

Helse og trivsel – en utvidelse av synsfeltet i kommunenes planleggingsarbeid

Michael 2006;3:177–80.

Den 28. september 2006 ble det arrangert et tverrfaglig seminar i Sosial- og Helsedirektoratet i Oslo. Samfunnsmedisinere, samfunnsvitere, arkitekter, forvaltere og folk fra kommuners planavdelinger var representert.

Temaet var *helsekonsekvensutredninger*.

Vi har lange tradisjoner for å utrede konsekvensene for blant annet kommunikasjoner, teknisk infrastruktur og offentlige tjenester når større prosjekter planlegges. Helse har også vært med, men da mest i form av støy, luftforurensning og andre forholdsvis håndfaste og målbare eksposisjoner, foruten ivaretagelse av basale hygieniske krav. Det nye som skjer, er en følge av det utvidede helsebegrep. *Trivsel* er kommet inn med full tyngde. Det er ikke bare faktorer som kan tenkes å ødelegge den fysiske helse som skal unngås. Mistrivsel med påfølgende uheldige helsekonsekvenser bør også aktivt forhindres, samtidig som planleggingsarbeidet må sikte på å skape et miljø som er aktivt helsefremmende, *salutogent*.

Hva som er god helse i henhold til det utvidede helsebegrep, er ikke lett å definere. Vi må imidlertid likevel forsøke å komme fram til en oppfatning som er brukbar i praksis. I planleggingsarbeidet kommer man da straks opp i den vanskeligheten at *noen* skal bestemme hva som er bra for *andre*, og dertil ikke bare *nå*, men også *i framtiden*. Det er ikke alltid like greit. Avhengig av strømninger i tiden har dessuten slike oppfatninger variert. Fra ulike historiske perioder har vi byplaner eller utforminger av boligfelt som står som monumenter over gjeldende oppfatninger om hva som den gang var ansett som godt for samfunnet og for menneskene. Dette samsvarer ikke nødvendigvis med hva vi mener i dag. Problemet er at strukturene varer lenger enn svingningene i synsmåtene. Vi må leve med historien. Det stiller særlige krav til omtenksoy og fleksibel planlegging.



Ivrig gruppediskusjon med to av hovedforedragsholderne, ved bordenden Asbjørn Røiseland og (med slips) Gunnar Ridderström. (Foto: Ø. Larsen)



Plenumsforedragene foregikk i Sosial- og Helsedirektoratets auditorium i Universitetsgaten 2 i Oslo. (Foto: Ø. Larsen)

En annen sak er at nesten alt kan relateres til helse og trivsel. Derfor blir dette feltet lett de vikarierende motivers revir. Særinteresser kan kamoufleres i en helseargumentasjon som det trengs kunnskap og øvelse for å håndtere.

Planlegging skjer dessuten på forskjellige nivåer, fra det nasjonale og ned til den individuelle utbygger. Her er det også skiftninger i hva som har hatt størst vekt til forskjellig tid. Kommunen er imidlertid den sentrale planleggingsenheten, *stedet* som planlegges.

I Norge har vi hatt selvstyrte kommuner siden 1837. Det største antall vi har hatt i Norge, var i 1930, da det var 747 kommuner. 1. desember det året bodde det 2814194 personer i Norge. I 2004 var tallet redusert til 434 gjennom kommunesammenslåinger. Den 1. januar 2006 bodde det 4640219 personer i Norge. Hvis vi regner grovt og ser bort fra den andelen av urbaniseringen og befolkningsforskyvningen som har foregått siden 1930, betyr det at man den gang i hver kommune planla for et gjennomsnitt på 3768 personer. I 2006 planlegger kommunene for et gjennomsnitt på 10692 innbyggere. Det bor med andre ord nå rundt 2,8 ganger så mange mennesker i hver kommune.

Dette betyr at planleggingsrommet er blitt betydelig forandret. Men likevel er mye av eldre tiders planarbeid premissgivende også i dag for hvordan store deler av befolkningen bor, lever og arbeider. Og kommunesammenslåinger til tross, fortsatt har vi kommuner der de fysiske avgrensningene stammer fra tiden da skog skilte og sjø samlet, mens det nå oftest er omvendt.

Økonomi er som regel en faktor som veier meget tungt i offentlig planleggingsarbeid, og også for private utbyggere. I kommuner som eksempelvis har en svak offentlig boligpolitikk og hvor mye av premissene legges av private utbyggere, kan det bli vanskelig å få en helhetlig vurdering av konsekvensene ved de ulike prosjektene, herunder for helse og trivsel. Dette stiller særlige krav til samfunnsmedisinsk kompetanse i de kommunale planavdelingene.

Planlegging er imidlertid ikke bare fysisk planlegging, det er også samfunnsplanlegging i vid forstand, og dette må gå hånd i hånd. Alt fra lokale helseforskrifter via skolepolitikk til alkoholpolitikk er verktøy som bidrar til å utforme samfunnet framover.

Innføringen av helsekonsekvensutredninger utvider perspektivet fordi det gir andre verdier enn økonomi mer vekt. F. eks. kan kulturell verdi og estetisk verdi allerede ivaretas i den grad man ønsker det, men nå trekkes også verdien av det helsebringende og trivselsskapende inn med langt større tyngde. Her finnes det atskillig viten som bør komme til anvendelse, både på samfunnsmedisinsk hold og blant samfunnsvitere, geografer, arkitekter

og andre. Problemet er ofte at de ulike miljøene har liten kontakt med hverandre, ikke nødvendigvis av uvilje, men simpelthen fordi profesjons- og faggrenser, foruten fagspråk, ofte setter skiller.

Det tverrfaglige seminaret den 28. september 2006 var ment å skulle utjevne denne type skiller, og slik fungerte det åpenbart også.

Øivind Larsen

Institutt for allmenn- og ssamfunnsmedisin

Gruppe for medisinsk historie

Universitetet i Oslo

oivind.larsen@medisin.uio.no



Mer plan enn miljø? (Buenos Aires, Argentina, foto Ø. Larsen 2006)