denne perioden gjennom et annet program: "Oppfølgingsprosjektet for rusklienter" (omtales senere i rapporten).

ruskonsulent-stillinger. Dette hadde ført til en kompetanseutvikling på rusfeltet og gitt bidrag til bydelens første helse- og sosialplan (Hjelde 2006).

Aktivitets- og nettverksskapende tilbud overfor mennesker med psykiske lidelser, har blitt igangsatt i samarbeid med frivillige og private aktører. Bydelen har fått ansvar for en del tidligere langtidspasienter ved psykiatriske sykehus. Nedbygging av institusjonsplasser i psykiatri og rusomsorg på 90-tallet resulterte i at flere tidligere innlagte med psykiatriske diagnoser fikk kommunal bolig i bydelen. Dette reiste både behov for å møte denne gruppen med kommunale tjenestetilbud og å motvirke tendensen til boligsegregering (Sagene-Torshov 1996).

## **2.5 Oppsummering av bydelsprofiler og prioriteringer:**

Bydelene som utgjør indre øst har mange likheter som kan sees i sammenheng med de registrerte levekårsulepene i dette området. Det er imidlertid også en del viktige forskjeller.

Gamle Oslo var den bydelen som hadde klart størst andel av ikke-vestlige innvandrere. Bydelen hadde også høyest andel sosialhjelpbrukere. Grünerløkka plasserte seg mellom Sagene og Gamle Oslo på flere levekårsindikatorer, mens Gamle Oslo og Sagene oftere hadde ytterverdier.

Sagene hadde et klart lavere innslag av ikke-vestlige innvandrere sammenlignet med de to andre bydelene. Denne bydelen har imidlertid hatt en svært stort andel av byens samlede kommunale boligmasse, noe som kan forklare at man her finner en overrepresentasjon av uføretrygdede. Sagene hadde for øvrig en høyere utdannet befolkning og færre arbeidsledige enn de to andre bydelene.

Satsningene innenfor Handlingsprogrammets delområde 3 varierer mellom bydelene, både i omfang og innhold. Gamle Oslo valgte å fokusere på levekårene til rusmiddelbrukere og personer med psykiske lidelser, samt sosial deltakelse hos innvandrerkvinner. Grünerløkka rettet satsningene mot familier med funksjonshemmede barn, ungdomsmiljøer, innvandrermodre og smittevern. Sagene valgte å satse på boligmiljøer, utredning og oppfølging av rusmiddelbrukere og personer med psykiske lidelser.

Tiltakene under delområde 3 i Handlingsprogrammet svarer imidlertid ikke til bydelenes reelle prioriteringer for helse- og sosialområdet. For det første, så vil Handlingsprogrammets samlede ressurstilskudd uansett være beskjedent i forhold til bydelenes øvrige budsjetter og aktiviteter overfor de samme (stort sett) målgruppene. For det andre så vil mange tiltak som er plassert under andre delområder i Handlingsprogrammet kunne ha vel så stor betydning som tiltakene under delområde 3.

### 3 Tiltak i de ulike bydelene

Her vil vi presentere tiltakene som har fått midler gjennom Handlingsprogrammet. Tiltakene presenteres under hver av de tre bydelene i Oslo indre øst. Først presenteres bakgrunnen for satsningen og hvilke risikofaktorer som ble identifisert og lagt til grunn for prioriteringen, i den grad de er uttalte, deretter hvilke mål og målgrupper som ble definert før innholdet i tiltaket beskrives. Til slutt beskrives hva som er oppnådd under hvert av tiltakene. Fremstillingen bygger på de interne evalueringene<sup>15</sup> og dels på årsrapporter som er lagt ut på nettstedet til handlingsprogrammet<sup>16</sup>. Da disse kildene er av ujevn kvalitet, vil også denne fremstillingen være noe mangelfull på noen områder. Blant annet mangler en konkret rapportering på hvor mange de ulike tiltakene har nådd og en eksplisitt vurdering av måloppnåelse. Dette fremheves også i de interne evalueringsrapportene. Manglende dokumentasjon på bakgrunn, mål, målgruppe og måloppnåelse synes å være en svakhet ved flere av prosjektene. Dette drøftes nærmere under kapittel 4 i rapporten.

Mange av tiltakene under andre målområder må vi anta har hatt innvirkning på helsesituasjonen til innbyggerne, også andre satsninger utenfor handlingsprogrammet som har vært igangsatt i perioden. Her vil vi i hovedsak presentere de tiltakene som har fått midler fra Handlingsprogrammet under dette målet om å redusere risikofaktorer for sykdom. Under innledningen til hver bydel fremgår det under hvilket delmål tiltakene har vært plassert.

Innenfor dette målområdet, helse og sosial, er tiltakene svært forskjellige. Noen av tiltakene er små satsninger til avgrensede målgrupper over kort tid, mens andre tiltak er store i form av relativt mye midler over lang tid til store målgrupper. Her presenteres alle, og til slutt gjør vi en samlet oppsummering under hver bydel. Her grupperer vi de tiltakene, slik at vi får et bilde av satsningens profil i hver bydel. Dette, samt data /statistikk som er presentert, danner bakgrunn for en mer helhetlig drøfting og vurdering i kapittel 4 og 5.

#### 3.1 Bydel Gamle Oslo

Først presenteres tiltaket Primærmedisinsk verksted som er plassert under delmål 1, *styrke forebyggende helsearbeid for ungdom, grupper med minoritetsbakgrunn og andre utsatt grupper*. Deretter presenteres de andre tiltakene som har vært igangsatt i bydelen. Alle disse har vært plassert under delmål 2, *styrke sosialt arbeid særlig rettet mot mennesker med psykiske problemer og mennesker med rusproblemer*.

##### 3.1.1 Primærmedisinsk verksted (PMV)

Gamle Oslo hadde (og har) i Oslo-sammenheng en stor populasjon etniske minoriteter. Mange av disse er kvinner hvor en stor del sto utenfor arbeidsmarkedet, de hadde lite nettverk og bodde trangt. Mange slet med fysiske og psykiske helseproblemer. Dette var bakgrunnen for opprettelsen av tiltaket, Primærmedisinsk verksted som ble startet i 1994. Bydelsoverlegen i bydelen var en av initiativtagerne. Da det ble vedtatt å videreføre prosjektet i 1997 gikk bydelen Gamle Oslo, Stiftelsen Kirkens Bymisjon og Oslo Sanitetsforening sammen om

---

<sup>15</sup> Børresen 2006, Hjelde 2006, Urstad 2006.

<sup>16</sup> Oslo kommune (20.06.06): Handlingsprogrammet Oslo indre øst [online]. URL: <http://www.prosjekt-indreoslo.oslo.kommune.no>

finansieringen. Tiltaket mottok midler fra Oslo indre øst fra 1998-2001. Til sammen mottok tiltaket 3 370 000 i denne perioden.

Et sentralt mål ved PMV har vært å utvikle metoder for å jobbe med klienter med sammensatte problemer i en flerkulturell setting (Hertzberg og Skjelmerud 2001). Det har vært et tiltak som i hovedsak retter seg mot kvinner med minoritetsbakgrunn. Dette er kvinner som har psykososiale problemer, som lever i sosial isolasjon og som har store somatiske plager og som faller utenfor det ordinære hjelpeapparatet.

Metodeutvikling har vært sentralt i arbeidet til Primærmedisinsk verksted, og LØFT, som står for løsningsorientert terapi, har vært en hovedmetode<sup>17</sup>. Denne tilnærmingen/metoden fokuserer mer på løsningen enn på problemer, og brukers synspunkter og løsninger er sentrale. En løsningsorientert tilnærming bryter på mange måter med klassisk psykodynamisk tenkning, hvor fokus ligger mer på utvikling av problemer enn på her og nå og løsningen (Berg og Miller 1998). PMV har også definert seg som et kompetansesenter for løsningsorientert arbeid i bydelen (Hertzberg og Skjelmerud 2001). I tillegg til bruk av løsningsorienterte metoder og tilnærminger har empowerment stått sentralt, hvor myndiggjøring av brukeren og deltagelse i beslutninger står i fokus. I tillegg til ansatt leger og psykologer har de ansatt de de kaller *naturlige hjelpere*, som har vært kvinner med minoritetsbakgrunn. Disse kvinnene er ikke utdannet spesielt for dette, men blir vurdert som egnet til arbeidet. Mange av dem har selv vært brukere ved sentret tidligere. De naturlige hjelperne har blant annet ledet det helsefremmende arbeidet i grupper av kvinner.

Sentret har jobbet på mange arenaer og arbeidet har blant annet bestått i å bistå enkelt klienter og familier, drive helseopplysning blant annet gjennom gruppetiltak, delta i nettverk for visse innvandrergupper og være talspersoner for disse (Hertzberg og Skjelmerud 2001). Sentret har samarbeidet med flere ulike instanser for å igangsette tiltak som norskopplæring og leksehjelp.

### **Hva er oppnådd?**

I følge internevalueringen klarte man gjennom dette tiltaket å motivere kvinner til endring, nettopp fordi en tok utgangspunkt i den situasjon og de dilemmaene som disse kvinnene befant seg i. "Når de forlater PMV er de forandret, de vet mer om Norge og det norske systemet og om sine rettigheter" (årsrapport 2001 i Børresen 2006). Også i evalueringen fra 2001 peker man på at PMV synes å ha lyktes i sitt tilbud til de som ikke klarer å dra nytte av det ordinære hjelpeapparatet (Hertzberg og Skjelmerud 2001). Blant annet pekes det på at 11 av 16 fikk plass på skole eller kom ut i lønnet arbeid. I forhold til det offentlige tjenesteapparatet mener de å se at PMV ble en samarbeidspartner, kompetanseutvikler og kanskje i noen tilfeller en konkurrent. De har fått en pådriverrolle i forhold til det offentlige. Det var lenge uklart hva PMV skulle være, og om det fikk støtte til videre drift. Tiltaket er nå videreført med blant annet midler fra Arbeids – og inkluderingsdepartementet fordi det er vurdert som et unikt tilbud til denne målgruppa.

---

<sup>17</sup> Da det i den kommunale førstelinjen ikke drives terapi i tradisjonell forstand ble det i bydelen brukt begrepet LOS for løsningsorienterte samtale (Ambø 1998). LØFT er imidlertid blitt det begrepet som brukes blant annet i den interne evalueringen (Børresen 2006). Dette begrepet brukes for løsningsorienterte tilnærminger eller metoder.

### 3.1.2 Rodeprosjektet

Bakgrunnen for iverksettelsen av dette konkrete prosjektet var en opphopning av sosiale problemer i et boligområde på nedre Kampen. I dette området bodde mange sosialklienter med sammensatt problematikk knyttet til omfattende rusmiddelbruk, psykiske lidelser og andre sosiale problemer. Målet var å øke samfunnsdeltagelsen gjennom blant annet norsk opplæring, arbeid/sysselsetning, utdanning og bedre bomiljøet. En ville også redusere sosialhjelpsutbetalingene og fremme sosialintegrering. Og det skulle prøves ut og innføres nye arbeidsmetoder og en ønsket å bedre dialogen mellom brukerne og det offentlige tjenesteapparat. Tiltaket bygget videre på de positive erfaringer som var gjort i et bomiljøprosjekt på Grønmland. Målgruppen var alle brukerne av sosialtjenesten innenfor et avgrenset geografisk område (Børresen 2006).

Det man konkret gjorde var å iverksette et såkalt minisocialkontor hvor det skulle være mer og tettere oppfølging av hver bruker og en høyning av det sosialfaglige arbeidet gjennom en bevisst satsning på utvalgte metoder og tilnærminger. Dette var blant annet LØFT-metodikk, som en også brukte på Primærmedisinsk verksted, vilkårssetting<sup>18</sup>, systematisk bruk av hjemmebesøk, større grad av samarbeid og mer tid og fokus på den enkelte (Børresen 2006).

Kontoret ble bemannet med en leder og fire ansatte. De jobbet ut i fra en generalistmodell der alle skulle utføre alle typer av oppgaver og nærhet til klienten ble satt i fokus. Tiltaket fikk midler over Handlingsprogrammet fra 1998 til 2002. Til sammen fikk tiltaket 7 105 000 kroner og var det tiltaket som fikk mest midler i bydel Gamle Oslo over Handlingsprogrammet (Børresen 2006).

#### Hva er oppnådd?

I følge den interne evalueringsrapporten ble både sosialhjelpsutbetalingene og antall klienter redusert. Det trekkes en direkte sammenheng mellom satsningen og resultatene. Ved oppstart hadde kontoret 125 saker hvorav 78 mottok månedlig økonomisk hjelp. Etter et år var antall saker redusert til 119 og 51 mottok månedlig økonomisk hjelp. Dette tallet økte noe seinere, blant annet som en følge av at de som hadde mottatt hjelp flyttet ut av området, og nye personer flyttet inn. I denne perioden økte sosialhjelpsutbetalingene i bydelen mer enn den gjorde i området som Rodeprosjektet betjente (Børresen 2006).

Flere av klientene i området fikk bedre boliger. Da prosjektet startet opp bodde blant annet 16 klienter på hospits, mens bare to personer bodde på hospits etter to år. Ti personer sto uten bolig ved oppstart, denne gruppa ble redusert til tre. I tillegg til å skaffe mer permanente boliger ble det også arbeidet for å lage bedre kontrakter med utleiery og begrense bruken av gebyr. Tett oppfølging av klientene resulterte i at de fant seg boliger og en del flyttet ut av boligmiljøet og forholdene rundt dem ble mer stabile. Da nye klienter flyttet inn i de samme boligene oppnådde en ikke at boligmiljøet mer stabilt.

I perioden 1998- 2000 fikk 17 personer arbeid. Det opplyses ikke om dette er midlertidig eller permanent. Fem personer var kommet i arbeidsmarkedstiltak.

Prosjektlederen for dette tiltaket konkluderer med at "kvalitet lønner seg" (Børresen 2006). Denne konklusjonen trekkes blant annet fordi en på mange måter lykkes med å nå de oppsatte målene. Metodene som ble brukt ble funnet hensiktsmessige og effektive selv om de var

---

<sup>18</sup> Vilkårssetting brukes i forbindelse med tildeling av sosialhjelp etter Lov om sosialtjenester. Målet med vilkårssettingen er å stimulere mottakeren til å bli selvberget. Vilkåret skal være knyttet til vedtaket.

ressurskrevende. Blant annet trekkes det frem at vilkårssetting har hatt en positiv effekt. Som vilkår for økonomiske utbetalinger har det blant annet blitt satt krav om deltagelse på norskkurs og deltagelse på arbeidsmarkedskurs. Dette mente prosjektledelsen hadde bidratt til å nå oppsatte mål sammen med den tette oppfølgingen som hver klient fikk. En brukerundersøkelse som ble gjennomført i perioden viste også stor brukertilfredshet, men denne undersøkelsen hadde så lav deltagelse at den i liten grad kan tillegges vekt.

En av utfordringene i dette prosjektet var å ivareta de ansattes sikkerhet. Etter å ha vurdert den som for dårlig ivaretatt og etter fremsatte trusler mot de ansatte, ble prosjektet avsluttet. Det viste seg at en fikk gode erfaringer med metodikken man hadde som mål å prøve ut og den ble videreført inn i den ordinære driften. Prosjektlederen for dette prosjektet uttalte at denne måten å jobbe på har dannet mal for hennes arbeid i andre sammenhenger i bydelen (Børresen 2006).

Uten en mer systematisk og grundig kartlegging og undersøkelse av de iverksatte tiltak er det ikke grunnlag for å trekke noen sikre konklusjon om virkningen av dette prosjektet for klientene på sikt.

En virkning av dette prosjektet synes imidlertid å være at det har bidratt til å høyne kvaliteten på det sosialfaglige arbeidet gjennom veiledning og systematisk utprøving. Effekten av dette synes igjen å være en ny giv og en entusiasme blant sosialarbeiderne, som vi igjen kan anta at slår positivt tilbake på klientarbeidet. Også i evalueringen til Unstad og Sæter trekkes det frem at tiltaket har lyktes i å høyne det sosialfaglige arbeidet gjennom å innføre nye arbeidsmetoder (Unstad og Sæter 2000). De ansatt har hatt god tid til å følge opp den enkelte, de har vært fleksible, hatt lav terskel for kontakt og hatt en brukerorientering gjennom bruk av LØFT.

### **3.1.3 Ruskonsulenter**

Bydel gamle Oslo har i perioden hatt ca 600 klienter med et erkjent registrert rusmiddelproblem (Børresen 2006). Bydelen deltok i Oppfølgingsprosjektet for rusklienter ved sosialsentrene, som var en stor satsning i Oslo kommune hvor målet var å høyne det rusfaglige arbeidet ved sosialsentrene. Alle de tre bydelene i Oslo indre øst deltok i dette (Møklebust og Arnesen 1997). Etter at dette prosjektet ble avsluttet, så en det som hensiktsmessig å fortsette å bevare en spesialfunksjon knyttet til det rusfaglige arbeidet ved sosialsentrene. En årsak var at man hadde fått en mulighet til å tvangsbehandle rusmiddelbrukere etter Lov om sosialtjenester, noe som innebar et høyere krav til kompetanse og kunnskap.

Målet med stillingene var å bedre rusmiddelmissbrukernes livssituasjon og gi de et egnet behandlings/oppfølgingstilbud. Målgruppene var alle som hadde problemer knyttet til rusmidler. De som særlig ble trukket frem var gravide, de som hadde et behandlingsbehov og personer med dobbeldiagnoseproblematikk. I tvangssaker hadde ruskonsulentene et særlig ansvar.

I bydel Gamle Oslo ble det ansatt en ruskonsulent ved hvert av tjenestestedene, Grønland, Tøyen og Vålerenga. Midler til disse stillingene ble gitt fra 1998 til 2002. Til sammen ble det tildelt 3 867 000 kroner til ruskonsulenter i denne femårsperioden. Det er det tiltaket som har fått nest mest med midler, og sammen med midler til metadonkonsulentstillingen har midler til ruskonsulentene blitt tildelt over lengst periode, fem år.

Ruskonsulentene samarbeidet tett med saksbehandlerne og bisto disse der det var behov for dette. I tillegg hadde de en oversikt over rusfeltet og ansvar for registrering og rapportering av klienter i tiltak. Ruskonsulentene hadde i sitt arbeid fokus på brukermedvirkning og en løsningsfokuset tilnærming. I likhet med Rodeprosjektet har hjemmebesøk vært prioritert. Samarbeid med andre instanser ble også vektlagt.

Etter at midlene fra Handlingsprogrammet ble avsluttet ble stillingene videreført innenfor den ordinære driften.

### **Hva er oppnådd?**

I perioden fra 1999 til 2000 økte antall innleggelses i institusjon fra 136 til 155. Ruskonsulentene førte 2-4 tvangssaker pr år. Det ble også rapportert at de avdekket rusmiddelmissbruk tidligere. De ansatte opplevde at kompetansen til ruskonsulentene bidro til at rusmiddelbruk fikk et større fokus og trygget dem i håndtering av saker der klienter brukte rusmidler (Børresen 2006).

De ble også innarbeidet rutiner for blant annet kartlegging av behandlingsbehov og søknadsprosesser. Det har skjedd flere store endringer på rusfeltet og det er et stort fagfelt hvor det kan være krevende å holde seg oppdatert. Derfor har ruskonsulentstillingene blitt vurdert som nødvendige både for å støtte det praktiske arbeidet, men også i forhold til informasjon og kunnskap som det er forventet å ha oversikt over i dette feltet. Saksbehandlerne har uttrykt at de har fått nødvendig tilgang til kompetanse gjennom den valgte organisering (Børresen 2006).

### **3.1.4 Metadonkonsulent**

På slutten av 90-tallet fikk vi endret metadonpolitikk, og dette førte til en stor økning i antall personer som fikk tildelt metadon og andre legemidler som en del av deres rehabilitering. Inntil rusreformen ble innført i 2004 var hovedansvaret for oppfølgingen av rusmiddelbrukere lagt til sosialtjenesten. Etter reformen fikk legene et økt ansvar, men fortsatt var sosialtjenesten sentral i utformingen av et helhetlig tilbud til klientene. Ikke minst var og er det et betydelig arbeid knyttet til å søke klienter inn til legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Ulike forsøksprosjekter og evalueringer av LAR har vist at det var behov for koordinering og systematisering av arbeidet med klienter innenfor denne behandlingsformen.

Målet med å lage denne stillingen i bydel Gamle Oslo var å utarbeide rutiner for den lokalbaserte oppfølgingen av klienter i denne type av behandling.

Metadonkonsulenten har hatt en koordinerende rolle i forhold til sosialtjenesten og andrelinjen. Konsulenten deltok i samtaler i likhet med ruskonsulentene sammen med saksbehandler og bisto ved behov. Konsulenten har hatt et ansvar for å oppdatere de andre faglig ansatte.

Det er en stilling som metadonkonsulent i bydelen, og denne stillingen betjener hele bydelen. I tillegg er det en tiltakskonsulentstilling ved Senter for arbeid og kvalifisering (SAK), som særskilt jobber med kvalifisering og jobbformidling. Stillingen som metadonkonsulent har fått tildelt midler over handlingsprogrammet fra 2002 til og med 2006. Det er bevilget 1 982 000 kroner i denne perioden. Dette er det minste tiltaket målet i kroner i bydel Gamle Oslo.

### **Hva er oppnådd?**

I internevalueringen pekes det på hvor tidkrevende og omfattende arbeidet med å søke inn, kartlegge og følge opp klienter i legemiddelassistert rehabilitering er. Selv om noe av ansvaret ble overtatt av spesialisthelsetjenesten i forbindelse med rusreformen, er fortsatt ansvaret for tilrettelegging, oppfølging og koordinering i bydelen hos sosialtjenesten. De politiske signaler er tydelige på at denne type behandling skal økes i fremtiden.

Til sammen har 240 personer vært i legemiddelassistert rehabilitering gjennom bydel Gamle Oslo. Det har vært ulik grad av oppfølging, og i noen grad har bydelen fått bistand fra de sentrale metadonsentrene i Oslo. For mange av klientene er det behov for langsiktig oppfølging. På våren 2006 hadde 47 klienter oppfølging i bydelen, 16 klienter var i gang med å søke metadon, og ni hadde fått innvilget og sto på venteliste for oppstart i behandlingen (Børresen 2006).

Stillingen som metadonkonsulent har vært nødvendig for å følge opp klienter i Bydel Gamle Oslo. Børresen peker i sin internevaluering på at flere av spesialkonsulentstillingene har utviklet rutiner og samarbeid og informasjonsflyt. Det generelle kunnskapsnivået er økt i bydelen, og denne stillingen har bidratt til det (Børresen 2006).

### **3.1.5 Bo-oppfølgingsprosjektet**

Bakgrunnen for dette tiltaket er Bystyrevedtak som pålegger bydelen å følge opp personer med svak bomestring. Tiltaket er en videreføring av tidligere boprosjekter i bydelen, og har som mål å drive forebyggende oppfølging av personer i egen bolig. Målet var å redusere boligproblematikk omkring utkastelse, husleierestanser og dårlig bomestring. I tillegg ønsker man å utvikle metoder for å jobbe med booppfølging og å utvikle rutiner og ansvarsbeskrivelser.

Målgruppa er personer som har behov for booppfølging. Dette gjelder blant annet personer i kommunal bolig med dårlig bomestring.

Tiltaket har mottatt midler over handlingsprogrammet i 2005 og 2006 til sammen har tiltaket fått 3 360 000 kroner. Prosjektet har fire ansatte og en leder. De ansatte samarbeider med tjenesteapparatet i bydelen, blant annet prosjektet "Færre utkastelser". Det er i hovedsak sosialtjenesten som henviser saker.

Medarbeiderne i prosjektet går også på hjemmebesøk og samtale med den enkelte bruker. De bistår brukeren med blant annet tilrettelegging av boligen (Børresen 2006).

### **Hva er oppnådd?**

I 2005 fulgte prosjektet opp 29 beboere/familier. Oppfølgingen av disse varierte fra et til flere møter og hjemmebesøk. Tiltaket mottok 14 klagesaker knyttet til beboere i kommunale boliger. I samarbeid med prosjektet "Færre utkastelser" reduserte man antallet begjæringer om tvangsfravikelse med 37 % og antall utkastelser med 35 %.

I den interne evalueringen trekkes innsatsen på boligområdet frem som noe som har gitt målbare resultater i form av at hospitsbruken er kraftig redusert. Dette fremstilles som et resultat av innsatsen på flere områder, blant annet boligkonsulenter, ruskonsulenter og psykiatrikonsulenter. Samtidig pekes det på at dette er et område som vil kreve ytterligere innsats i fremtiden. Særlig er det vanskelig å bosette personer med rusmiddelproblemer og



psykiske lidelser. Det arbeides for å sikre tiltaket videre drift, og det er uklart hvorvidt dette lar seg implementere i vanlig drift (Børresen 2006).

### **3.1.6 Oppsummering: Bydel gamle Oslo**

Ser vi på satsningen i denne bydelen kan vi gruppere bruk av handlingsprogrammidlene i to grupper av tiltak. Den ene kan vi kalle en metodeutprøvende, hvor PMV og Rodeprosjektet inngår. Den andre gruppen kan vi kalle spesialkonsulentstillinger rettet mot utsatte grupper. Det er boligkonsulentene, ruskonsulentene og metadonkonsulenten.

De to metodeutprøvende tiltakene representerer noe nytt. Begge prosjektene har blitt evaluert av eksterne i perioden de har fått midler fra Handlingsprogrammet (Undstad og Sæter 2000, Hertzberg og Skjelmerud 2001). Begge har hatt en prosjektorganisering med styringsgruppe/referansegruppe.

I det daglige arbeidet er det vanskelig å prøve ut nye tiltak og gjøre noe nytt utover det som kreves av løpende oppgaver. Her har bydelen valgt å dels satse på Rodeprosjektet, som var en satsning innenfor kommunalvirksomhet, men atskilt fra eksisterende tiltak. Minisosialkontoret skulle arbeide etter Lov om sosialtjenester, som de andre sosialkontorene, men satse mer på systematisk utprøving av nye metoder og en tettere oppfølging av klienter. PMV var til forskjell fra Rodeprosjektet organisert som et selvstendig prosjekt i bydelen eid av Stiftelsen Kirkens bymisjon. Bydel Gamle Oslo var en av tre som støttet prosjektet med økonomiske midler.

I begge disse tiltakene sto bruk av løsningsorientert metoder og brukermedvirkning sentralt. Også ruskonsulentene, metadonkonsulentene og boligkonsulentene har fått opplæring i denne metoden å tenke og jobbe på. Dette ser ut til å ha gitt medarbeiderne en felles forståelse og språk og en systematikk i arbeidet. Som det pekes på i internevalueringen har det lagt et godt grunnlag for samarbeide på tvers. I 1996 ble opplæringen i løsningsorienterte metoder evaluert. I evalueringen pekes det på at opplæringen resulterte at de ansatte opplevde at de mestret arbeidet bedre, særlig i forhold til klienter med sammensatte problemer (Byggforsknotat 1996 i Ambø 1998). Det å skape entusiastiske medarbeidere kan igjen ha en positiv virkning på arbeidet med klientene og brukere.

Vi har i denne evalueringen ikke mulighet til å gå inn og vurdere hvorvidt opplæring og veiledning i løsningsorienterte metoder har vært tilstrekkelig for å anvende det, eller hvorvidt dette er en satsning som "sitter" som anvendt kunnskap. Dette har heller ikke vært den enerådende metoden, noe som forøvrig ikke ville vært hensiktsmessig. Vi oppfatter at dette er en målrettet satsning. En har i bydelen tenkt bredt, i form av at mange skal få opplæring. Og samtidig smalt, da det har vært satset på en metode, løsningsorientert. Det er trolig at dette er en god måte å anvende midler på for å få til en synergieffekt av flere relativt små prosjekter.

Den andre tiltaksgruppen er tiltak rettet mot utsatte grupper. Dette har vært ruskonsulenter, metadonkonsulent og boligoppfølgingskonsulenter. Konsulentene har arbeidet i forhold til avgrensede, utsatte målgrupper, hvor det har vært lagt statlige føringer om et økt fokus på høyere kompetanse og bedre oppfølging. Dette synes å ha vært tiltak som i større grad svarer på en konkret utfordring gjennom endret statlig- og kommunalpolitikk enn de mer metodeutprøvende tiltakene PMV og Rodeprosjektet.

Metadonkonsulent stillingen ble opprettet da det ble åpnet for å øke antall klienter som fikk legemiddelassistert behandling. Denne type behandling stilte særskilte krav til kompetanse og oppfølging. Blant annet krevers det et tett samarbeid med en rekke andre tiltak og instanser. Ruskonsulentstillingene som ble opprettet noe tidligere, var en videreføring av de positive erfaringene med Oppfølgingsprosjektet. Også her begrunnes stillingene delvis med kravet til økt kompetanse blant annet på grunn av åpning for tvangsbehandling av rusmiddelbrukere.

## **3.2 Bydel Sagene**

Tiltakene ”Aktivitet for helse” og ”Tilskudd til miljørettet helsevern” som her beskrives først er plassert under delmål 1, *styrke forebyggende helsearbeid for ungdom, grupper med minoritetsbakgrunn og andre utsatt grupper*. Mens støtte til Torshov kontakt- og servicesentral og rustiltakene er plassert under delmål 2 *styrke sosialt arbeid særlig rettet mot mennesker med psykiske problemer og mennesker med rusproblemer*<sup>19</sup>.

### **3.2.1 Aktivitet for helse**

Bydelen hadde fått en økende del av befolkningen med etnisk minoritetsbakgrunn. Mange av disse var sosialhjelpsmottakere og mange av kvinnene hadde behov for kvalifisering. Og i 1998 slo bydelen fast at allmennhelsen blant befolkningen i bydelen var dårligere enn i befolkningen i Oslo for øvrig. Bydelen valgte da blant annet å satse på å utvikle ulike aktiviseringstiltak for utsatte gruppe (Hjelde 2006). Dette dannet bakgrunnen for tiltakene som fikk overskriften ”Aktivitet for helse”. Tiltakene bygget videre på positive erfaringer som var gjort i bydelen knyttet til forebyggende helseprosjekter. Tiltakene ble organisert og koordinert fra bydelens rehabiliteringssenter.

Målgruppen for tiltakene var personer i bydelen som var i risikozonene for dårlig fysisk og psykisk helse. Dette var personer med svakt sosialt nettverk, personer med innvandrerbakgrunn, sosialhjelpsmottakere, personer som var alene med omsorgen for barn og personer med psykiske lidelser (Hjelde 2006). For å nå gruppene ble det iverksatt ulike, relativt små tiltak som rekrutterte fra ulike steder. Det har også vært et mål å gjøre tilbudene lett tilgjengelige for målgruppa. Målene for tiltakene som helhet var å bedre fysisk og psykisk helse.

Det ble bevilget midler til disse tiltakene fra 1998 til 2001. Til sammen ble det bevilget 930 000 kroner.

Her følger en kort redegjørelse for de ulike tiltakene under ”Aktivitet for helse”.

”Mensendieck-gymnastikk”. Dette har vært et tilbud til kvinner som har vært knyttet til Syverkstedet/Kloden og Rosenhoff kvinneundervisning. Kvinnene som har deltatt har hatt ulike plager, og gymnastikken, som har vært ledet av en fysioterapeut, har hatt som mål å redusere deres plager og lære dem hensiktsmessig arbeidsteknikk. Ca 50 kvinner har deltatt. Tiltaket har hatt stabil og relativt stor deltagelse fordi det har vært knyttet til andre opplæringsstilbud og undervisning som kvinnene har deltatt i.

---

<sup>19</sup> I internevalueringen fra bydelen er Side: 34 prosjektet ”Ungdom, helse og livsstil” også tatt fordi det har vært vurdert å ha særlig relevans for helsemålet selv om det formelt har vært plassert under hovedmål. ”Oppvekst”. I denne presentasjonen har vi imidlertid valgt å bare ta med tiltakene som er plassert under hovedmålet sosial og helse.

”Aktivitet for helse for kvinner og barn”. Dette tilbudet har vært holdt i barnehagene for barn og voksne sammen. De møttes tre til fire ganger i uka, og har hatt aerobic og helseopplysning. 18-25 deltagere har deltatt.

”Jenteprosjekt ved Bjølsen skole” ble utformet som et tilbud til jenter med muslimsk bakgrunn. Hovedaktiviteten var svømming og gymnastikk. 6-8 jenter deltok på samlinger over to år.

”Barseltreff med trim” var et tiltak som har vært arrangert på helsestasjonen for alle som hadde født og gravide. Tilbudet har vært åpnet og ca 40 kvinner har deltatt. Tilbudet er videreført av helsestasjonen innenfor eget budsjett.

”Vanngymnastikk” har vært ukentlig samlinger i basseng. Tilbudet har vært et treningstilbud til en gruppe på fem til syv deltagere, og har gått over to år.

”Turgruppe” har vært en åpen gruppe på kveldstid. Det opplyses om at det har vært relativ dårlig oppslutning om tilbudet.

”Sommer trening på Myraløkka” har vært et treningstilbud ute til musikk i sommerhalvåret. Antall deltagere er ikke oppgitt, heller ikke hvem man spesifikt har forsøkt å rekruttere.

”Aktiv på dagtid” har vært et tiltak utviklet i samarbeid med Oslo idrettskrets. Bydelen har betalt for treningstimer for personer i målgruppa. Til sammen har 12 personer fått midler til dekning av aktiviteter.

Av internevalueringen fremgår det at Vøyensvingen aktivitetssenter har videreført noe av disse aktivitetene med å etablere en egen turgruppe.

### **Hva er oppnådd?**

I den interne evalueringen vurderes disse prosjektene som vellykkede ut fra sine forutsetninger. De som har deltatt har fått mindre smerter i muskel og skjellettsystemet. De har fått bedre konsentrasjon, økt kroppsbevissthet, og det rapporteres om økt bevegelsesglede. Det finnes mangler i registreringen av hvor mange som har deltatt, men det slås fast at de tiltakene som har vært organisert på de arenaene deltagerne har vært på til daglig, er de mest vellykkede. Dette har vært tiltakene i barnehagene og på sysselsettingstiltak og norsk opplæring. Dette er tiltak som i særlig grad er for kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn. Det har vært en spesielt dyktig instruktør trekkes også frem som en årsak til at tiltaket som helhet vurderes som vellykket. Tiltakene har i liten grad nådd menn. En årsak til dette kan være at det har kvinnelige instruktører/ledere.

I den interne evalueringen kommer det frem at det metodiske arbeidet for en stor del har blitt videreført i ordinærtjeneste (Hjelde 2006).

### **3.2.2 Miljørettet helsevern**

Under dette tiltaket har det vært tre mindre prosjekter. Det har vært bevilget midler til disse prosjektene i 2001 og 2002. Til sammen har det vært bevilget 155 000 kroner.

### **Booppfølging i regi av bydelsoverlegen**

Dette tiltaket var en videreføring av et tiltak som ble startet i 1995. Prosjektet retter seg mot personer som hadde problemer med hygiene i sine leiligheter, særlig i de kommunale leilighetene. ”Intervensjon i disse sakene er ofte foranlediget av akuttinnleggelse etter psykisk helsevern, fra legevaktens nødhjelpsteam eller fra bydelens hjemmetjenester” (Hjelde 2006:20). Kommunale etater kom sent inn, og det var ofte en dårlig koordinering av innsatsen. Prosjektets fokus har vært å få sikrere rutiner for intervensjon, for dermed å komme raskere inn. Midlene ble brukt til ryddig og rengjøring av leiligheter. Årlig har det vært 10-25 slike saker. Ordningen er videreført av annen kommunal innsats.

I internevalueringen pekes det på at prosjektet har bidratt til en klargjøring av ansvar for oppfølging og at intervensjonen er raskere og mer effektiv der det er behov for rydding, vasking eller sanering (Hjelde 2006).

### **Tilskudd til miljørettet helsevern ved bydelsoverlegen**

Dette prosjektet har hatt fokus på støyproblemer og andre former for forurensning, næringsmiddelhygiene, skadedyr og søppel/renovasjon (Hjelde 2006). Sakene henvises nå til andre aktører.

### **Helse og miljøkonsulent**

Midler ble brukt til å delfinansiere en stilling som har hatt ansvar for saksbehandling innen fagområdet miljørettet helsevern (støy, luft, skadedyr, hygiene, søppel m.v).

Tilsynsoppgaver iht. Kommunehelsetjenesteloven kap. 4 a, samt ansvaret for behandling av salgs- og skjenkebevillinger. Deler av oppgavene er tillagt bydelsoverlegen.

### **Hva er oppnådd?**

Særlig boppfølgingen i regi av bydelsoverlegen er eksempel på et svært konkret tiltak, hvor det med relativt liten innsats og små midler har fått til en ordening som bidrar bedre oppfølging av bolighygiene. Disse tiltakene har særlig rettet seg mot personer under psykisk helsevern. Tiltakene har bidratt til en klargjøring av ansvar for oppfølging i bolighygiesaker, heter det i internevalueringen, samt en raskere og mer effektiv intervensjon ved behov (Hjelde 2006).

### **3.2.3 Tilskudd til Torshov kontakt – og servicesentral**

Bydel Sagene har en stor andel psykisk syke. I 1999 ble det foretatt en psykiatrikartlegging i bydelen. Denne kartleggingen viste at 624 personer hadde psykiske lidelser (Hjelde 2006). Det har også gjennom ulike kartlegginger kommet frem at det er en liten gruppe (5-10 personer) med store sammensatte problemer. Den gruppen har lagt beslag en relativt stor del av de økonomiske og personellmessige resursene i bydelen. Samtidig så man i bydelen at det var en stor underdekning av tiltak for disse målgruppene. Det var langt fra å kunne nå målet om inkludering og sosialt felleskap og meningsfylte aktiviteter for alle (Hjelde 2006).

Et av tiltakene for å nå målet om inkludering og sosialt felleskap for alle var å støtte Torshov kontakt og servicesentral. Målgruppen for servicesentralen var først og fremst eldre og funksjonshemmede, men de hadde også utviklet tilbud til personer med psykiske lidelser. Tilbudet ble etablert på Torshov for at folk på denne kanten av bydelen skulle ha et tilbud, for personer som bodde på vestsiden av Akerselva hadde et tilbud. Tilskuddene fra Handlingsprogrammet har særlig gått til personer med psykiske lidelser. Dette har vært malerkurset ”maling gir mening”. Kurset har vært på 3 timer over 14 uker. 5-6 personer har deltatt. Et annet tiltak har vært ”Besøktjeneste for mennesker med psykiske lidelser”. I dette tiltaket har målet vært å rekruttere frivillige som besøksvenner. Det har vært jobbet med

rekruttering og kursing. Kontakt mellom bruker og frivillig var ikke påbegynt da internevalueringen ble skrevet.

I regi av Servicesentralen har det vært arrangert middager for personer med psykiske lidelser. Dette tilbudet har vært benyttet av 16-20 personer. Det har også vært gjort forsøk på å etablere et "herrelag", som et tilbud til ensomme og isolerte menn. "Herrelaget" nådde ikke målgruppen for ingen kom.

Prosjektet har vært drevet og styrt av Norsk Folkehjelp. Bydelen har bidratt med midler, men har ikke deltatt i styringen av prosjektet. Det har vært noe faglig samarbeid. Til sammen har det blitt bevilget 600 000 kroner fra 2001 til 2004 til disse gruppetiltakene.

### **Hva er oppnådd?**

I internevalueringen heter det at sentralen har bidratt til å styrke den sosiale arena for flere personer i denne målgruppen. Gjennom disse gruppetilbudene kan det se ut som tilbudet til ensomme og psykisk syke har blitt styrket.

Det trekkes også frem at tiltak under miljørettet helsevern har bidratt til å gi de mest utsatte psykisk syke behandlingstiltak og hjelp med hygiene i egen bolig.

Det ikke har vært en større helhetlig satsning i forhold til psykisk syke fra Handlingsprogrammet, men at det har vært en satsning innenfor dette området blant annet i form av psykiatrikonsulenter, boliger for psykisk syke, gratis psykofarmaka, men med finansiering fra andre kilder.

### **3.2.4 Rustiltak**

Som tidligere beskrevet er det relativt mange i bydel Sagene som har et uttalt hjelpebehov knyttet til deres bruk av rusmidler. I 1998 var blant annet 47 % av klientene på psykiatrisk ungdomsteam i Ullevål sektor fra bydelen (Hjelde 2006). Mange av dem bodde i kommunale leiligheter og hadde sammensatte hjelpebehov. I internevalueringen pekes det på at det på begynnelsen av 90-tallet var det ikke samsvar mellom lovgivningens krav til oppfølging av personer med rusmiddelproblemer og de tiltak som var tilgjengelig i bydelen. Og forebyggende arbeid var lite utviklet. Mange bodde på hospits og mye midler gikk til å betale hospitsplasser. Sosialtjenesten utgjorde det siste sikkerhetsnettet for mange av disse klientene. Mange ble avvist i andre deler av hjelpeapparatet (Hjelde 2006).

Det ble utarbeidet mål for rusarbeidet i bydelens arbeid fra 1996 til 2000. Hovedmålet var å "sikre, videreutvikle og koordinere innsatsen overfor rusmisbrukere" (Hjelde 2006: 29).

For å nå målet ble blant annet disse strategiene vedtatt:

- "- Etablere et rusfritt lavterskel omsorgs- og velferdstilbud til rusmisbrukere som bor i bydelene.*
- Bygge opp en rådgivnings- og rehabiliteringstjeneste for rusmisbrukere, pårørende og andre berørte. Prioritere klienter som vil rehabilitering, samt foreldre og gravide stoffmisbrukere.*
- Sikre at rusmiddelmisbrukere får tilbud tilpasset sitt behov.*
- Sikre, utvikle og koordinere bydelens sosialtjenester overfor rusmiddelmisbrukere i forhold til bydelens helsetjeneste og rusomsorgens og psykiatriens polikliniske og*

*institusjonsbaserte behandlings og rehabiliteringstilbud overfor rusmisbrukere,*”. (Hjelde 2006:29)

Midlene fra Handlingsprogrammet ble brukt til å nå disse målene. Mye av midlene ble brukt til stillinger rettet inn mot rusmiddelfeltet og kjøp av plasser i behandlingsapparatet. Bydelen hadde et ønske om at midlene skulle integreres i den ordinære driften og ikke bli frittstående prosjekter løst fra den ordinære driften. Videre heter det at ”*Prosjektene skulle arbeide praktisk opp mot befolkningen og også bidra til utvikling og effektivisering av tjenesteapparatet og samarbeide med 2.linjetjenesten* ” (Hjelde 2006:29).

Til sammen ble det bevilget 11 319 000 kroner i perioden 1998 til 2005.

Under overskriften ”rustiltak” ble ulike rusmiddeltiltak iverksatt og prøvet ut. Nedenfor følger en presentasjon av satsningen for de til slutt oppsummeres.

### **Ruskonsulentene**

Ruskonsulentene har i hele perioden vært organisert som spesialkonsulenter på siden av de ansatte med saksbehandlingsansvar og i liten grad påvirket av andre store organisatoriske endringer på sosialkontoret. De har hatt et oppfølgingsansvar for egne klienter og har hatt saksbehandling og veiledning etter Sosialtjenestelovens § 6 (Hjelde 2006). Ruskonsulentene har ikke vurdert søknader etter § 5 i Lov om sosiale tjenester.

Ruskonsulentene har vært inne i bildet i forhold til alle klienter som skal ha legemiddelassistert rehabilitering. Dette er klienter som krever mye oppfølging og samarbeid mellom ulike etater og tjenester. Antall klienter som får slik behandling har økt i perioden og ruskonsulentene mener at oppfølging av klienter i denne gruppa tar ca 80 % av tiden deres (Hjelde 2006). Pr 01.03.06 var det 135 klienter i denne behandlingen i bydelen.

Ruskonsulene har også drevet noen gruppetiltak for rusmiddelbrukere i bydelen. Målet med gruppene har vært å bygge opp en god relasjon til brukerne, gi brukerne gode opplevelser gjennom blant annet turer, og å gi sosial trening. Ruskonsulentene mener at gruppene var viktige for deres kontakt med brukerne fordi disse brukerne har få andre arenaer hvor ikke rusmidler er det dominerende. På grunn av høyt arbeidspress har disse gruppene ikke blitt prioritert de seinere årene (Hjelde 2006).

Tidlig i prosjektperioden ble det ansatt en ruskoordinator. Hun koordinerte rusmiddelarbeidet i byen og hadde blant annet ansvar for et opplæringsprogram til ansatte i bydelen. Hun var ansatt i helse- og sosialsjefens stab.

### **Kjøp av rehabiliterings-, omsorgs - og behandlingsplasser**

I hele perioden har det vært brukt midler til kjøp av plasser innenfor rehabilitering, omsorg og behandling. Tallet på antall personer i rehabiliterings- og omsorgsinstitusjon har økt fra 71 i 1997 til 125 i 2005. Det har vært en jevn stigning med en topp på 148 i 2004. Tallet på antall i behandlingsinstitusjoner har variert mellom 15 og 68. Tallet på personer med en eller flere tilbud har økt, men også der ser vi en nedgang i 2005. Hvordan det har gått med disse personene etter oppholdet, finnes det ikke noen systematisk kunnskap om. Ruskonsulentene opplyser imidlertid at de gir mindre oppfølging til de som er i institusjon i dag enn tidligere fordi de har mange flere klienter de skal følge opp. Dette skyldes at de har en økt arbeidsmengde uten at dette har ført til en økning i ressurser (Hjelde 2006).

### **Aktivitetshus for rusmiddelbrukere**

Aktivitetshuset var tenkt som et lavterskeltilbud, et rusfritt treffsted hvor brukeren kunne få mat, vaske seg og tilgang på andre velferdstiltak. Målet var å redusere rusmiddelbruk og bedre sosiale kontrakter og trivsel. Prosjektet ble aldri gjennomført da det ikke lot seg gjøre å finne egnede og tilgjengelige lokaler. Det var også uklart hvem som skulle drive dette stedet (Hjelde 2006).

### **Rådgivnings- og rehabiliteringstjeneste for rusmiddelmisbrukeres pårørende**

Dette var et annet tiltak som ble igangsatt. Tiltaket ble drevet i et halvt år før det ble lagt ned fordi det var begrenset etterspørsel etter tjenesten. Målet var å gi et tilbud til pårørende. Det foreligger ikke noen nærmere vurdering av hvorfor tilbudet ble lagt ned (Hjelde 2006).

### **Tilskudd til frivillige aktiviteter**

Det er gitt midler til to brukerstyrte aktiviteter for personer som tidligere har vært alkohol avhengige. Midlene har gått til frivillige brukerstyrte organisasjoner (Hjelde 2006).

### **Rusprosjekttiltaket på Torshov**

Dette var et tiltak som ble drevet over en to års periode og tiltaket hadde to ansatte. Til sammen ble det bevilget 1 820 000 kroner til dette prosjektet. Målet med stillingene var å bygge opp lokale tiltakspakker og metode og kompetanseutvikling. Målgruppen ble begrenset til å være metadonbrukere og klienter fra bydelens barnevern. 60 % av personene som fikk oppfølging var kvinner.

De ansatte fulgte opp den enkelte klient, men det hadde også ulike gruppetilbud. Det ble samarbeidet rundt den enkelte klient om blant annet rusmestring, sysselsetting/aktiviteter, fritid, nettverk, økonomi og henvisninger (Hjelde 06). Tiltakspakkene skulle ta utgangspunkt i at tiltak skulle utvikles i klientens nærmiljø.

### **Hva er oppnådd?**

Det planlagte Aktivitetshuset for rusmiddelmisbrukere ble ikke startet og Rådgivningstjenesten for pårørende ble nedlagt etter kort tid. Aktivitetshuset ble delvis erstattet av to andre dagtilbud i bydelen.

Ruskonsulentene har hatt et særskilt ansvar for klienter med rusproblemer. De har opparbeidet kontakter, nettverk og kunnskap i rusfeltet. Denne kompetansen ansees som viktig i sosialtjenesten. De har vektlagt tilgjengelighet overfor brukerne og relasjonsbygging. I intern-evalueringen pekes det på at de har opparbeidet seg høy faglig kompetanse som er viktig for hele sosialtjenesten (Hjelde 2006). Det pekes også på at LAR for mange innebærer en bedring av livssituasjonen. De fleste bruker mindre rusmidler og kvinner et i mindre grad involvert i prostitusjon og mange opplever et mer verdig liv. Samtidig har flere rapporter påpekt behovet for sosialfaglig oppfølging og farene for at mange blir ensomme og isolerte i en slik behandling.

Videre pekes det på at midlene har blitt brukt til løpende drift og at det i liten grad har vært utviklet egne mål og planer for det lokale tiltaksarbeidet. Dette kommer også frem av intervjuer med ruskonsulentene. Det blir dermed vanskelig å dokumenter hva man har oppnådd i forhold til hva man ønsket. I 2005 gjennomførte bydelens sosialtjeneste en større

omorganisering i forbindelse med et kutt i bevilgningene på 22 årsverk. Dette har vært med på å preget ruskonsulentens arbeid og gjort det vanskelig å tenke overordnet og langsiktig (Hjelde 2006).

Kjøp av plasser i omsorgstiltak, rehabiliterings eller behandlingstiltak har gjort det mulig for rusmiddelmissbrukere som tidligere bodde på hospits å få en annen bolig situasjon. Dette vurderes i seg selv som en bedring av levekårene for disse klientene da bolig på hospits vurderes å ha mange negative konsekvenser. Flere har kommet inn i andre boformer som bo- og rehabiliteringstiltak har også gitt klientene en bedre tilgang på andre oppfølgingstiltak, blant annet helse- og sosialfaglige tiltak som de ikke hadde tilgang på mens de bodde på hospits.

Klientene som deltok i Rusprosjekttiltaket på Torshov fikk rask og tett oppfølging, fordi prosjektmedarbeiderne var tilgjengelig. Dette ga mulighet til å jobbe gjennom relasjonen og ved tillitskapende arbeid. Deltagelse var frivillig og prosjektmedarbeiderne hadde ingen sanksjonsmuligheter overfor klientene. Klienter som deltok i en brukeundersøkelse sa at tiltaket har vært smidig og fleksibelt.

Det stilles i en intern evaluering spørsmål ved hvorvidt de tiltak og verktøy som er utviklet er blitt videreført i bydelen. Hvorvidt det ble utviklet noe nytt her synes imidlertid uklart. Dette kan ha vært et viktig tilbud den perioden det varte, men det er uklart hvordan kunnskapen har blitt brukt videre (Hjelde 2006).

### **3.2.5 Oppsummering: bydel Sagene**

Vi kan dele satsningen i denne bydelen opp i to grupper tiltak: nemlig tiltak overfor rusmiddelbrukere og gruppemetodiske tiltak rettet mot fysisk og psykisk helse.

I denne bydelen har en stor del av midlene fra Handlingsprogrammets delområde 3 blitt brukt til tiltak overfor rusmiddelbrukere. Rustiltakprosjektet på Torshov ble skilt ut som et eget prosjekt med egen prosjektansvarlig og en referansegruppe. Fra dette prosjektet er det skrevet en intern evalueringsrapport av de to prosjektmedarbeiderne (Audestad og Grinde 2001). De andre midlene har gått inn i ordinær drift ved sosialtjenesten i bydelen, og det finnes lite annen dokumentasjon på hvordan midlene har blitt brukt. Det er ikke gjort noen eksterne eller interne evalueringer i perioden. Det er vanskelig å spore konkret hva midlene har blitt brukt til (Hjelde 2006). Dermed blir det da også blir vanskelig å evaluere hva som er oppnådd med disse midlene.

Vi vet at rusmiddelbrukere er en gruppe med svært dårlig helse både fysisk og psykisk, og de har generelt svært dårlige levekår (Kurtze og Eide 2003). Å satse på tiltak som bidrar til å bedre deres situasjon vil være viktig for å bedre levekårene for denne relativt store gruppen i denne bydelen.

Det har innenfor dette området vært lite nysatsning på nye metoder eller tiltak. Det har mer hatt preg av ”mer av det samme”, og i stor grad har midlene vært brukt til oppgaver som ligger innenfor områder hvor sosialtjenesten har et klart ansvar og tradisjonelt har arbeidet. Dette forhindrer ikke at det for de aktuelle klientene kan ha vært en viktig satsning og ha bidratt til at deres helse situasjon har blitt bedret.



Noe av midlene har gått til stillinger som har søkt klienter inn i bo-, rehabilitering og behandling og fulgt de opp under opphold i slike institusjoner. De har også brukt noe tid på å samarbeide med andre innstanser og de søkt klienter inn i LAR. Dette må vi anta har bidratt til at flere av klientene har fått et egent behandlings- og botilbud. Færre har blitt boende på hospits og flere har fått legemiddelassistert rehabilitering. Vi kan si det slik at denne satsningen har bidratt til at køen for å få behandling med metadon eller andre legemidler ville vært lengre hvis ikke midler hadde vært brukt til disse stillingene som har fulgt opp og søkt inn klienter. Legemiddelassistert rehabilitering bidrar for mange til å bedre deres situasjon. Dermed kan man si at satsningen har bidratt til å bedre klientenes levekår. Det betyr imidlertid *ikke* at den er forbedret på alle områder. På noen kan den ha blitt verre. For å få fullt utbytte av legemiddelassistert rehabilitering må den kombineres med sosialfaglig oppfølging og stabil bolig. De sosialfaglige ansatte fortalte i intervjuer at de ikke har nok ressurser til å følge opp klienter som er i behandling (Hjelde 2006). Det kan dermed se ut som flere klienter får hjelp til å komme inn i behandling, men at det ikke er tilstrekkelige ressurser til å gi nødvendig oppfølging fra førstelinjen. Dette er et problem som pekes på av mange i dette feltet (Fekjær 2004, Sosial- og helsedirektoratet 2004).

Vi kan også se dette som et uttrykk for en tradisjonell måte å tenke tiltak overfor rusmiddelbrukere på. En tenkning som i stor grad tar utgangspunkt i at rusmiddelbrukeren bør og vil slutte med rusmidler og derfor aller helst skal i behandling. Vi ser at tiltak som beskrevet under boligsatsningen i bydelen i større grad har tatt utgangspunkt i som bor i bydelen og utviklet tiltak som er tilpasset dette (Woll 2004).

I samme periode er det også bygget opp et dagtilbud i form av et aktivitetshus for klienter i legemiddelassistert rehabilitering. Dette har ikke fått midler gjennom Handlingsprogrammet.

Også i denne bydelen har en ønsket å bruke Handlingsprogrammidlene til nysatsning og utvikling av nye tiltak. Både Rustiltakprosjektet på Torshov, det planlagte aktivitetshuset og pårørendetilbudet er eksempler på en type nysatsning. Mens rustiltakprosjektet ble gjennomført og noe av erfaringene videreført, ble aktivitetshuset ikke igangstartet og pårørendetilbudet lagt ned etter kort tid. Ser vi på de to siste tiltakene, kan det tyde på at bydelen i for liten grad har brukt tid og ressurser på å utrede, planlegge, kartlegge og prosjektere disse tiltakene.

Under overskriften "Aktivitet for helse" finner vi flere småprosjekter. Her kan midlene ha vært viktig stimulering til å gjøre noe mer og gjøre noe litt annerledes. Det å jobbe med individer i gruppe kan gi et godt utgangspunkt for å tilføre ressurser og bruke ressursene hos deltakerne. Slike gruppetilbud ofte er vanskelige å starte i en hektisk hverdag. Det er ofte barrierer i organisasjonen og hos de ansatte som skal overvinnes for å utvikle slike tiltak (Shulman 1999). Erfaringen i seg selv kan være viktig for de som har drevet tiltakene. Dette kan være erfaringer de kan bruke ved seinere anledninger. Og denne utprøvingen av slike gruppetiltak kan inngå som en del av fagutviklingen som foregår på en arbeidsplass.

Det som trekkes frem med denne satsningen i internevalueringen er at den har hatt en tverrfaglig tilnærming og en bredforankring. Noe som har gjort det mulig å få til en bred rekruttering og videreføring av tiltakene.

### **3.3 Bydel Grünerløkka**

Bortsett fra tiltaket Døgnkontakten (3.3.6) er alle de andre tiltakene i denne bydelen beskrevet under delmål 1, *styrke forebyggende helsearbeid for ungdom, grupper med minoritetsbakgrunn og andre utsatt grupper.*

#### **3.3.1 Smittevernkontor- infeksjonsforebygging**

I likhet med bydelene Gamle Oslo og Sagene var levekårene i denne bydelen dårligere enn resten av Oslo. Da Handlingsprogrammet startet opp i 1997 ble det invitert til å komme med forslag til tiltak for å bedre situasjonen i bydelen. Og både innenfor området smittevern og forebygging av abort ble det påvist udekkede behov i bydelen.

Bydelene har siden 1998 hatt et eget smittevernkontor. Under dette tiltaket ble det i 1999 etablert en egen avdeling for infeksjonsforebygging. Målet med dette kontoret var å redusere forekomsten av smittsomme sykdommer i bydelen og bedre oppfølgingen til personer med smittsomme sykdommer. Delmålsetninger for tiltaket var å øke vaksinasjonsdekningen blant både barn og voksne i tillegg til at man ønsket å øke bevisstheten om de smitteforebyggende tiltakene. Målgruppen var beboere i bydelen, innbyggere med smittsomme sykdommer generelt og ansatte i bydelen som jobbet med tuberkulose kontroll.

Tiltaket ble bemannet med en helsesøster i 100 % stilling, og leger ble trukket inn på timesbasis. Helsesøster har blant annet gitt undervisning til eldre med innvandrerbakgrunn om smittsomme sykdommer og hvordan disse kan forebygges. Det har også vært gitt undervisning til ansatte i bydelen. Hovedaktiviteten har vært å gi reisevaksiner og vaksiner mot sykdommer som polio, stivkrampe/difteri og influensa. Helsesøster har samarbeidet med smittevernkontorer i andre bydeler.

Tiltaket har fått midler gjennom handlingsprogrammet fra 1999 til og med 2006. Til sammen er det bevilget 2 899 000 kroner. Tiltaket har også stor grad av egenfinansiering gjennom inntekter fra reisevaksiner.

#### **Hva er oppnådd?**

I de årene det har vært gitt midler til denne avdelingen har det vært en økning i antall personer som har fått reisevaksiner. Mange av disse har vært barn, og mange har hatt ikke-norsk-etnisk bakgrunn. Dette er grupper som har vært utpekt som særlig viktige å nå, fordi forhindring av smitte og videresmitte i disse målgruppene er viktig i et forebyggende perspektiv.

Også i tuberkulosearbeidet har tiltaket nådd mange i målgruppa. Dette har vært personer som har kommet nye til landet fra risikoområder, og helse- og sosialarbeidere som har oppholdt seg mer enn 3 måneder i land hvor sykdommen forekommer ofte.

I tillegg har avdelingen drevet et generelt smitteforebyggende arbeid i form av oppfølging av smittsomme sykdommer.

I en av de årlige rapporteringene fra tiltaket heter det: ” *Det som er vellykket med tjenesten er at den gir et lavterskeltilbud. Tjenesten er lett tilgjengelig for brukerne. Tuberkulose-*

*kontrollen utføres ukentlig uten timebestilling. Reisevaksinasjon er det maksimum 1 ukes ventetid for timeavtale”<sup>20</sup>.*

I bydelens internevaluering legges det vekt på at tiltaket har hatt et stort antall brukere som enten har fått reisevaksiner eller tuberkuloseoppfølging. Den ansatte helsesøster har hatt et koordinerende ansvar og har bidratt til å styrke den målrettede innsatsen. Dette tiltaket har både styrket det forebyggende helsearbeidet på et primærforebyggende nivå, og det har nådd grupper som er utpekt som risikogrupper. Tiltaket har også fått til et samarbeid med andre instanser i bydelen. Midlene synes å ha bidratt til en målretting av innsatsen og en styrking av innsatsen mot risikogrupper. Bydelslegen vurderer tiltaket som meget vellykket ut fra en helsefaglig vurdering (Urstad 2006).

### **3.3.2 Forebygging av uønskede svangerskap og abort**

Et av de områder hvor en ønsket å gjøre noe med da en fikk bevilgninger gjennom Handlingsprogrammet, var de høye aborttallene. Særlig var tallene for gruppen mellom 20 og 24 år alarmerende, men også for gruppen mellom 25 og 35 år var tallene høye. Dette var kommet frem gjennom en større undersøkelse foretatt av Ullevål sykehus og Institutt for forebyggende medisin (Urstad 2006). Bydelen opprettet derfor allerede i 1995 en ungdomshelsetjeneste og styrket tiltaket med Handlingsprogrammidlene.

Målet med dette tiltaket har vært å forebygge uønskede svangerskap og abort blant ungdom og unge voksne i bydelen. Delmålet med tiltaket har vært å gi unge voksne mellom 25-35 år lettere tilgang på prevensjon og god prevensjonsveiledning, heve kompetansen til de ansatte som jobbet med målgruppen i forhold til det å forebygge uønsket graviditet samt, gi tilbud om oppfølging i grupper eller individuelt til de som hadde særskilte behov.

For å nå de oppsatte mål tok man i bruk helsestasjon for ungdom og utvidet tilbudet og laget et tilbud til unge voksne (25-35 år). På denne helsestasjonen fikk de unge veiledning i forhold til prevensjon, familieplanlegging, generell seksualopplysning og graviditetstesting. Det ble også gitt tilbud om gratis p-piller eller p-sprøyte for førstegangsbukere og henvisning til gratis legetime. Det ble dessuten delt ut gratis kondomer.

Det ble gjennomført kurs om ungdomsseksualitet og prevensjon for ansatte ungdomsarbeidere og sosialarbeidere i bydelen. Det ble dessuten iverksatt informasjonskampanjer om blant annet nødprevensjon og om helsetilbudet i bydelen.

Tiltaket samarbeidet med flere andre tiltak i bydelen og ansatte i skolehelsetjenesten tok vakter på helsestasjon for unge voksne. De ansatte ved helsestasjonen kunne henvise til gratis legetime hos to leger i bydelen. Gjennom å samarbeide med to av ungdomskolene ble det etablert grupper for jenter som hadde hatt risikoatferd knyttet til seksuell helse.

Prosjektet fikk midler over handlingsprogrammet fra 1999 til januar 2003. Til sammen ble 1 099 000 kroner bevilget til tiltaket. Etter dette er tiltaket videreført innenfor ordinær drift.

---

<sup>20</sup> Oslo kommune (20.06.06): Resultater 2003. Avdeling for infeksjonsforebygging [online]. URL: <http://www.prosjekt-indreoslo.oslo.kommune.no/getfile.php/Handlingsprogram%20Oslo%20indre%20%C3%B8st/Internett/Dokumenter/dokument/bydelxgrxnerlxkkaxxsofienberg/helseogxsosial/4b3esmi.doc>

### **Hva er oppnådd?**

Dette er et eksempel på et tiltak hvor man har integrert tiltaket inn i en struktur som var der, samtidig som det er laget mål, delmål og tiltak for nysatsningen.

I 2002 var det 198 konsultasjoner sammenlignet med 112 konsultasjoner året før. Denne økningen ser man i sammenheng med at brukerne fikk henvisning til gratis legekonsultasjon.

I internevalueringen trekkes det frem at 30 % av brukere har etnisk minoritetsbakgrunn. Det pekes på at dette er en viktig målgruppe fordi aborttallene for denne gruppa synes å være høyere enn for etnisk norske kvinner (Urstad 2006). Selv om det ikke foreligger en samlet oversikt over hvor mange brukere det har vært i prosjektperioden, mener man i den interne evalueringsrapporten at man har nådd målgruppa.

Videre pekes det på at denne satsningen har ført til en høyere bevissthet og mer kunnskap hos de ansatte i bydelen, ikke bare ved helsestasjonen, men også ved instanser man har samarbeidet med og hos de som har fått kurs og opplæring.

I den interne evalueringen vises det til at tallene på abort har gått ned i bydelen. Fra 1999 til 2003 har det vært en reduksjon på 48 %. Dette er en større reduksjon enn i de andre bydelene i indre Oslo. I en del av de andre bydelene har det i samme periode vært en økning i aborttallene (Oslo kommune Statistisk årbok 2005 tabell 5.12). I internevalueringen pekes det på at det kan være flere forklaringer til reduksjonen, men at man *”kan med rimelig grad av sikkerhet hevdes at tiltaket har hatt positiv effekt”* (Urstad 2006:36). Imidlertid ser vi at reduksjonen kom allerede i 2000 etter at tiltaket hadde vært i drift i bare ett år. Det er derfor grunn til å være noe forbeholden med å trekke denne slutningen. Samtidig bør vi være åpne for at det kan være en sammenheng, for vi ser ikke den samme nedgangen i andre bydeler. Det kan med andre ord være at denne målrettede innsatsen har hatt en effekt på aborttallene i bydelen.

I Statistisk sentralbyrå sin vurdering av disse tallene påpekes det at det er en klar sammenheng mellom sosialsituasjon og aborttall. Det er flere aborter blant de sosialt minst privilegerte (Barstad m.fl.2006). I Oslo har det vist seg å være en statistisk samvariasjon mellom inntektsnivå og abortrate (Rognerud og Stensvold i Barstad m.fl.2006). Det kan derfor også tenkes at de bredere tiltakene som har påvirket levekårene i bydelen også har virket inn på disse aborttallene. På den annen side vet vi at det har vært stor mobilitet i denne bydelen hvor mange av de fattigste har flyttet ut og mange ressurssterke har flyttet inn. Dette kan også være en delforklaring på denne utviklingen.

### **3.3.3 Mødregruppe**

Under overskriften ”Mødregruppe” har det vært drevet to gruppemetodiske tiltak fra 1999 til 2001. Til sammen ble det bevilget 829 000 kroner til disse gruppene. Dette tiltaket har fått minst midler i denne bydelen. Det finnes lite dokumentasjon fra tiltakene, og i forhold til mål kunne de vært plassert under området oppvekst.

#### **Mødregruppe**

Bakgrunn for mødregruppen var å styrke kvinnes foreldrekompetanse. Målgruppen var kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn som hadde barn i 1. - 4. klasse. Målet var å gjøre kvinnene mer delaktige i barnas hverdag og å øke deres kunnskaper om helse, ernæring, tannhygiene og personlig hygiene, samt å danne nettverk.

Metoden en tok i bruk i dette arbeidet var basert på en gruppemetodisk tilnærming der samtaler, undervisning, trening og ekskursionsjoner foregikk i grupper. Gruppene skulle fokusere på ressurser og bygget på løsningsfokuseret tilnærming. Gruppen økte i antall deltagere fra 4-5 til 15 (Urstad 2006).

### **Hva er oppnådd?**

Antallet kvinner som deltok, økte underveis i prosessen, kan sees på som en indikator på at man lyktes i å nå deler av målgruppen<sup>21</sup>. I årsrapportene kommer det frem at kvinnene fikk nye kunnskaper og økt kompetanse. En så også at flere fikk utvidet sitt nettverk. Det fremgår ikke at det er foretatt noen konkret kartlegging rundt deres nettverk eller fungeringsnivå. Derfor er det ikke mulig å si hva man oppnådde med tiltaket. Ut fra internevalueringen synes det heller ikke som tiltaket inngikk i noen større satsning verken i forhold til målgruppen eller i forhold til å prøve ut nye metoder. Dette trenger ikke å bety at ikke tiltaket var vellykket i forhold til denne målgruppen, men organiseringen og planen virker noe lite integrert og lite systematisk.

### **3.3.4 Jentegrupper**

Målet med disse gruppene var å styrke det psykososiale miljøet og dempe konfliktnivået og forebygge nye konflikter blant jenter med etnisk minoritetsbakgrunn i 5., 6. og 7. klasse. Det ble drevet to slike jentegrupper. Også i disse gruppene ønsket en å jobbe ressursorientert og styrking av deres ressurser gjennom bruk av en løsningsfokuseret tilnærming. En jobbet gruppemetodisk, og gruppene møtes jevnlig for å drøfte ulike tema.

### **Hva er oppnådd?**

Også her er det sparsomt med dokumentasjon på hva man har oppnådd, men fra lærerne til jentene i gruppene ble det rapportert at miljøet i klassene ble bedre. I likhet med mødregruppene virker det noe løsrevet og settes slik det her fremkommer i liten grad inn i en større satsning overfor målgruppe eller en metodeutvikling og fagutvikling.

### **3.3.5 Diverse prosjekter for funksjonshemmede**

Disse tiltakene ble startet i 1999 og avsluttet i 2005. Det har vært bevilget 4 707 400 kroner til tiltaket i denne perioden. Undersøkelser har vist at en ikke visste noe om hvor stort behov det var for avlastning eller hva slags avlastning det var behov for. Særlig var en usikker på hvilke behov personer med etnisk minoritetsbakgrunn hadde, og om en nådde de med de eksisterende tilbud (Urstad 2006).

### **Tilbud til funksjonshemmede barn**

Målgruppene har vært familier med funksjonshemmede barn, hovedsakelig familier med etnisk minoritetsbakgrunn. Målet har vært å øke mestring i hverdagen hos familiene, samt å øke samarbeidet mellom ulike fag og avdelinger for å sikre en videreutvikling av et fleksibelt og helhetlig tjenestetilbud. Dette tiltaket har vært utformet som en avlastningsbase på sommeren for barn opp til 8 år. Denne har i perioden i økt grad blitt kombinert med

---

<sup>21</sup> Da det ikke fremkommer noen oversikt over hvor mange man mener det er i målgruppen, vil det også være usikkerhet knyttet til å vite hvor stor del av målgruppen en har nådd.

fritidsturer som har vært arrangert annenhver lørdag. Turene har hatt vekt på aktiviteter der barna skal bli kjent med hverandre. Det har både blitt samarbeidet om de enkelte barn i ansvarsgrupper, om individuell plan og tverrfaglig forum.

Barna har blitt rekruttert gjennom informasjon og søknader og tjenester. Konsulentene i tiltaket har også foretatt hjemmebesøk.

### **Hva er oppnådd?**

I den interne evalueringsrapporten pekes det på at en har nådd målgruppen. Dette vurderes som vellykket fordi gruppen har fått andre tilbud, og benytter seg i liten grad av andre tilbud. Både barna og foreldrene har hatt nytte av de faste aktivitetene. Barna har fått nye impulser og gjennom deltagelse på turer og aktiviteter. Dette er en identifisert målgruppe, og tiltaket har nådd de som har vært definert inn i målgruppa. Vi vet imidlertid ikke om man har nådd alle innen målgruppen.

Gjennom tiltaket lærte en også at familier med minoritetsbakgrunn ikke har mindre behov for avlastning, men at det i større grad enn majoritetsbefolkningen er nødvendig med tilrettelagt informasjon, tillit til saksbehandlere og at det tas utgangspunkt i brukerens behov (Urstad 2006).

### **Fritidsklubber for utviklingshemmede**

Målgruppen for dette tiltaket har vært unge og voksne med utviklingshemming. Målet har vært å skape et nettverk. Bydelen har drevet to fritidsklubber, den ene for de mellom 40-70 år og den andre for de mellom 16-40 år. Midlene har vært brukt til å øke aktivitetene klubbene. I klubben for de eldste er det ca 10 brukere hver uke, mens i klubben for de yngre har det vært ca 30 brukere hver uke.

### **Hva er oppnådd?**

I følge internevalueringen har en økt aktivitetene i klubbene. Og fritidsklubbene har vært et viktig sted for å møte andre og vedlikeholde og bygge nettverk.

### **Vi treffes i bassenget**

Bakgrunnen for dette tiltaket var en forståelse for at mange funksjonshemmede og deres familier bodde i små og trange leiligheter. Barna og de voksne hadde behov for møteplasser for aktivitet og lek, der barnas funksjonshemming ikke ble et hinder for samvær og mestring (Urstad 2006).

Målgruppen for dette tiltaket var familier med funksjonshemmede barn som sto i fare for å bli sosialt isolerte. Målet var at barna skulle integreres i familiene ut fra sine reelle ressurser, at søsken av funksjonshemmede barn også ble sett av sine foreldre og å skape et sosialt møtested hvor lek og trening var like naturlig for hvert medlem av familien. Delmålene var å gi dem som ønsket det flyt og svømmeopplæring, øke forståelsen av å drive fysisk aktivitet og å lindre smerter i kroppen hos barn og voksne. For å nå målene laget man ulike gruppetilbud på dag, ettermiddag og kveldstid. Gjennom lek og aktivitet skulle barna lære å mestre vann, og de voksne skulle utvide sitt nettverk.

Dagtilbudet har hatt vanskelig for å rekruttere barn, mens på ettermiddag og kveld var det i 2004 18 funksjonshemmede barn som deltok. Av disse barna hadde godt over halvparten etnisk minoritetsbakgrunn. Det har blitt gitt midler til tiltaket fra 1998 fram til 2005. Til sammen har det blitt bevilget 1 238 000 kroner.

### **Hva er oppnådd?**

Gjennom tilbudet nådde man en gruppe som har få andre tilbud, og i internevalueringen fremheves det at dette mer har hatt preg av å være et sosialt aktivitetstilbud enn et rent helsetilbud. Tilbudet har gitt trivsel og økt livskvalitet, og det har bidratt til å øke nettverket. I likhet med aktivitetstilbudet nådde det en gruppe som har få andre tilbud.

### **3.3.6 Døgntakten**

Dette tiltaket er plassert under delmål 2, *styrke sosialt arbeid særlig rettet mot mennesker med psykiske problemer og mennesker med rusproblemer.*

Bakgrunnen for tiltaket var at en så det var behov for et nytt lavterskeltilbud. Man trengte noe som var lett tilgjengelig for ungdom i en risikosituasjon, og som samtidig kunne være et alternativ til plassering i institusjon.

Tiltaket ble utformet som et oppfølgings- og botilbud for ungdom i alderen 14- 20 år som lever under sviktende omsorg eller er inne i en negativ utvikling med hensyn til kriminalitet og/eller rusmiddelbruk. Ungdom som har konflikter med skole, foresatt eller nærmiljø kan også komme inn under tilbudet. Tiltaket er en del av barnevernet, og kom i stand da en ønsket å omorganisere utekontakten. Tiltaket har vært utformet som en heldøgns beredskap for henvendelser fra ungdom. Inntil åtte ungdommer som har behov for omsorg kan bo der med tett oppfølging. Det er fem plasser for ungdom som trenger noe mindre oppfølging. Det har også vært drevet et kontaktskapende tilbud for ungdom med særskilte behov. Det er utformet som et "drop in" lavterskeltilbud. Tiltaket skal være et alternativ til plassering i institusjon og da en har ønsket at ungdommene skal beholde tilknytning til lokalmiljø og nettverk.

For at ungdommene skal få tilbud om å bruke tiltaket må de ønske å gjøre noe med sin egen situasjon og ville inngå i en åpen dialog med de som jobber i tiltaket. I samarbeide mellom ungdom og ansatt lages det en handlingsplan og det gjøres avtaler med den enkelte ungdom. Tilbudet blir bare gitt til ungdom som lever under manglende omsorg eller spesielle problemer og ikke til ungdom som trenger en bolig (Urstad 2006).

Når ungdommene flytter inn får de tilpasset individuell bistand. Dette innebærer at den enkelte får hjelp til å finne en bedre og egnet boligsituasjon det kan bety å flytte hjem til foreldre.

Døgntakten samarbeider med en rekke instanser i og utenfor bydelen. Prosjektet ble startet opp i 1999 og har midler ut 2006. Tiltaket har mottatt 11 339 000 kroner fra Handlingsprogrammet. Det er det tiltaket som har fått mest midler og midler i den lengste perioden.

### **Hva er oppnådd?**

Det har til en hver tid bodd mellom fem og ni ungdommer med tett oppfølging i hyblene. I tillegg har mellom 10 og 15 ungdommer mellom 15 og 23 år hatt oppfølging uten å ha et boligtilbud gjennom Døgntakten. En har også hatt samtaler med ungdom som har droppet innom, og gitt oppfølging til familier.

Det fremgår ikke hvordan det har gått med disse ungdommene etter at de har vært i kontakt med Døgntakten. For å vurdere dette bør det gjennomføres en omfattende undersøkelse.

Interessante spørsmål å følge opp ville da være å se på dette tiltaket sammenliknet med tiltak i hjemmet eller tiltak utenfor bydelen. I internevalueringen kom det frem at dette har vært et alternativ til plassering i institusjon. Plassering i institusjon vil svært ofte innebære brudd med nærmiljø og familie, og tiltaket kan ha bidratt til å holde ungdommen i bydelen i nærmiljøet.

Det fremgår ikke hvorvidt dette tiltaket har jobbet etter en spesiell sosialfaglig modell.

### **3.3.7 Oppsummering: bydel Grünerløkka**

Ingen av prosjektene eller tiltakene i denne bydelen har vært evaluert før den foreliggende internevalueringen av Urstad (2006). Vi kan gruppere de igangsatte tiltakene i bydelen i tre grupper: brede forebyggende tiltak som smittevern og forebygging av uønskede svangerskap, gruppemetodiske tiltak og støtte til drift av Døgnkontakten. Vi vil her først fokusere på de brede forebyggende tiltakene.

Smitteverntiltaket har hatt det klareste helsefokuset i alle de tre bydelene. Tiltaket er det som mest direkte forholder seg til målet om å redusere risiko for sykdom. Både i det smitteforebyggende og det abortforebyggende arbeidet har bydelen brukt midler fra Handlingsprogrammet for å foresterke allerede igangsatt innsats. Dette er tiltak som også har avgrensede målgrupper, men ikke identifiserte individer. Disse tiltakene har brukt flere tilnærminger og metoder, og har også et element av systematisk utprøving av en eller flere metoder i seg. Begge tiltakene har med midler fra Handlingsprogrammet blitt utvidet i forhold til målgruppe. Helsestasjonen for ungdom kunne utvide målgruppe fra ungdom til unge voksne mellom 25 og 35 år. Midlene ga en mulighet til å utvide informasjonsarbeidet mot flere og til å drive opplæring av ansatte i bydelen. Også de ansatte på Smittevernkontoret brukte midler til å øke informasjonsarbeide mot innbyggere i målgruppa og mot ansatte i bydelen.

Begge tiltakene kunne dokumentere en økning i antall brukere, og i forhold til aborttallene mener en at nedgangen skyldes satsningen. Begge tiltakene synes å ha en godt grunnlag for iverksetting. Det er vanskelig å måle effekten av opplæring, kursing og diverse informasjons-tiltak som har vært gitt, men trolig har en så bred satsning som det her er blitt satt inn har gitt ny kunnskap, som igjen vil virke inn på direkte rådgivning med brukere i flere tjenester.

Den andre satsningen som denne bydelen har gjort kan vi kalle gruppemetodiske tiltak mot identifiserte grupper. Her kan vi plassere tiltak som ”diverse prosjekter for funksjonshemmede”, som besto av avlastningstilbud for funksjonshemmede og fritidsklubber for utviklingshemmede. Tiltaket ”vi møtes i bassenget”, ”mødregruppen” og ”jentegruppene” har også vært basert på en gruppemetodisk tilnærming. I gruppearbeide er interaksjonen mellom deltagerne viktig og en har mulighet til å bruke gruppen i arbeidet med å nå målsetningene. Disse gruppene har visse likhetstrekk med de gruppene som har vært igangsatt i Sagene bydel<sup>22</sup>. Forskjellen synes først og fremst å være at i denne bydelen har det vært en større fokus på funksjonshemmede. Målet har vært å bedre sosial integrasjon og nettverk, noe den interne evalueringen peker på at de har gjort.

Døgnkontakten skiller seg fra disse tiltakene da midlene fra Handlingsprogrammet har gått til drift av et booppfølgingstilbud. I internevalueringen kommer det også frem at dette tiltaket hører mer inn under mål om oppvekst enn helse. Å drive forebyggende ungdomsarbeide kan

---

<sup>22</sup> Ser drøftingen av disse tiltakene under pkt 3.2.6



være viktig rusmiddelforebyggende arbeid. Vi vet at ungdom som vokser opp under vanskelige kår er utsatt i forhold til å utvikle rusmiddelproblemer. For å vite noe om effekten av dette, ville det være nødvendig med noe bredere undersøkelser.

I internevalueringen påpekes det at midler fra Handlingsprogrammet har gitt bydelen midler til å prioritere oppgaver som ikke hadde vært mulig innenfor bydelens ordinære økonomiske rammer (Urstad 2006).



## 4 Hva er oppnådd i satsningen på helse og sosial?

Hovedmålet innenfor dette området har vært å redusere risikofaktorer for sykdom og styrke tilbud til innbyggerne med psykiske problemer og rusbruk. Vi vil her oppsummere hva som er oppnådd med denne satsningen i Oslo indre øst for alle de tre bydelene.

### 4.1 Lite direkte relatert til helse

Ser vi på den samlede innsatsen er lite av innsatsen rettet direkte mot sykdom bortsett fra tiltaket mot smittereduksjon på Grünerløkka. Samtidig har relativt mye av innsatsen blitt rettet mot psykisk syke og rusmiddelbrukere, som vi vet er utsatt for stor risiko for sykdom og som er definert som målgruppe under delmålene.

En av grunnene til at det ikke er mer direkte rettet mot helse, er at dette målet ikke var definert da de første målene ble formulert. I 2001 ble de opprinnelige målene omarbeidet og dette målområdet ble da først gjort eksplisitt. Det kan dermed se ut som det blir noe tilfeldig hvilke tiltak som plasseres under dette målområdet. Det kan også være et uttrykk for at det har vært lite fokus på helse, og som det påpekes i rapporten fra SSB, ikke minst lite fokus på de sykdommene som representerer de store dødsårsakene nemlig hjerte og karsykdommer (Barstad m.fl. 2006). En av årsakene er at en vet at tiltak som reduserer sosiale forskjeller også har stor innvirkning på helse. Vi kan imidlertid ikke si at det innenfor dette målområdet har vært en bred satsning på tiltak som har hatt til mål å redusere fattigdom.

Vi vet at helseskadene knyttet til bruk av alkohol er betydelige i dette landet. Fokus på dette forbruket og skadene det fører til får ofte mindre oppmerksomhet enn skader av bruk av narkotiske stoffer, både i media og tiltaksapparatet (Fekjær 2004). En kunne tenke seg at tiltak med et større fokus på folkehelse og reduksjon av bruk av alkohol ville hatt store virkninger på helsen til mange. Forskning har vist at tiltak for å begrense tilgjengelighet har hatt stor virkning på forbruk og skader (Fekjær 2004, Horverak m.fl. 2001). Vi har ikke sett at noen av tiltakene innenfor dette målområde har hatt en slik tilnærming. Og at de tiltakene det refereres til i stor grad synes å ha hovedfokus på bruk av illegale rusmiddel og rusmiddelbrukere. Det har vært en tradisjonell satsning på synlige grupper med store og sammensatte behov.

### 4.2 Styrking av tiltak overfor rusmiddelbrukere og psykisk syke

Utvidelse av det legemiddelassisterte tilbudet og Rusreformen har vært store endringer på rusmiddelfeltet i Handlingsprogram perioden. Både ruskonsulentene i Gamle Oslo, metadonkonsulent også i Gamle Oslo, ruskonsulenter på Sagene og Rusprosjekttiltaket på Torshov har vært tiltak som har hatt som mål å bedre disse klientenes situasjon<sup>23</sup>.

Spesialstillingene i sosialtjenesten som bistått saksbehandlerne i deres arbeid med klientene. Bortsett fra Rusprosjekttiltaket på Torshov, som var et avgrenset tiltak som gikk over en toårs periode, har de andre stillingene inngått i sosialtjenesten. På Sagene har ruskonsulentene også inngått i andre prosjekter som pårørendetilbudet og aktivitetshuset, som ble forsøkt iverksatt.

Ruskonsulentens arbeid har vært viktig for å samle kompetanse. Imidlertid synes det som disse stillingene i liten grad har jobbet systematisk og målrettet mot vedtatte mål. Stillingene

---

<sup>23</sup> Bydel Grünerløkka har hatt ruskonsulenter siden 1992, men disse har ikke fått midler over Handlingsprogrammet

har ikke vært evaluert av eksterne og det foreligger lite dokumentasjon på hvordan de har arbeidet. På Sagene har de brukt mye av sin tid til direkte klientkontakt og de har inngått i ordinær drift. Dette gir liten mulighet til å gjøre systematiske utprøvinger og evalueringer og fagutvikling. Det synes som de tiltakene som har blitt skilt ut fra ordinær drift som Rusprosjekttiltaket på Torshov i større grad har fått til en fagutvikling og mer systematisk utprøving.

Mange klienter med rusmiddelrelaterte problemer har fått en bedre boligsituasjon gjennom mer permanente boliger. En sentral forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg andre tjenester, er å ha en stabil boligsituasjon.

Flere har fått legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Dette er en behandlingsform som stiller store krav til koordinering og samordning av tjenester (Sosial og helsedirektoratet 2004). LAR gir redusert overdosemorbidity, bedret sosial fungeringsevne og livskvalitet, samt reduserer kriminalitet (Sosial og helsedirektoratet 2004). For å oppnå gode behandlingsresultater, må legemiddelbehandlingen inngå i en behandling med flere innsatser. Og det er behov for god samhandling mellom helsetjenester og andre kommunale tjenester. Blant annet opplever mange ensomhet og tap av nettverk.

Det har vært stor turnover i sosialtjenesten i Oslo. Det kan synes som om disse spesialkonsulentstillingene har vært et virkemiddel til å holde på medarbeidere med høy kompetanse og erfaring. Slik har en beholdt kompetansen i førstelinjen.

### **4.3 Etniske minoriteter en målgruppe i mange prosjekter**

Alle bydelene har igangsatt tiltak som har hatt personer med etnisk minoritetsbakgrunn i målgruppen. PMV i bydel Gamle Oslo er det tiltaket som bare har denne målgruppa og er utviklet nettopp med tanke på å nå gruppen. I internevalueringen mener en også at en har klart å nå denne gruppa som faller utenfor mange av de ordinære tiltakene i bydelen. I bydel Sagene har flere av de forebyggende helseprosjektene vært særlig rettet inn mot kvinner med minoritetsbakgrunn, og tiltakene har vært utviklet på arenaer hvor disse kvinnene har andre tilbud.

Også i bydel Grünerløkka har flere av tiltakene hatt etniske minoriteter som en særskilt målgruppe. Både Smittevernkontorets tiltak, det abortforebyggende arbeidet og tilbud til funksjonshemmede har hatt fokus på å nå denne målgruppa. Det kan dermed synes som at tiltakene har nådd delmålet om å styrke det forebyggende helsearbeidet, særlig overfor grupper med minoritetsbakgrunn.

### **4.4 Utprøving av nye metoder og organisering**

Trolig har også det å satse på en metodikk og lære opp mange i denne hatt en positiv effekt på de ansatte. I bydel Gamle Oslo har de satset på en systematisk opplæring i løsningsorientert tilnærming. Denne metodikken går igjen i flere av tiltakene, og det trekkes frem at dette har gitt ”en ny giv”. Det har også bidratt til at de ansatte har møttes på tvers av tjenestesteder og blitt kjent, noe som også har lagt grunnlag for samarbeid.

I alle bydelene, som har deltatt, har det i Handlingsprogramperioden vært igangsatt flere gruppetodiske tiltak for utsatt grupper. Her kan vi plassere tiltak som ”diverse prosjekter for funksjonshemmede” som ble iverksatt på Grünerløkka. Dette var avlastningstilbud til

funksjonshemmede barn, fritidsklubber for utviklingshemmede, ”vi møtes i bassenget”, mødregruppene og jentegruppene. På Sagene ble det iverksatt flere tilbud under prosjekt tittelen ”aktivitet for helse”. Dette var ulike treningstilbud til stort sett kvinner og barn mange med minoritetsbakgrunn. Tilskudd til Torshov kontakt- og servicesentral ble også brukt til gruppetilbud til psykisk syke. Også på Primærmedisinsk senter har de brukt grupper som en metode i sitt arbeid.

I en travel hverdag er det ofte vanskelig å igangsette nye tiltak. Gruppemetodisk tiltak har vist seg å ha gode resultater, men kan være vanskelig å få støtte for. Det synes som støtten gjennom Handlingsprogrammet har gitt en mulighet til en mer systematisk utprøving enn hva som ville vært mulig uten disse midlene.

#### **4.5 Lite samarbeid på tvers**

Når vi ser på hva de tre bydelen har gjort innenfor området helse og sosial ser vi stor variasjon i tiltak, målgruppe og metodikk. Dette kan være uttrykk for at bydelene har vært ulike og har hatt ulike behov som de har ønsket å dekke. Dermed kan ulikhet betraktes som et uttrykk for lokal tilpasning. Ulempen med å lage mange ulike tiltak i de tre bydelen er at det i liten grad blir en felles utprøving, metodeutvikling og styring. Det synes som om bydelene i liten grad har brukt denne muligheten til å samarbeide på tvers av bydelene. Selv der midler har gått til relativt like tiltak, som ruskonsulenter, synes det ikke å ha vært noen særlig grad av samarbeid på tvers av bydelene.

#### **4.6 Mangelfulle plandokumenter og dokumentasjon**

Det er stor variasjon i hvordan de ulike prosjektene har forholdt seg til det å dokumentere behov gjennom kartlegginger, sette opp mål og dokumentere måloppnåelse. Flere av prosjektene og tiltakene som har fått midler gjennom handlingsprogrammet, synes å ha dårlige plandokumenter. Det fremgår i liten grad hva som ligger til grunn for satsningen, og kartlegginger som det henvises til er mer generelle enn spesifikk for den målgruppen en vil nå. Her vil vi understreke at det kan foreligge mer systematisk kartlegging og plandokumenter, enn vi har fått tilgang til. Dette ser vi også når vi ser på rapporteringen fra mange av disse tiltakene, som er svært mangelfull. Både er de konkrete kvantitative kartleggingene er mangelfulle ved flere av tiltakene og de mer kvalitative beskrivelsene er tynne beskrivelser. Dette kan ha sammenheng med at det er liten kunnskap om hvordan lage mål, rapportere og beskrive egen situasjon. Det kan også ha sammenheng med at en tradisjonelt har liten erfaring med å måle endringer på helse og sosialområdet, og at det er vanskelig å knytte registrerte endringer til igangsatte tiltak. Innenfor dette området er det et stort utviklingspotensial, både til å klarere dokumentere behov gjennom konkrete kartlegginger, men også gjennom å formulere mål og målgrupper.

”Ungdom, helse og livsstil” er et tiltak som ligger under et annet målområde, men som trekkes frem i internevalueringen fra Sagene. Det er tatt med fordi det vurderes å ha særlig relevans for hovedmål knyttet til helse, men det er også tatt med fordi det trekkes frem som et eksempel med god prosjektforankring og organisering. I dette prosjektet har man jobbet sammen med en ekstern partner om å lage mål og implementere disse. Tiltaket har hatt som mål å utvikle, prøve ut og implementere egnede helsefremmende metoder i skolehelsetjenesten og i helsestasjon for ungdom. Prosjektet har hatt bistand fra Statens

institutt for folkehelse i metodeutvikling, etablering av effektmål og utvikling av programmer for evaluering (Hjelde 2006). Mange av de andre tiltakene i denne bydelen kan se ut som de har svakt utviklet prosjektstyringsverktøy.

Dette er også en kritikk som i noen grad kan rettes mot bevilger. Det kan synes som det i liten grad har blitt stilt krav om konkrete måldokumenter og tiltaksrapporteringer fra de ulike prosjektene. Noe av denne kritikken bør rettes mot styringsgruppen som har bevilget midlene. Hadde det vært stilt krav om en klarere rapportering, ville dette kunne ha tvunget bydelen til å tilegne seg kunnskap og sette av mer ressurser til å bygge kompetanse på prosjektstyring.

De tiltakene som har hatt eksterne evalueringer og bistand synes jevnt over å ha en bedre rapportering, som foreksempel Rodeprosjektet og "Ungdom helse og livsstil". Det å trekke inn kompetanse på kartlegging, utredning og evaluering kan styrke tiltakenes kunnskap om hvordan kartlegge og rapportere/evaluere. Samtidig har smitteverntiltaket og det abortforebyggende arbeidet i bydel Grünerløkka dokumentert behov, utviklet tiltak og dokumentert måloppnåelse uten ekstern bistand.

Hvis man ønsker å videreføre de erfaringer man har med denne satsningen, vil vi anbefale at det avsettes ressurser til å gi de ansatte opplæring i hvordan drive prosjekter. Denne type kunnskap vil kunne bli værende i organisasjonen og brukes i møte med fremtidige utfordringer og behov.

## 5 Levekår i bydelene ved avslutningen

Har Handlingsprogrammet for Oslo indre øst ført til bedre levekår innenfor delområde 3 – helse- og sosialområdet? Har levekårene i det hele tatt blitt bedre i løpet av perioden? Det første spørsmålet, om makroeffekten av Handlingsprogrammet, er som tidligere nevnt svært vanskelig å besvare. Det andre spørsmålet kan vi i større grad gi svar på, takket være kilder som Oslo-statistikken og SSB's levekårsstatistikk. I hvilken grad dette også kan antyde et svar på det første spørsmålet, vil vi reflektere litt rundt avslutningsvis.

Hvem snakker vi egentlig om når vi beskriver levekår i Oslo indre øst? Er det de menneskene som til enhver tid bor innenfor de tre bydelsgrensene, eller er det den befolkningen som bodde der ved Handlingsprogrammets oppstart i 1997? Folk er mobile og flyttestrømmen kan fort komme til å påvirke levekårene mer enn bestemte tiltak, eventuelt motvirke den statistiske effekten av dem. Samtidig kan det være et mål i seg selv å få en demografisk utvikling som gjør bydelene i Oslo jevnere når det gjelder fordelingen av sosial problemer, sykelighet og forventet levealder. Dersom bydelene gjennom boligbygging og tilflytting oppnår en forholdsmessig forbedring av befolkningens levekår, kan dette også betraktes som et gode.

En positiv virkning av at ”problemer flytter på seg” kan være at enkelte områder blir mindre stigmatisert og at lokale hjelpetilbud og budsjetter får avlastning. Det er altså tale om både hjelp til konkrete mennesker og en samfunnsutvikling som skal motvirke at de med størst problemer og dårligst kår konsentreres i de samme boligområdene.

Vi har tidligere presentert et bilde av levekårene slik de fortonte seg i de tre bydelene (med daværende bydelsgrenser) før Handlingsprogrammet ble startet. Nå vil vi vise litt av utviklingen når det gjelder levekårene i Handlingsprogramperioden.

### 5.1 Generell levekårsutvikling i indre øst

Statistisk sentralbyrå (SSB) leverte en ny levekårsrapport våren 2006 som inneholdt nye data om situasjonen for de ulike bydelene ved Handlingsprogrammets avslutning (Barstad m fl 2006). Rapporten er allerede referert til tidligere (Se kapittel 2), ettersom den også inneholder historiske sammenligningstall på flere av indikatorene.

SSB-rapporten karakteriserer levekårsutviklingen for Oslo indre øst som ”en klar forbedring” (Barstad m fl 2006:163). Riktignok er det forskjeller mellom bydelene også når det gjelder dette generelle bildet. Gamle Oslo har ikke hatt en like entydig forbedring som Sagene og Grünerløkka. Samlet sett har likevel indre øst hatt en sterkere levekårsforbedring på SSB's indeks enn andre deler av Oslo.

Sosial- og helsedirektoratets levekårsindeks er lagt til grunn for disse sammenligningene. Levekårsindeksen er sammensatt av indikatorer for uførepensjonering, attføringstilfeller, dødelighet, arbeidsledighet, sosialhjelpstilfeller, enslige forsørgere med overgangsstønad og siktelsler for vold (Oslo kommune 2005b)<sup>24</sup>. Indeksen er således overveiende sammensatt av

---

<sup>24</sup> Levekårsindeksen er forklart i Oslospeilet nr. 6/2005 – se nett-referanse bak!

indikatorer som er definert inn under delområde 3 i Handlingsprogrammet (unntatt arbeidsledighet).

En publikumsundersøkelse foretatt i 2004 viste at det var samsvar mellom objektive levekår (indeks) og subjektive opplevelser av trivsel. De bydelene som hadde best samlede levekår, skåret også høyere på trivsel, mens bydeler med dårligere levekår også skåret lavere på trivsel. Den subjektive tilfredsheten har imidlertid hatt en klar økning i indre øst de siste årene, i følge den statistiske publikasjonen "Oslospeilet" (Oslo kommune 2006).

En del endringer kan langt på vei forklares ut i fra demografiske endringer og utvikling i boligstrukturen.

Det har vært en jevn befolkningstilvekst i hele Oslo i perioden 1998-2004. Oslo indre øst skiller seg ikke ut samlet, men Sagene har alene en noe kraftigere økning i folketallet enn byen samlet. Indre øst er preget av en sterkere nedgang i antall eldre og økning i unge voksne (26-40 år), enn byen samlet i denne perioden. Andelen barn har imidlertid ikke økt og et trekk ved gruppen "unge voksne" er et betydelig "gjennomtrekk". Det er mye innflytting og utflytting, noe som underbygger antakelser om at yngre par ofte flytter til andre bydeler når de får barn (Barstad m fl 2006).

Andelen ikke-vestlige innvandrere har økt fra 10 % til 18 % av befolkningen i Oslo mellom 1992 og 2004. Ikke-vestlige innvandrere har hele tiden vært overrepresentert i indre øst (og nye drabantbyer), men andelen har sunket noe i Handlingsprogramperioden. Et trekk ved sammensetningen av innvandrerbefolkningen i indre øst, er at det har blitt flere eldre og færre barn (Barstad m fl 2006).

Oslo indre øst har hatt en viss relativ reduksjon i antall enslige, skilte og eneforsørgere. Dette bryter litt med utviklingen i landet for øvrig, mens den samme tendensen finnes i Oslo samlet. Tendensen er klart sterkest i bydelene Grünerløkka og Sagene. Indre øst-bydelene har også en markert økning i personer med høyere utdanning i perioden 1997-2003. Økningen her er større enn for Oslo samlet (Barstad m fl 2006).

Inntektsutviklingen i indre øst har samlet (alle aldersgrupper) fulgt utviklingen i byen for øvrig i perioden. Gjennomsnittsnivået ligger imidlertid fremdeles betydelig lavere og andelen fattige (ut fra ulike mål for fattigdom) er markant høyere enn i resten av byen. Mye tyder dessuten på at den relativt positive inntektsutviklingen for en stor del skyldes innflytting av høyere lønnede personer og ikke forbedringer hos dem som opprinnelig bodde i bydelene. I de eldre aldersgruppene var tendensen at inntektsforskjellene økte sammenlignet med Oslo for øvrig (Barstad m fl 2006).

Arbeidsledigheten lokalt påvirkes av nasjonale konjunktursvingninger. Det var en generell reduksjon i perioden frem til 1999, og deretter en viss økning frem mot 2004. Bydelene i Oslo indre øst fulgte denne generelle tendensen. Ungdomsledigheten bedret seg noe, også i forhold til Oslo som helhet, frem til 1999. Etterpå har det ikke vært noen vesentlig bedring. For arbeidstakere over 25 år, har bedringen i sysselsettingen vært klarere, også i forhold til Oslo samlet.

Gamle Oslo og Grünerløkka (med 5,8 og 6,2 % av alle 16-66 år) ligger imidlertid fremdeles langt over ledighetstallene for byen samlet (4,6 %), mens Sagene (4,9 %) i 2004 ligger



omtrent på samme nivå (Barstad m fl 2006, Oslo kommune 1998, Oslo kommune 2005<sup>25</sup>). Ledigheten blant ikke-vestlige innvandrere (1.generasjon) i indre øst ligger fremdeles godt over gjennomsnittet. Utviklingen har imidlertid gått i retning av en reduksjon av denne forskjellen, dersom man ser bort fra ungdomsgruppen (16-24 år) (Barstad m fl 2006). Vi har altså fortsatt en markert effekt av etnisk tilhørighet og bydelstilhørighet, men det ser ut til at disse forholdene ikke forsterker hverandre på samme måte som tidligere.

Det høye antallet kommunale boliger i indre øst, først og fremst i bydel Sagene, har blitt vesentlig redusert i løpet av Handlingsprogramperioden. Gamle Oslo har hatt en svak økning. Sagene hadde 37 % av byens totale antall kommunale boliger i 1993. I 2005 var denne andelen redusert til 26 % - med andre ord var andelen fremdeles høy (Barstad m fl 2006).

## **5.2 Endringer i levekårene knyttet til helse og sosialområdet**

Oslo indre øst har fått relativt færre uføretrygdete i løpet av Handlingsprogramperioden. Denne overrepresentasjonen var særlig stor i Sagene og spesielt i aldersgruppene under 50 år. Bydel Sagene har også hatt den sterkeste reduksjonen her (Barstad m fl 2006).

Ser vi på forbruket av hjemmetjenester blant eldre (+ 66 år) hadde bydelene i indre øst fremdeles klart de største andelen. Sagene topper med 439 brukere per 1000 eldre. For Oslo indre øst til sammen, ligger andelen omtrent på samme nivå som i 1997 (2004: 397 brukere)<sup>26</sup>.

Bydelene i indre øst ligger fortsatt på toppen når det gjelder bostøtteordningene. Husbankens bostøtteordning omfattet 1379 mottakere i Sagene i 2004, mot 1220 i 1997. I den samme bydelen var imidlertid den kommunale bostøtten begrenset til å omfatte 478 mottakere, mot 2043 i 1997. Samlet sett har bydel Sagene, og resten av indre øst hatt en reduksjon i bruk av bostøtte. Sagene ligger fortsatt høyest, når vi ser begge ordningene samlet, men det er her reduksjonen er størst<sup>27</sup>.

Andel sosialhjelpsmottakere har også gått ned i Oslo indre øst sammenlignet med 1997. I 2004 var omlag 12 % berørt av sosialhjelp i indre øst, mot 17,6 % i 1997. Kontrasten er fremdeles stor til indre vest der 4,6 % bodde i husstander som mottok sosialhjelp, og Oslo som helhet der dette gjaldt 5,3 %<sup>28</sup>.

Barnevernstallene har gått litt opp. I 2004 var det registrert 56 per 1000 under barneverntiltak i indre øst, mot 51 i 1997. Oslo som helhet økte også litt, mens indre vest-bydelene reduserte litt (fra 24 til 28). Endringene er ikke store og kontrasten mellom indre øst og andre bydeler er fremdeles markant<sup>29</sup>.

---

<sup>25</sup> Oslo kommune (2005) [online, 27.06.06]: Statistisk årbok for Oslo 2005. URL: <http://www.utviklings-og-kompetanseetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/utviklings-%20og%20kompetanseetaten%20%28UKE%29/Internett%20%28UKE%29/Dokumenter/statistikk/statistikk/Statistisk%20aarbok%202005/Statistisk%20aarbok%202005%20Kap09.xls>

<sup>26</sup> Beregnet ut fra tall fra samme referanse som over.

<sup>27</sup> Beregnet ut fra tall fra samme referanse som over.

<sup>28</sup> Beregnet ut fra tall fra samme referanse som over.

<sup>29</sup> Beregnet ut fra tall fra samme referanse som over.

Dødelighet har som tidligere nevnt vært et tradisjonelt og relativt robust mål på generell helsetilstand. I SSB's siste levekårsrapport for Oslo går det fram at dødeligheten i indre øst fremdeles ligger langt over landsgjennomsnittet (53 %) og byen for øvrig. Det finnes ikke helt presise og sikre statistiske beregninger for dette, men tallene tyder på at indre øst har "sakket akterut" i forhold til resten av Oslo og landsgjennomsnittet (Barstad m fl 2006).

Vi har tidligere vist til store forskjeller i forventet levealder på 90-tallet, mellom Oslo indre øst og de vestlige bydelene, særlig ytre vest. Levealderen definert etter nye bydelsgrenser har økt i løpet av perioden for Handlingsprogram Oslo indre øst, men den har økt mindre enn Oslo som helhet. For eksempel hadde menn i Oslo indre øst i perioden 2002-2004 økt forventet levealder med 2,3 år, mens menn i hele Oslo hadde økt med 3 år. Sagene, som i utgangspunktet hadde lavest forventet levealder økte minst. En mann på Sagene kunne forvente å leve 68,4 år, 0,6 år mindre enn i samme bydel i 1997, og 12 år mindre enn en mann i Vestre Aker. Forskjellene var mindre hos kvinnene, men lavest forventet levealder for kvinner finner vi i Gamle Oslo. Disse beregningene og sammenligningene mot 1997 tar ikke høyde for endringene i bydelsgrensene og de demografiske endringene dette medførte. Bydel Sagene var den eneste av indre øst-bydelene som ikke endret sine grenser (Barstad m fl 2006:86, se også fotnote 76!).

Overdødeligheten i indre øst var i denne perioden (2002-2004) særlig knyttet til hjertekarsykdommer og kreft, men også voldsomme dødsfall (ulykker og selvmord) (Barstad m fl 2006). Selvmordsraten i indre øst har nærmet seg Oslo og landsgjennomsnittet i Handlingsprogramperioden (frem til 2002), men er likevel omtrent dobbelt så høy i indre øst som i ytre vest (Barstad m fl 2006). Overdosedødsfall har generelt gått ned i perioden 1998 – 2004 i følge Rusmiddeletaten<sup>30</sup>.

Vi har ikke hatt tilgang til aborttall på bydelsnivå etter 2003. Abortratene var samlet sett lavere for Oslo indre øst i perioden 2000-2003 sammenlignet med 1996-1999. Det var mest markant nedgang i bydel Grünerløkka. Her ble andelen tenåringsjenter (15-19 år) som gjennomgikk abort halvert (Barstad m fl 2006).

Narkotikakriminaliteten er i følge SSB-rapporten fremdeles (2003-2004) betydelig høyere i indre øst enn byen som helhet. Her skal det bemerkes at Sagene ligger lavere enn Oslo-gjennomsnittet. For øvrig viser denne statistikken gjerningssted, ikke gjerningspersonens bosted (Barstad m fl 2006). Siktelser for promillekjøring (bosted) har også blitt betydelig redusert i indre øst fra midten av 90-tallet til årene 2000-2001, mens byen som helhet hadde ingen vesentlig endring. Her må det legges til at oppdagelsesrisikoen regnes som liten for denne typen lovbrudd, noe som gjør en sammenligning mer usikker (Barstad m fl 2006).

Vi har mangelfull statistikk for psykiske lidelser og ikke hatt tilgang til ferske undersøkelser hvor materialet er brutt ned på bydelsnivå.

### **5.3 Tolkninger av levekårsendringene**

Endringene i gjennomsnittlige levekår for bydelene i Oslo indre øst er sannsynligvis både forårsaket av en viss utjevning gjennom demografiske endringer og av at prioriterte befolkningsgrupper har fått det bedre.

---

<sup>30</sup> Rusmiddeletatens statistikk for overdoser i Oslo, [online, 27.06.06]:  
<http://www.rusmiddeletaten.oslo.kommune.no/article.php?articleID=29158&categoryID=8809>

En artikkel i Samfunnsspeilet i 2005, tok Dybendal og Skiri opp utviklingen av dødelighet og levealder i indre øst sammenlignet med Oslo samlet. Forskjellene er fortsatt store, men det har vært en positiv utvikling i Grünerløkka og Gamle Oslo. Sagene har derimot hatt en svak tilbakegang. Forfatterne mener at endringer i bydelsgrensene kan forklare en god del av denne forskjellen. Sagene beholdt sine bydelsgrenser ved bydelsreformen i 2004, mens Gamle Oslo fikk 6000 og Grünerløkka 11 000 nye innbyggere fra Helsefyr-Sinsen. Befolkningstilskuddet kom fra en bydel som hadde hatt høyere levealder (Dybendal og Skiri 2005).

SSB's siste levekårsundersøkelse understreker betydningen endringer befolkningssammensetningen har for de statistiske dataene. Flyttemønstre og bydelsendringer har forårsaket store demografiske endringer. Rapporten legger større vekt på disse, enn på Handlingsprogrammet, når de skal forklare den positive levekårsutviklingen:

”Det virker rimelig å se brorparten av endringene som en konsekvens av endringer i flyttemønstre og konsentrasjonen av kommunale boliger.” (Barstad m fl 2006).

I et slikt demografisk perspektiv har også lokalisering av byens kommunale leiligheter (som tildeles av en bydelsoverskridende instans) betydning for den geografiske fordelingen av levekårsproblemer. Indre østs, og særlig Sagenes, andel av byens kommunale boliger har blitt redusert, noe vi antar gir utslag i levekårsstatistikken.

Så langt har vi altså omtalt forhold som kan ha bedret statistikken for bydelene, uten at levekårene behøver å ha blitt bedret for målgruppene. Det motsatte kan også ha skjedd, at forholdene har blitt bedret for bestemte målgrupper, men at bydelsrevisjoner eller flytting har ført til at disse har havnet i andre bydeler.

I hovedsak mener vi imidlertid at de demografiske endringene har ”hjulpet” indre øst litt oppover på levekårsstatistikken. Vi vil derfor advare mot å tolke alle de registrerte forbedringene som en effekt av tiltakene som har vært satt inn.

I tillegg til demografisk utvikling, påvirkes levekårene også av ytre forhold som generelle økonomiske konjunkturer. Arbeidsledighetsutviklingen i landet og byen som helhet, kan ha større betydning for nedgang i ledigheten enn enkelte sysselsettingstiltak. Utvikling i boligpriser påvirker selvsagt befolkningssammensetningen, men også økonomien i husholdene og bruk av offentlige støtteordninger. Ny lovgivning og andre statlige og kommunale satsninger virker også inn – både substansielt og formelt. Innføring av ”gjengs leie” i kommunale boliger, medførte sterk husleieøkning og bidro til at flere kom inn i bostøtteordninger<sup>31</sup>. Kontantstøtteordningen for mindre barn uten offentlig barnehageplass kan ha bidratt til en reduksjon i sosialhjelp for familier med svak økonomi.

---

<sup>31</sup> Man kan stille spørsmål om dette betydde en substansiell forverring av husholdsøkonomien, eller om det bare var snakk om en forflytning fra en type subsidie til en annen?



## 6 Avslutning

Handlingsprogram Oslo indre øst har vært en forholdsvis stor og langsiktig satsning i norsk målestokk. I perioden 1997-2004 hadde programmet drøyt 700 millioner kroner til disposisjon, fordelt på mer enn 200 store og små tiltak<sup>32</sup>. Delområde 3 (helse- og sosial) som omhandles i denne rapporten, har vært mindre omfattende enn flere av de andre delområdene. Like fullt må det sies at satsninger som kan være definert under andre delområder som f eks boligsosialt arbeid, sysselsettingstiltak og forebyggende innsats overfor barn og unge (oppvekst) i høy grad har hatt virkning innenfor delområde 3.

Programmet omfatter også bare en liten del av det samlede arbeidet tjenestene i bydelene yter overfor de aktuelle målgruppene. Det har blant annet vært arbeidet målrettet i forhold til grupper med rusmiddelproblematikk og psykiske lidelser, og man har lagt inn en stor innsats for å redusere antall på sosialhjelp og øke graden av selvhjelpenhet.

Tiltakene under delområde 3 har hatt som hovedmålsetning å redusere utsatthet for sykdom og styrke tilbudet til personer med psykiske lidelser og rusmiddelmissbruk. I delmålene avgrenses dette til forebyggende helsearbeid overfor ”ungdom, grupper med minoritetsbakgrunn og andre utsatte grupper” og sosialt arbeid overfor mennesker med rusproblemer og psykiske problemer.

En meget stor del av tiltakene har følgelig rettet seg mot målgrupper med rusmiddelproblematikk og/eller psykiske problemer. Her vil vi også finne grupper med betydelige innslag av andre helseproblemer og høy dødelighet.

Både Gamle Oslo og Sagene har styrket tilbudet overfor rusmiddelbrukere med egne konsulentstillinger. Både Rusreformen og utvidelsen av legemiddelassistert rehabilitering (LAR) har stilt økte krav til kompetanse og oppfølging. Denne satsningen har trolig også gitt varig effekt når det gjelder tjenestenes kompetanseutvikling. Disse bydelene har også hatt en satsning overfor denne hovedmålgruppen i form av egne prosjekter, Rodeprosjektet i Gamle Oslo og Rusprosjekttiltaket i Sagene. Gjennom disse tiltakene har man kunnet intensivere innsatsen overfor mer spesifikke målgrupper med store og sammensatte behov. Den samlede ekstrainsatsen overfor rusmiddelbrukere kan ha muliggjort at en større gruppe enn ellers har fått tilbud om legemiddelassistert rehabilitering.

Grünerløkka har også satset i forhold til rus og psykisk helse, selv om bydelen ikke har hatt egne tiltak for det under Handlingsprogrammet. Tiltak for kvalifisering og tiltak for oppfølging i bolig har nådd den samme målgruppen, men vært lagt under andre delområder i Handlingsprogrammet. I denne bydelen har man også arbeidet mye med organisering av sosialtjenesten og reduksjon av antall sosialhjelpmottakere. Denne satsningen har skjedd innenfor de ordinære budsjettene, og bydelen kan vise til den sterkeste reduksjonen i sosialhjelpmottakere (Urstad 2006).

Alle bydelene har utviklet forebyggende tiltak overfor målgrupper innenfor innvanderbefolkningen. Primærmedisinsk verksted (PMV) i Gamle Oslo har vært et viktig tiltak, både når det gjelder omfang, varighet og kunnskapsutvikling. Sagene har hatt flere tiltak overfor

---

<sup>32</sup> Oslo kommune (29.06.06), Handlingsprogram Oslo indre øst, Hovedside [online]. URL: <http://www.prosjekt-indreoslo.oslo.kommune.no/>

kvinner med minoritetsbakgrunn. Det har vært fordelaktig at disse har blitt tilbudt på steder der kvinnene fra før hadde andre tilbud.

Grünerløkka har også hatt et spesielt fokus på minoritetsgruppene i forebyggende tiltak som ofte har hatt en bredere målgruppe. Satsning på smittevern, avlastning for familier med funksjonshemmede barn og, ikke minst, abortforebygging blant unge, har vært viktige tiltak. Aborttallene viste en markert nedgang i bydelen etter at det abortforebyggende tiltaket ble igangsatt. Vi kan ikke fastslå at dette er en direkte effekt av tiltaket, men det er ikke usannsynlig at tiltaket har gitt et bidrag til denne reduksjonen.

Metodeutvikling og kompetansebygging har vært viktige resultater av Hovedprogram-satsningen i bydelene. Primærmedisinsk verksted har fungert som et utprøvningssted og en videreformidler av løsningsfokusert tilnærming i sosialt arbeid. Dette har gitt overføringsverdi for andre tjenester i bydel Gamle Oslo. Bruken av rus- og metadonkonsulenter har også hatt en kompetanseutviklende effekt og bidratt til effektivisering av arbeidet i sosialtjenesten. De ulike tiltakene har dessuten ofte bidratt til å skape nye samarbeidsrelasjoner på tvers av etatene, noe som har blitt fremhevet som en positiv gevinst. Utvikling og utprøving av nye gruppebaserte tilbud, blant annet for mennesker med psykiske problemer, har også vært muligjort av Handlingsprogram-satsningen.

Tiltakene har etter vår vurdering gitt positive læringseffekter og kompetanseutvikling i bydelene. Vi stiller likevel spørsmål ved om ikke denne effekten kunne vært enda større dersom man hadde utviklet mer samarbeid på tvers av bydelene om likeartede tiltak, og dersom man hadde lagt mer innsats i dokumentasjon og prosjektstyring for flere av tiltakene.

Når det gjelder levekårsutviklingen i Handlingsprogramperioden, så har SSB's ferske levekårsrapport vist en positiv utvikling i Oslo indre øst (Barstad m fl 2006). Det har vært en klar bedring, men ikke på alle områder. Spriket i levekår mellom ulike boområder i Oslo er fortsatt meget stort. Noe av bedringen i indre øst kan dessuten skyldes innflytting av grupper med relativt gode levekår i utgangspunktet. Det kan bety at de dårligst stilte kanskje ikke har fått det særlig mye bedre. Det er visse tegn til at forskjellene mellom grupper innenfor indre øst-bydelene kan ha blitt større (Barstad m fl 2006). Samtidig er det god grunn til å tro at mange i de mest utsatte gruppene har fått god hjelp gjennom de målrettede tiltakene.

Det har skjedd demografiske endringer i Oslo indre øst som antakelig har påvirket de gjennomsnittlige levekårene langt mer enn Handlingsprogrammet kan ha gjort. Selv om mange av tiltakene isolert sett må betraktes som vellykkede ut i fra det vi vet om dem, så har vi liten grunn til å trekke slutninger om effekt på makronivået.

Levekårsutviklingen viser at Oslo indre øst fremdeles har store utfordringer. Vi vil særlig påpeke at forventet levealder ikke har økt noe særlig. Det er også tegn til en indre polarisering i sosioøkonomiske forhold. En negativ spiral synes imidlertid å være brutt for området som helhet, og mye tyder på at indre øst også har fått et bedre rykte i Oslo's befolkning. Tiltaks- og metodeutviklingen, som har skjedd i forbindelse med Handlingsprogrammet, kan bli en verdifull ressurs i den videre satsningen. Slik vi ser det, vil det være behov for fortsatt satsning og fokus på utsatte grupper.

## Referanser

- Ambø, Arild (1998): Forord til den norske utgaven av Rusbehandling en løsningsfokuset tilnærming. I Berg, Insoo Berg og Scott D. Miller (1998): *Rusbehandling -en løsningsfokuset tilnærming*. Ad Notam Gyldendal Oslo
- Audestad, Ragnhild og Trond Grinde (2001): *Rustiltaksprosjektet : lokalbasert oppfølging av rusmiddelmissbrukere ved Torshov sosialkontor*. Oslo kommune. Bydel Sagene-Torshov
- Barstad, Anders, Eli Havnen, Torbjørn Skadhamer og Kjetil Sørli (2006): *Levekår og flyttemønstre i Oslo indre øst*. Statistisk sentralbyrå 2006/15. Oslo-Kongsvinger.
- Barstad (2003): *Levekår i storbyene: noen bydeler er særlig utsatte*. Samfunnsspeilet (trykt utg.) - 17(2003) nr 2.
- Berg, Insoo Berg og Scott D. Miller (1998): *Rusbehandling - en løsningsfokuset tilnærming*. Ad Notam Gyldendal Oslo
- Bettum, Øystein (2005): *Egenevaluering av tiltak 39 "Styrking og subsidiering av skolefritidsordningene" I bydel Gamle Oslo 1998 – 2004*. Oslo kommune.
- Bydel Sagene-Torshov (1996): Helse- og sosialplan 1996-2000.
- Børresen, Nina (2006): *Internevaluering av Helse- og Sosialtiltak i Bydel Gamle Oslo, innenfor handlingsprogrammet Oslo indre øst. 1997 – 2006*. Oslo kommune, Bydel Gamle Oslo.
- Dybendal, Kirsti Enger og Halvard Skiri (2005) (27.06.06): *Klare geografiske forskjeller i levealder mellom bydeler i Oslo*. Samfunnsspeilet 6/2005 [online]. URL: <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200506/03/>
- Evjen, Reidun, Tone Øiern og Knut Boe Killand (2003): *Dobbelt opp, om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Universitetsforlaget. Oslo
- Fekjær, Hans Olav (2004): *RUS- bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Gyldendal akademiske Oslo
- Gjestland, Trygve og Eigil Moen (1988): *"East is east, and west is west ..."* Levealderen i Oslo er fortsatt lavest øst for Akerselva. NIBR-rapport 1988:21. Oslo: NIBR.
- Grøtvedt, Liv (2002): *Helseprofil for Oslo*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Hagen, Kåre, Anne Britt Djuve og Pernille Vogt (1994): *Oslo: den delte byen?* FAFO-rapport 161. Oslo: FAFO.

- Hertzberg, Anne og Anne Skjelmerud (2001): *Evaluering av primærmedisinsk verksted-PMV*  
Senter for helse og sosial utvikling, HeSo Oslo
- Hjelde, Bård (2006): *Bydelens innsats i forhold til Handlingsprogrammets Hovedmål 3: "Risikofaktorer for sykdom reduseres og tilbud til innbyggere med psykiske problemer og rusbruk styrkes"*. Oslo kommune, Bydel Sagene.
- Holm, Arne og Susanne Søholt (2004): *Egenevaluering. Fra erfaring til kunnskap*. Norges Byggeforskningsinstitutt.
- Horverak, Øyvind, Nordlund, Sturla og Rossow, Ingeborg: *Om sentrale deler av norsk alkoholpolitikk* Oslo, Sirius Rapport 1/2001
- Kommunal- og arbeidsdepartementet. St. meld. nr. 14 (1994-95): *Om levekår og boforhold i storbyene*.
- Kristofersen, Lars B. (1987): *Høy dødelighet i storbyer. Dødeligheten i sosioøkonomiske grupper i Oslo, Bergen og Trondheim 1970-1980*. NIBR-rapport 8. Oslo: NIBR.
- Kurtze, N. og A.H. Eide (2003): *Helsetilstanden hos tunge rusmiddelmissbrukere*. SINTEF, Unimed
- Møklebust, Øyvind og Arnesen, Elizabeth S. (1997): *Evalueringsrapport. Oppfølgingsprosjektet for rusklinter*. Oslo kommune, rusmiddelsekretariatet.
- Oslo kommune (1996): *Oslos Kommuneplan 1996 – Strategi for utjevning av levekår*.
- Oslo kommune (1997) [online, 23.06.06]: *Bedre levekår i Oslo indre øst. Politisk plattform for samarbeid mellom regjeringen og byrådet om et handlingsprogram*. URL: <http://www.prosjekt-indreoslo.oslo.kommune.no/getfile.php/Handlingsprogram%20Oslo%20indre%20%C3%B8st/Internett/Dokumenter/dokument/omxprogrammet/3g1poli.doc>
- Oslo kommune (20.06.06): *Resultater 2003. Avdeling for infeksjonsforebygging* [online]. URL: <http://www.prosjekt-indreoslo.oslo.kommune.no/getfile.php/Handlingsprogram%20Oslo%20indre%20%C3%B8st/Internett/Dokumenter/dokument/bydelxgrxnerlxkkaxxxsofienberg/helseogxosial/4b3esmi.doc>
- Oslo kommune (23.06.06): *Bedre levekår i Oslo indre øst. Politisk plattform for samarbeid mellom regjeringen og byrådet om et handlingsprogram* [online]. URL: <http://www.prosjekt-indreoslo.oslo.kommune.no/getfile.php/Handlingsprogram%20Oslo%20indre%20%C3%B8st/Internett/Dokumenter/dokument/omxprogrammet/3g1poli.doc>
- Oslo kommune (23.06.06): *Handlingsprogram Oslo indre øst, Hovedside* [online]: URL: <http://www.prosjekt-indreoslo.oslo.kommune.no/>
- Oslo kommune (1998): *Statistisk årbok for Oslo 1998*.



- Oslo kommune (2005): *Statistisk årbok for Oslo 2005 (2005)*.
- Rognerud, Marit og Inger Stensvold (red) (1997): *Oslohelse. Utredningen om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene*. Oslo: Ullevål sykehus, klinikk for forebyggende medisin.
- Rognerud, M. og A. Holte (2004): *Hva vet vi om forskjeller i psykiatrisk sykkelighet? Med spesiell vekt på forskjeller innen Oslo og forskjeller mellom Oslo, Helse øst og resten av landet*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Shulmann, Lawrence (1999): *The skills of Helping Individuals, Families, Groups and Communities*. F:E Peacock Publisher, Inc Illinois.
- Sosial- og helsedepartementet. St meld nr 50 (1998-1999): *Utjammingsmeldinga. Om fordelinga av inntekt og levekår i Norge*.
- Sosial- og helsedirektoratet 2004: *Kvalitetsforbedringer av Sosial-og helsetjenesten til rusmiddelmissbrukere. Forslag til kvalitetsstrategi fra en arbeidsgruppe 2004*.
- Sverdrup, Sidsel og Bergljot Baklien (2002): *Informasjon, kommunikasjon og forebygging: evaluering av "Om kultur, kropp og kommunikasjon"*. NIBR-rapport; 2002:13.
- Sverdrup, Sidsel (2002): *Evaluering: faser, design og gjennomføring*. Fagbokforlaget. Bergen.
- Torgersen, Svenn, Victoria Cramer og Einar Kringlen (2002): "Psykkiske forstyrrelser i ulike bydelsregioner i Oslo" I: *Norsk Epidemiologi* 2002: 12 (3) s. 265-268.
- Unstad, Marit og Oddrun Sæter (2000): *Bolig sosialt arbeid – evaluering av fire prosjekter i Oslo indre øst*. Prosjektrapport 282, Oslo.
- Urstad, Hermund (2006): *Handlingsprogrammet Oslo indre øst. Egevalueringssrapport - Tiltak knyttet til helse og sosial*. Bydel Grünerløkka.
- Woll, Katrine Mauseth (2004): *Boligsosialt arbeid i bydel Sagene (1997-2003) Egevaluering*. Oslo kommune.