

MoRo-prosjektet i Oslo har vist at det er mulig å øke fysisk aktivitetsnivå og redusere daglig røyking og biologiske risikofaktorer for hjerte- og karsykdom og diabetes i et lokalsamfunn med høy dødelighet og lav sosioøkonomisk status ved en teoribasert og lokalt initiert lavkostnadsintervensjon kombinert med en befolkningsrettet og hørerisiko-rettet strategi.

MoRo-prosjektet

– lokal samhandling gir bedre helse

AV TOM SUNDAR

For ti år siden var daværende bydelsoverlege Anne Karen Jenum lei av negative presseoppslag om dårlige levekår og uhelse i oslobydelen Romsås. Hun tok initiativ til prosjektet *Mosjon på Romsås* – som i løpet av få år skulle vise seg å bli et effektivt tiltak for å bedre helsen til folk i bydelen. Nøkkelen til de gode resultatene er samhandling mellom fagfolk, lokalpolitikere og ildsjeler i lokalsamfunnet.

Innen Oslo har markante regionale dødelighetsforskjeller vedvart frem til vår tid (se temaartikler i Utposten nr. 4, 2007). Forventet levealder ved fødsel var 11 år kortere i 1990–1994 i bydeler i indre øst for menn og syv år kortere for kvinner på Romsås enn i bydel Vinderen (1). Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer var tre ganger høyere.

Sammenhengen mellom bydelenes dødelighetsrater for hjerte- og karsykdommer korrelerer med sosioøkonomiske indikatorer. Risikofaktorer som røyking, fysisk inaktivitet og kroppsmasseindeks korrelerer med sosioøkonomiske indikatorer fra flere livsfaser og med dødelighet av hjerte- og karsykdommer. Utdanning og inntekt forklarer en betydelig andel av variansen i mortalitetsrater mellom bydelene. Ikke bare dødelighet, men også røykevaner synes å kunne spores til sosiale forhold i tidlig alder, også i Oslo (2). Analyser av utviklingen i risikofaktorer for hjerte- og karsykdom i bydelene i Oslo gjennom 1980- og 1990-årene har vist at kroppsmasseindeks og fysisk inaktivitet økte mer i østlige enn vestlige bydeler (3, 4).

Synergieffekter

– Vi har pratet lenge nok om forebygging, og nå er det på tide å handle. Det trengs nye metoder i det helsefremmende og forebyggende arbeidet, både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, sier Anne Karen Jenum. Hun er samfunnsmedisiner, fastlege på Romsås samt forsker tilknyttet Diabetesforskningssenteret ved Aker universitetssykehus, og står

bak prosjektet *Mosjon på Romsås* (MoRo). Dette forsknings- og samhandlingsprosjekt i 2000–03 kom i stand gjennom et samarbeid mellom bydel Romsås, Statens helseundersøkelser, Norges idrettshøgskole og Aker universitetssykehus.

– MoRo var en intervensjonsstudie rettet mot befolkningen generelt og mot personer med høy risiko for sykdom, og ble initiert for å redusere risikofaktorene for diabetes og hjerte- og karsykdommer i bydel Romsås. Som kontrollpopulasjon valgte vi Furuset bydel, med tilsvarende befolkningssammensetning. Vi gjennomførte en livstilsintervensjon for å fremme fysisk aktivitet, og vurderte effekten etter tre år, sier Jenum.

I MoRo-prosjektet iverksatte man en rekke strategier for å fremme fysisk aktivitet i befolkningen og hos personer med høy risiko for diabetes og hjerte- og karsykdommer (5). Tiltakene ble implementert gradvis for å oppnå synergieffekter, og omfattet informasjonsformidling om fysisk aktivitet og helse samt aktivitetstilbud som for eksempel gå- og trimgrupper ledet av fysioterapeuter eller studenter fra Norges idrettshøgskole. I tillegg ble gangveiene langs borettslagene og rundt Romsåstoppen merket som «folkesti», og det ble sørget for brøyting, strøing og økt belysning på vinterstid. Man utarbeidet en informasjonsfolder med kart over områdets løyper og severdigheter. Befolkningen fikk tilbud om tester av fysisk form to ganger i året. I intervensjonen inn gikk også individuell oppfølging i regi av helsepersonell

LANGÅPENT HVER DAG 9-20, LØRDAG 9-18

NORGES STØRSTE UTVALG!
Ekte Orientaliske Tepper, Wilton tepper
og løpere, Vegg til Vegg tepper.

SE HELSIDES ANNONSE MED KART
GULE SIDER side 1254.

TEPPEABO
BRYN/OSLO, Tvistenveien 55, Tlf. 22 64 86 40

Aftenutgave.
Onsdag 26. juli 1995.
Uke 30. Nr. 337. 136. årg.
Kr. 10,00.

Aftenposten

NY UNDERSØKELSE OM LEVEKÅRENE I OSLO

Verst å bo på Romsås

DÅRLIGST levekår i Oslo finner du på Romsås, ifølge Statistisk Sentralbyrå, som mener det er verre der enn noen gang før.

ÅRSAKEN til bunnplasseringen er bl.a. høy andel av sosialhjelp, uføretrygd, samt mye vold og høy arbeidsledighet.

TRYGGE skoleveier og nærhet til Marka står på Romsås' egen skytelist. Beboere skjønner ikke bunnplasseringen.

Døde etter brann

En mann i 40-årene døde av skadene han pådro seg da det brennende i brenneledigheten hans i Endre på Akseveien i Bergen i natt. Mannen ble brakt til Haukeland universitetssykehus, men ble erklært død etter en time, opplyser politiet. (NTB)

Mann promille

Etter at 54-åringen ble tatt for promillekjøring for 3,3 promille, ble han dømt til fengsel. I dommen ble det også påpekt at mannen hadde vært i fengsel for tidligere promillekjøring. Mannen hadde en promille på 2,98 da han satte seg bak rattet på sin egen bil. (NTB)

Oslos drabantbyer forfaller

- Nå skjer det mye positivt på Romsås

Budsjettene er strammere enn noen gang, men lokale krefter gjør mye for å bedre forholdene i Grønndalen.

BIRGER G. MIKALSEN
STEIN J. BJORGE (foto)

Rødberg Larsen mener det ikke er tilfeldig at de får til mye lokalt for å bedre boområdene på Romsås. -Borerslagene, skole, idrettslagene og hele samfunnet har jobbet målbevisst for å til positive endringer, sier han.

Samarbeid



- Ja, vi er blitt sprekere!

MoRo-prosjektet med gode resultater

Avdekket sukkersyke hos mange

Måling av blodtrykk, blodglukose som avdekket risiko for diabetes og hjerte-karsykdom, samt kartlegging av fysisk aktivitet og muskelsvinn viste i sving befolkningen på Romsås.

Første runde i helseundersøkelsen på Romsås og Furuset ble gjennomført i oktober 1995. I tillegg ble det gjennomført en kartlegging av fysisk aktivitet og muskelsvinn. Dette ble gjort ved hjelp av en spesiell metode som måler muskelstyrke og utholdelse. Resultatene viser at mange på Romsås har et høyt nivå av fysisk aktivitet, noe som er positivt for helsen.

SHALTO OG MORSKANT

2500 personer i alderen 16-74 år ble invitert til å delta i prosjektet på Romsås. Det var 1000 personer som deltok. Prosjektet var et samarbeid mellom Oslo kommune, Oslo lufthavn, Oslo universitetshospital og Oslo kommune. Prosjektet var et samarbeid mellom Oslo kommune, Oslo lufthavn, Oslo universitetshospital og Oslo kommune. Prosjektet var et samarbeid mellom Oslo kommune, Oslo lufthavn, Oslo universitetshospital og Oslo kommune.



Presseoppslag så annerledes ut i 1995 og 2004 – før og etter MoRo-prosjektet

overfor de høyrisikoindividene som ble funnet ved helseundersøkelsen. Disse fikk også kostråd og eventuelle råd om røykeslutt.

Hovedfunn

Resultatene fra prosjektet er nylig oppsummert i en artikkel i Norsk Epidemiologi (6): I en multi-etnisk bydel i Oslo med høy dødelighet og lav sosioøkonomisk status ble en teori-basert befolkningsrettet intervensjon for å fremme fysisk aktivitet utviklet og evaluert. Alle i alderen 31–67 år i intervensjonsbydelen og et aldersmatchet utvalg i kontrollbydelen Furuset (TABELL 1) ble invitert til en helseundersøkelse i 2000, og 2950 (48 prosent) møtte. Store etniske forskjeller i forekomsten av diabetes ble oppdaget. I aldersgruppen 30–59 år var forekomsten hos sørsasiatiske kvinner 27,5 prosent (95 prosent KI 18,1–36,9) og hos menn 14,3 prosent (8,0–20,7), mot 2,9 prosent (1,9–3,9) hos norske kvinner og 5,9 prosent (4,2–7,5) hos menn. De etniske forskjellene var signifikante etter justering for alder, midje/hofteratio, fysisk aktivitet og utdanning. Etter ytterligere justering for kroppshøyde var oddsratio for kvinner (også justert for

paritetet) 6,0 (2,3–15,4) og for menn 1,9 (0,9–4,0). En sterk invers assosiasjon mellom diabetes og inntekt ble funnet hos de vestlige. Hos innvandrere ga økt inntekt økt risiko for diabetes.

Etter intervensjonen møtte 67 prosent til oppfølgingsundersøkelsen i 2003. Endringer i fysisk aktivitet, daglig røyking og biologiske variabler ble beregnet hos dem som møtte begge ganger. Netto økning i fysisk aktivitet (forskjell i endring fra 2000–2003 mellom bydelene) var 9,5 prosent ($p = 0,008$). Andel inaktive ble redusert med 22 prosent. Andelen som gikk opp i vekt, ble redusert med 50 prosent i forhold til kontrollbydelen ($p < 0,001$). Gunstige effekter ble funnet for kolesterol/HDL-ratio, triglyserider og glukose, systolisk blodtrykk og andel daglig røykere. Resultatene for vekt, lipider og glukose var sammenliknbare for deltakere med høy og lav utdanning, og vestlig og ikke-vestlig bakgrunn.

«Empowerment»

Fem år etter prosjektslutt er det fortsatt stor aktivitet i gangveiene og trimlokalene på Romsås.

	Intervensjon (N=1497)	Kontroll (N=1453)	p-verdi
Alder (år)	47,7	48,0	NS
Kvinner (%)	57,2	55,7	NS
Ikke-vestlige (%)	20,6	22,7	NS
Utdanningslengde (år)	11,6	12,2	<0,001
Diabetes (selvrapportert og udiagnostisert) (%)	7,2	6,2	NS
Selvrapportert hjerteinfarkt (%)	2,3	1,5	NS
Selvrapportert angina (%)	3,2	2,6	NS
Inaktiv i fritiden (%)*	32,6	33,4	NS
Daglig røyking (%)	39,8	33,6	<0,01
Body mass index (kg/m ²)	27,0	26,6	<0,05
Fedme (BMI >30) (%)	23,7	18,6	<0,001
Glukose (mmol/l)	5,6	5,6	NS
Total kolesterol (mmol/l)	5,7	5,6	NS
HDL-kolesterol (mmol/l)	1,40	1,41	NS
Triglyserider (mmol/l)	2,0	1,9	<0,05

* Andel som svarte ja på at de i hovedsak leste, så på TV og andre stillesittende aktiviteter i fritiden

TABELL 1. Demografiske og biologiske karakteristika for studie-deltakere ved basisundersøkelsen i MoRo-prosjektet i 2000.

– Så vidt vi kjenner til, finnes det ikke andre studier i en slik kontekst med tilsvarende varighet og effekter av en lav-kostnadsintervensjon. Og ikke minst, deltakernes evaluering av prosjektet var svært positiv. Medieomtalen av Romsås er vesentlig mer balansert nå enn tidligere, sier Anne Karen Jenum.

Hun understreker at sentrale suksessfaktorer synes å være at intervensjonen ble utviklet på grunnlag av et bredt teori-grunnlag hvor aktiv involvering av befolkningen også inngår. Dette mener Jenum er en viktig forutsetning også i implementeringen av noen av de nasjonale strategier mot sosiale helseforskjeller.

– Implementering av multiple tiltak på mange påvirkningsnivåer øker sannsynligheten for varige atferdsendringer. MoRo viste at intervensjonseffektene var like store hos grupper med høy som lav utdanning, og hos ikke-vestlige innvandrere som hos norskfødte. Når representanter for målgruppen medvirker aktivt til å utvikle, implementere og evaluere en intervensjon, får man bedre tilpassing til lokale behov og ressurser. Denne formen for «empowerment» øker også sjansene for å lykkes, påpeker Anne Karen Jenum.

Lokale kunnskapsbaserte tiltak

Resultatene har bidratt til å sette type 2-diabetes og uoppdaget diabetes høyere på den helsepolitiske agendaen i Norge. Funnene indikerer at type 2-diabetes kan anses som en relevant sykdomsmarkør for sosiale helseforskjeller. Jenum fremholder at dagens trender for risikofaktorer og sykdom

aktualiserer behovet for nye metoder i arbeidet med å redusere helsegradienter. En aktuell strategi er å påvirke helse-determinanter som atferd, eller enda bedre, noen av de samfunnsmessige og sosiale faktorer som påvirker atferd, i en mer gunstig retning.

– Kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeid er svakere enn for eksempel for medikamentell behandling. Man verken kan eller bør bestandig bruke randomiserte kontrollerte studier som utgangspunkt for intervensjoner. Politiske og helsemessige tiltak må tilpasses målgruppene og evalueres slik at man kommer videre i kunnskapsutviklingen. Det er betenkelig når store ressurser blir pøst ut til tiltak som mangler planlagt evaluering.

– En rettferdig og virkningsfull fordelingspolitikk er åpenbart viktig og nødvendig, likeledes en målrettet strategi for konsekvensutredninger om hvordan politikk, tiltak og prosjekter vil virke. Men dette alene vil neppe ha tilstrekkelig effekt på diabetesepidemien og dens sosiale gradient. I en nasjonal strategi for å redusere sosiale helseforskjeller bør lokale, kunnskapsbaserte tiltak på flere nivåer også inngå, for å bidra til å redusere de lokale og regionale gradientene. Dette krever metodeutvikling og evaluering som må finansieres gjennom nasjonal prioritering av intervensjonsforskning, sier Anne Karen Jenum.

Referanser

1. Rognerud M, Stensvold I. Oslohelse – utredning om helse, miljø og sosial ulikhet i bydelene. Oslo: Klinikk for forebyggende medisin, 1998.
2. Jenum AK, Stensvold I, Thelle DS. Differences in cardiovascular disease mortality and major risk factors between districts in Oslo. An ecological analysis. *Int J Epidemiol* 2001; 30 Suppl 1:S59–S65
3. Jenum AK, Graff-Iversen S, Holme I, Birkeland KI. Ethnicity and gender are strong determinants of diabetes in an urban western society: implications for prevention. *Diabetologia* 2005; 48: 435–439.
4. Jenum AK, Anderssen SA, Birkeland KI, Holme I, Graff-Iversen S, Lorentzen C, Ommundsen Y, Raastad T, Ødegaard AK, Bahr R. Promoting physical activity in a low-income multi-ethnic district: effects of a Community Intervention Study to Reduce Risk Factors for Type 2 Diabetes and Cardiovascular disease. *Diabetes Care* 2006; 29: 1605–1612.
5. Jenum AK. A Public Health Approach to the Prevention of Type 2 Diabetes and Cardiovascular Disease. Background, Methods and Results of the «Romsås in Motion» Community-based Intervention Study. Oslo: Diabetes Research Centre, Aker and Ullevål University Hospitals, Faculty of Medicine, University of Oslo, 2006.
6. Jenum AK, Lorentzen C, Graff-Iversen S, Anderssen S, Ødegaard AK, Holme I, Birkeland K, Ommundsen Y. Kan lokalbaserte strategier bidra til å redusere sosiale helseforskjeller? MoRo-prosjektet – bakgrunn, hovedresultater og erfaringer. *Norsk Epidemiologi* 2007; 17 (1): 49–57.