

Med helse som styring i boligpolitikken

Michael 2006;3:225–37.

Sammendrag

I det norske samfunn har man stort sett passert stadiet med fysisk helseskadelige boliger, blant annet på grunn av 150 års bolighygienisk arbeid. Nye boliger reiser imidlertid også bolighygieniske spørsmål, ikke minst fordi begrepet helse er blitt utvidet og nå smelter sammen med trivsel. På individplanet styres boligjakt av behov, preferanser og muligheter. Mens det f. eks. i mellomkrigstiden i første del av det 20. århundre ofte skjedde en bevisst planlegging fra det offentliges side med helse som premiss, blir det lite av dette i et fritt boligmarked, der de boligsøkendes behov, preferanser og muligheter er under press fra andre krefter. Helseaspektet trer i bakgrunnen. Fordi mye av et samfunns struktur legges fast ved boligbygging, er det viktig å benytte de muligheter samfunnet har for å styre utviklingen også med hensyn på hvordan helse, helsetjeneste og sosiale forhold skal utvikle seg. Dette arbeidet må skje over hele skalaen fra praktisk utnyttelse av regelverket til politisk planleggingsarbeid.

Helsekonsekvenser og boligbygging

«Klær skaper folk» sier vi.

«Samfunnet skaper menneskene» tilskrives Karl Marx (1818-1883).

Uansett hva man måtte mene om gamle ordtak eller Karl Marx, er det sannsynligvis atskillig i dette – rammene omkring oss former oss kanskje mer enn vi er klar over selv. Når det gjelder *boliger og boligbygging*, gjelder dette ikke minst på grunn av at kostnadene gir rammevilkår som griper inn i levesettet på en måte som går langt utover det som rent fysisk har med det å bo å gjøre. Det griper også inn i helse og betingelser for helse.

Mennesker gjennomgår et visst livsløp. Det er trinn i alles liv som er ganske forutsigbare, blant annet på grunn av den fremadskridende kronologiske alder: Selvsagte stadier som barneår, ungdomstid, utdanningsfase, yrkesliv og pensjonisttilværelse. Det er også ganske forutsigbare livshendelser som eta-

blering av familieforhold, familieførøkelse, kanskje skilsmisse og etablering av nye forhold. «Livsløp» og «livshendelser» finnes imidlertid også for fysiske strukturer som boliger og boligstrøk, men her er takten ikke nødvendigvis sammenfallende med beboernes livsløp. Dessuten er takten ikke biologisk bestemt, men mest en følge av menneskelige avveininger på ulike tidspunkt. Blant annet blir de fleste boliger – og i ethvert fall strøkene – betydelig eldre enn de som bor der. Men funksjonalitet over tid, endrings- og vedlikeholdsbehov, relasjon til vekslende individuelle og samfunnsmessige preferanser, det bestemmes i stor grad ved planleggingen (figur 1).

Vi vet en del om sammenhengen mellom boliger og helse. Erfaringer fra de store boligreisingsperiodene i Europa de siste 150 år har lært oss om de fysiske betingelsene som bør være tilrettelagt for at helse ikke skal skades. Den tekniske hygiene er en vesentlig del av dette. Vi har etter hvert fått standarder som er nedfelt og sikret gjennom lover og forskrifter. I ethvert fall i Norge er derfor ikke denne siden av forholdet mellom boliger og helse noe brennende saksområde mer. De som måtte være igjen av helseskadelige boliger i Norge, er få. Og vi vet hvor de er og hva som bør gjøres med dem.

Bolighygiene henger også nært sammen med det ytre miljø. I løpet av de samme 150 år, og særlig i den siste tredjedelen av denne perioden, har interessen for det ytre miljø vært så stor, og arbeidet har gitt så mange verdifulle resultater, at boforhold som er skadelige på grunn av faktorer i det ytre miljø, omtrent ikke forekommer lenger i Norge.

Problemet er i større grad at *helsebegrepet* har forandret seg. Vi har opplevd at det utvides, blant annet ved at det mer eller mindre smeltes sammen med begrepet *trivsel*. Men det er ikke de samme faktorene som bestemmer kvaliteten på den tekniske hygiene og som avgjør om man trives eller ikke.

Vi vet atskillig om forholdet fysisk hygiene og helse gjennom mange år. Kunnskapstilfanget innenfor den sosiale delen av bolighygiene er nyere. Der vet vi også stadig mer, samtidig som kunnskapene og konsekvensene av dem må justeres etter hvert som det nye helsebegrepet utvikler seg.

Hvis vi tar som utgangspunkt at en kommune ønsker å benytte sine muligheter til å styre boligutviklingen på en slik måte at helseaspektet ivaretas på best mulig måte, er det nødvendig å foreta en *faglig oppdatert utredning av de helsekonsekvensene* planer kan føre med seg. En slik utredning må imidlertid bygge på både medisinsk og samfunnsvitenskapelig viten¹.

¹ Dette feltet er drøftet i mer detalj i boka Larsen Ø. *Boligmiljø og samfunnsmedisin – noen problemstillinger*. Oslo: Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, 2000. 127s. ISBN 82-7703-060-6. Der er det også en referanseliste som antas å kunne være nyttig. En rekke av de momentene som omtales i denne artikkelen er diskutert i boka, uten at det i alle tilfelle gis spesifikk referanse her.



Figur 1: Torshovbebyggelsen i Oslo med Asbjørg Borgfelts (1900-76) oksefontene (1929). Her er det er lagt stor vekt på vakre omgivelser og på helheten, noe som riktignok over tid stiller krav til offentlig stell og vedlikehold som må oppfylles for å oppnå samsvar med de grunnleggende intensjonene. (Foto: Ø. Larsen 2006)

Hvor er helseaspektet?

I et fritt boligmarked, hvilket i det moderne Norge egentlig er en ganske ny situasjon som har utviklet seg fra midten av 1980-årene, er det for de enkelte boligsøkende i hovedsak tre elementer som først styrer tanken, deretter boligvalget. Det er *behov*, *preferanser* og *muligheter*. Dette møtes av tilbydere som ønsker å dekke behov, oppfylle preferanser og gjøre dette innenfor de mulighetene beboerne har. Kommunens oppgave blir å tilrettelegge slik at dette fungerer, og kommer til å fungere også *over tid*.

Helse er i liten grad med i dette, i ethvert fall eksplisitt, og nå for tiden da i særlig grad i form av aspektet *trivsel*. På mange måter var det enklere før, da hensynet til vern mot smittsomme sykdommer hadde klare konsekvenser for utformingen av boliger og boligstrøk. Det har vært bygd boligområder som nok i sin tid tilsvarte behov, preferanser og muligheter, slik disse var da husene var nye. Siden er dette blitt f. eks. sosial slum, sovebyer

for ensomme eldre, eller strøk hvor hus simpelthen står tomme på grunn av en standard eller beliggenhet som nå er uakseptabel. Det kan riktignok hende at de gammeldagse hygieniske krav er oppfylt, men det er ikke lenger nok. Kunne dette vært forutsett ved planleggingen? Kunne bolighistorisk kunnskap vært et hjelpemiddel for å se konsekvensene?

Behov, preferanser og muligheter er påvirkbare. De boligsøkende og de andre aktørene er under press, kanskje uten helt å være klar over hvor sterkt presset er. En helsekonsekvensutredning skal representere dem som holder hodet kaldt.

Behov

La oss først se på *behovet*: Hvor mye plass, med hvilken standard og med hvilke omgivelser, er det egentlig et hushold trenger?

Da man i mellomkrigstiden drev boligpolitikk i Norge, var den fysiske helse et viktig aspekt. Det var først og fremst *tuberkulosen*, den allestedsnærværende svøpe, som lå bak når myndighetene svingte med piskan.

Internasjonalt hadde man forsøkt å komme fram til en slags minimumsstandard for boliger for å ha en grunnlinje å gå ut fra: «Die Wohnung für das Existenzminimum». Standarden her var ganske lav, men den skulle altså være tilfredsstillende, dekke de basale behov. For tuberkulosen var imidlertid trangboddhet en viktig faktor, fordi mange mennesker tett sammen smittet hverandre. Men måtte ha plass, og dessuten måtte renholdet være lett, og man skulle ha lys og luft. I det minste i Norge hadde innføringen av funksjonalismen som stilart i boligreisningen en klar helsemessig begrunnelse.

I løpet av 1930-årene våknet den alminnelige interessen for psykologi og mentalhygiene. Oslo Byes Vels undersøkelser fra 1940-årene av hvordan mellomkrigstidens nye boliger fungerte, viste at det var visse svakheter, hvis man så på boligene med det nye blikk for *mental helse*. Også for mental helse trengtes plass. Atskilte soverom for foreldre og barn ble f. eks. en ny, helsemessig begrunnet standard.

«Garden City»-bevegelsen i europeisk boligarkitektur og motstykkene, f. eks. Le Corbusier's (1887-1965) frittstående, store blokker representerte på hver sin måte klare ideer om hva som var bra for helsa, både den fysiske og den mentale.

Hvis boligen i sitt miljø dekomponeres i sfærer basert på disposisjonsrett², dvs. den *private sfære* (soverom, bad, kjøkken), den *halvprivate sfære*

² Dette er redegjort for i detalj i boka som er nevnt i fotnote 1 (Larsen 2000). En slik inndeling kan være et nyttig analyseredskap i det praktiske arbeid.

(oppholdsrom, villahage), den *halvoffentlige sfære* (trappeoppganger, fellesarealer) og den *offentlige sfære* (området omkring, strøket), kan vi se at behovet kan dekkes på annen måte enn i den tradisjonelle bolig. Den private sfære er helt for oss selv, i den halvprivate inviterer vi gjester inn hvis vi vil, mens den halvoffentlige og den offentlige sfære disponeres sammen med andre. Men det er helheten som skaper en fungerende boligsituasjon.

Le Corbusier var en eksponent for at man ved å modifisere og sjonglere med grensene mellom sfærene, ville kunne dekke plassbehov på en utradisjonell måte. Parken omkring, de felles selskapslokalene osv. var ment å møte krav som ellers ville måtte tilfredsstilles innenfor for den enkelte bolig, men som nå kunne møtes på en billigere og mer rasjonell måte. Bak slik boligplanlegging ligger ofte tanker om hvordan menneskene bør være, hva de bør like og hvordan de bør oppføre seg. Et element av «social engineering», kanskje av politisk art, vil derfor også gjerne være til stede i større eller mindre grad i overordnet planarbeid.

Men skal man trekke inn halvoffentlige og offentlige sfærer mer aktivt i utformingen av det miljøet som skal danne grunnlag for trivsel, trygghet og helse, må det være en *kultur for fellesskap* (figur 2 og 3) for at det skal fungere. Offentlig fysisk planlegging bør derfor sees i sammenheng med andre samfunnsmessige tiltak.

Også i Norge har vi tidlige eksempler på storstilt planlegging, der boligbegrepet var utvidet og også inkluderte det livet som utspilte seg utenfor den private og halvprivate sfære. Byplansjef i Oslo, Harald Hals (1876-1959) hadde f. eks. interessante visjoner, for eksempel ved reguleringen av den tidlige OBOS-bebyggelsen på Etterstad. Disse planene ble imidlertid bare delvis virkeliggjort. Det er Torshovbebyggelsen i Oslo (figur 1) som i dag kanskje er et av de beste eksemplene på eldre kommunal totalplanlegging av et større boligområde³.

I etterkrigs-Norge var det i overveiende grad Husbanken som satte behovsstandardene. Et meget stort antall av våre nåværende boliger er bygd etter Husbankens normer, både hva angår plass og utstyrsstandard. Disse normene er mer eller mindre også blitt fulgt i det senere oppblomstrende private markedet. De er også blitt normgivende og nedfelt i forskrifter m.v. For folkehelsen har dette utvilsomt hatt stor betydning. For eksempel skjedde den virkelig store hygieniske revolusjon i Norge sted i det stille i årene etter 1946, i Husbankens glanstid. Innlagt vann, WC og bad ble standard.

³ Se f. eks. Kjelstadli K. *Den delte byen. Fra 1900-1948*. Oslo bys historie bind 4. Oslo: J.W. Cappelens Forlag a.s., 1990, eller mer generelt Helle K, Eliassen F-E, Myhre JE, Stugu OS. *Norsk byhistorie*. Oslo: Pax forlag a/s, 2006.



Figur 2: Lillehammer, Norge: Fotgjengerundergang med barnetegninger. (Foto: Ø. Larsen 2006)



Figur 3: Montreux, Sveits: Fotgjengerundergang med barnetegninger. (Foto: Ø. Larsen 2006)

Men i boligpolitikken må vi huske på at det også er andre enn beboerne som har legitime behov. Det kan være bedrifter, institusjoner, kommuner eller andre som trenger boliger av en bestemt beliggenhet og beskaffenhet i forbindelse med arbeidsplasser m.v. Dette kan fungere godt så lenge forutsetningene er der, men bli problematisk siden, når næringsstrukturen er blitt forandret, personalboliger ikke lenger er vanlig osv.

Det kan også være kommuner som ønsker å trekke til seg nye innbyggere, men hvor planleggerne da må tenke gjennom hvordan de ser for seg et samfunn med mange nye innbyggere, nå og framover. Det kan også være grunneiere som føler behov for å utnytte eiendommen sin bedre – i klart språk – som ønsker å tjene mer penger.

Behov for å bygge boliger foreligger selvsagt også hos alle aktører som har med boligbygging å gjøre, ingen nevnt, ingen glemt. Men vi må huske på at de behovene for eksempel er utbygger har, ikke behøver å samsvare med andres behov, f. eks. med storsamfunnets eller de nye beboernes. La oss bare tenke på de mange nye småleiligheter som bygges fordi fortjenestemarginen der ansees som størst – det var dette som solgte best da prosjektet var på tegnebrettet. Når problemene kommer, når boligformen ikke lenger passer, er utbyggeren for lengst borte og kan vanskelig pålegges ansvar.

For den som bygger sitt hus for å bo i det, f. eks. sitt Husbank-hus, er verdiskapningen huset vedkommende flytter inn i. For utbyggeren er verdiskapningen den fortjeneste prosjektet gir. For kommunen er verdiskapningen avhengig av i hvilken grad det skapes fysisk, sosialt og helsemessig velfungerende boligstrøk som samsvarer med den ønskede utvikling. Det er dette helsekonsekvensutredningsarbeid skal forhåndsvurdere.

Når det gjelder *boligbehov* har vi tidligere hatt styringsmuligheter i boligpolitikken der helse har vært synlig og gyldig som premiss. Hvordan er det nå?

Preferanser

Hvordan liker vi å ha det? Når de basale behov er dekket, også hva angår relasjon til arbeid m.v., melder det seg sosiale preferanser. Disse er i høy grad påvirkelige, og de påvirkes massivt. I boligbladene og boligannonseens svulmende tekster inngår henvisninger til helse og trivsel, formulert med meglerdialektens svulstige språk, en refleks av trender i tiden. Nærhet til skog og mark, til golfbane osv. henspiller på faktorer som hører hjemme i trivselsbegrepet. Om parketten er av kirsebærtre eller belgisk bøk har intet med helse og trivsel å gjøre, med mindre boligen er så *dyr* at det går ut over aktiviteter som reelt sett har betydning for helse og trivsel!

Den intense påvirkning av folks preferanser er imidlertid ikke logisk, og den tilsikter heller ikke å være det. Den vender seg til det irrasjonelle, til forfengeligheten, til drømmenes verden der de kjølige overveielserne ikke hører hjemme. Og der er det penger å hente for dem som like kjølig utnytter situasjonen. I Oslos boligannonser strekker nå St. Hanshaugen seg snart ned i sentrum, og adresser gamle Oslo-boere ville synes hører hjemme ved Bislet, er for lengst flyttet til Frogner.

Men preferanser skifter, det er en del av spillet. Dette er dessuten en del av spillet som det ligger mye penger i. Derfor skifter også behovet for å oppfylle preferansene. Det er f. eks. sjelden objektivt nødvendig å skifte kjøkkeninnredning etter ti år. Hvis misnøye og uro begrunnet med uoppfylte preferanser hører hjemme i trivsels- og dermed i det nye helsebegrepet, står vi overfor et vanskelig forebyggelsesproblem.

Muligheter

Den gang fattige, men driftige Oslo-folk brukte kvelder og søndager til å sette opp uryddige plankehytter i Lørenskog og Maridalen for gradvis å skaffe seg bedre boligsituasjon og livskvalitet, var det først og fremst økonomien som begrenset mulighetene.

I etterkrigs-Norge med den sterke sentralstyringen av boligbyggingen var det rasjonering, lover, forskrifter og en streng kontroll som satte grensene, selv om økonomien ble bedre. Behov og preferanser ble så vidt strengt og massivt definert gjennom årtier at normene etter hvert gikk inn som en internalisert del av den norske kulturen. Svømmebasseng, klima-anlegg og slopsink ble således aldri standard i Norge, selv da man egentlig fikk råd til det.

I 1930-årenes og etterkrigstidens store boligbyggingsfaser i offentlig og halvoffentlig regi skjedde det som regel en helhetsplanlegging, slik at alle boligsfærer var tenkt på når det nye boligstrøket sto ferdig. Infrastrukturen var tilpasset beboerne⁴. Det var den overordnede planleggingen som ga beboerne mulighetene, dvs. de rammene behov og preferanser kunne utspille seg innenfor. Privat økonomi var bare en del av mulighetene.

Ved overgangen til en i alt vesentlig markedsstyrt boligutvikling fra 1980-årene ble det annerledes. Fortsatt er plan- og bygningsloven med alle dens verktøy til stede som styringsmekanisme. Den setter grenser for utfol-

⁴ Forfatteren satt i 1964 på kurs i offentlig helsearbeid under kateteret til datidens store drabantbyarkitekt Frode Rinnan (1905-1997). Han fortalte om det da nylig avsluttede arbeidet med bydelen Lambertseter i Oslo. Der hadde man etter beste skjønn regnet med behov for 1 parkeringsplass pr. 6 leiligheter. Bare tre år etter at bilrasjoneringen ble opphevet i 1961 var dette blitt håpløst, måtte han innrømme. Planlegging er alltid avhengig av forventet kontekst.



Figur 4: OBOS-megleren reklamerer med prisrekorder. Interessant utvikling for sosial boligbygging.

(Foto: Ø. Larsen 2006)

delsmulighetene og hjemler å la allmenne hensyn gå foran den individuelle. Men i mange kommuner er det vanskelig å gjennomføre en helhetlig planlegging, slik at også hensynet til bosituasjonens eksterne deler, det vi har kalt den offentlige sfære, ivaretas. Ved å overlate planleggingen i for stor grad til enkeltutbyggere, kan det oppstå problemer med infrastrukturen og de oppgaver kommunen er pålagt å ta seg av, slik som f. eks. bygging av grunnskoler og sykehjem⁵. Det kan også oppstå kollisjoner med langsiktige ønsker om å ta vare på friarealer og å sikre estetiske verdier. Og selv om lovgivningen er der, er det minst én faktor som kan uthule de beste intensjoner – adgangen til å gi *dispensasjoner*.

Vi er på mange måter kommet i en situasjon da det er den personlige økonomien som først og fremst bestemmer mulighetene. Den sosiale samvittigheten og omsorgen for boligpolitikken har bleknet (figur 4). Den alminnelige økonomi er blitt bedre, og både folk flest og storsamfunnet velger i økende grad å la boligen få en stadig mer dominerende andel av preferansene⁶. Her spiller bankene en nøkkelrolle gjennom sin utlånspoli-

⁵ En punktstudie av et strøk i Oslo fra 1992 til 2005 viser hvordan bebyggelsens funksjoner har forandret seg radikalt på kort tid ved overgang fra industri og servicenæring m.v. til boliger, uten at dette er fulgt opp med infrastruktur. Se Larsen Ø. Aerial photographs in the assessment of physical and social change. *Michael* 2005;2:269-76.

⁶ I hvilken grad det er riktig og ønskelig å kanalisere en stadig større andel av nasjonalproduktet til boligbygging for en befolkning som i internasjonal sammenlikning allerede har en høy boligstandard, er et nasjonaløkonomisk spørsmål som ikke skal tas opp her, da det er utenfor artikkelens helsesrelaterte tema. Før bygde vi landet. Nå bygger vi boliger. I den nyeste tids boligbygging betales i større grad for preferansene enn for produktet.

tikk. Huslåneren trekker veksler på en framtid han ikke kjenner, men bare håper han kan kjenne. Der strikken er strukket til det ytterste og økonomien er avhengig av et stabilt, noenlunde lavt rentenivå, lite vedlikeholdsbehov og akseptable utgifter til strøm, kommunale avgifter osv., kan det oppstå problemer som det til syvende og sist er kommunen som må ta seg av. Og for den enkelte kan arbeidsløshet, sykdom eller samlivsbrudd bli en nødvendig stor belastning dersom den altfor dyre boligen ryker⁷.

Fra tid til annen drøftes offentlige tiltak som vil kunne oppfattes som begrensende for mulighetene, men som vil kunne dempe faren for framtidige sosiale problemer⁸. Slike kan imidlertid være politisk vanskelig både å drøfte og å gjennomføre.

Stabilitet, variasjon og styring

Hva er det så ved det nye og utvidede helsebegrep som kan påvirkes gjennom boligpolitikken? Et halvt århundres medisinske og sosiologiske erfaringer har lært oss at *stabilitet* er en faktor som bidrar sterkt til helse og trivsel.

Det vil si, det er *frivillig stabilitet* vi tilstreber, et miljø der folk liker seg og vil bo over tid – hvis de vil. Et boligmiljø som i vid forstand er lagt til rette for stabilitet. Det er vanskelig å beskrive nøyaktig hva det er ved stabiliteten som er gunstig, men sannsynligvis er det *mulighetene for sosial nettverksdannelse*, en utvikling av personlige kontakter som viser seg å kunne motvirke både psykiske og fysiske plager. Stabiliteten og nettverksdannelsen må imidlertid være frivillig, ikke påtvungen, ellers kan det gå galt⁹.

Hvis beboerne i et boligstrøk deles inn etter hvilket trinn de befinner seg på i livsløp og tilhørende boligkarriere, vil vi se at kravene til å skape et miljø egnet for trivsel, vil være noe forskjellige¹⁰. De *stabile* blant beboerne er vanligvis ikke noe problem. De trives. Hvis planleggerne har klart å etablere et miljø der et flertall er stabile, har de nådd fram.

Alle er imidlertid ikke etablert, noen har livet foran seg og er *på vei oppover* i både livet og boligkarrieren, det er helt naturlig. De trives nok kanskje her de er, men de blir neppe her til pensjonsalderen innhenter dem, blant annet fordi yrkesliv og familiesituasjon endrer seg. Kravene til et trivelig bosted kan for dem være litt annerledes enn for de stabile. De unges

⁷ For oppdaterte opplysninger se Statistisk Sentralbyrås nettsider eller f. eks. Gulbrandsen L. (red.) *Bolig og levekår i Norge 2004*. NOVA-rapport 3/06. Oslo: NOVA, 2006.

⁸ F. eks. vil endringer i beskatningsregler for fortjeneste ved boligsalg kunne fremme stabilitet og dermed være en positiv faktor for trivsel, helse og miljø.

⁹ Mange svigerdøtre på norske gårdsbruk med svigermor i kårbygningen vet alt om dette.

¹⁰ Dette er drøftet inngående i boka som er nevnt i fotnote 1 (Larsen 2000).

ønsker og livsstil i forhold til de eldres vil i sin alminnelighet være ulike, men behøver ikke være konfliktskapende.

Vanskeligere kan det være for dem *på vei nedover* i boligkarrieren. Årsakene kan være forskjellige, men det kan være lett for dem det gjelder å se alt i et kanskje stadig mer gyllent lys av at alt var bedre før. Det er dem som har måttet flytte på grunn av økonomiske vansker, samlivsbrudd med påfølgende dårlig økonomi, eller fordi alderen har meldt seg. Da kan trivselen svikte – nesten uansett.

En fjerde gruppe er *de som ikke har noe valg*. De som *må* bo her. Det kan være personer som er tildelt en sosialbolig. I den andre enden av skalaen har vi dem som har bygd seg en så dyr bolig at de ikke får solgt den uten tap og sitter i en økonomisk saks. Det kan tære! Denne siste gruppen skal vi ha særlig in mente når vi betrakter nåtidens boligbygging og når prosjekter planlegges for framtida!

Men hvordan skal f. eks. plan- og miljøavdelingen i en kommune kunne planlegge slik at man befordrer stabilitet og demografisk ro? En nøkkel kan være å tilstrebe *variasjon*. Det bør være en rimelig blanding av de ovenfor nevnte fire grupper beboere, og det må være lagt rimelig vekt på variasjon, kvalitet og utførelse med hensyn på de fire boligsfærene som vi har omtalt i forrige avsnitt¹¹.

I tillegg kommer imidlertid at man i god tid tenker gjennom kravene til den delen av infrastrukturen som kommunen har ansvaret for. Hvordan forventes næringsutviklingen å bli? Befolkningsutviklingen? Aldersfordelingen? Barnetall? Det må ikke komme som noen overraskelse for de ansvarlige i kommunen når det oppstår press på barnehagene, på skolene, heller ikke når det kanskje etter hvert tynnes i klassene, mens til gjengjeld sykehjemsbehovet øker. Og hvordan er det egentlig med fastlegekapasiteten? Her har faktisk det norske kommunedemokratiet en svakhet – på grunn av valgperioder og utskiftinger er det sjelden de samme personene som har bestemt som sitter der når problemene oppstår. Det er andre politikere som må ta konsekvensene av tidligere vedtak. Og hvis man gjennom møysommelig arbeid har utarbeidet en gjennomtenkt kommuneplan, så er det viktig *å følge den*.

¹¹ På side 103 og 104 i boka som er nevnt i fotnote 1 (Larsen 2000) er det satt opp skjemaer som kan være til hjelp vedrørende planlegging av nye boligstrøk og løsning av problemer i eksisterende strøk.

	Kortsiktig	Langsiktig
Hensyn til fellesskapet	Kortsiktige tiltak ofte lite effektive	Best vilkår for samfunnsmedisinske tiltak
Hensyn til individet	Vanskelig for samfunnsmedisinsk planlegging	Felt av økende betydning?

Figur 5: Fire situasjoner i et politisk rammeverk.

Helse og politikk

Vi kan slå fast at det er en forbindelse mellom boligpolitikk og folkehelse. Noen elementer er nevnt her, andre ikke. Sett fra det offentliges side er noen av disse faktorene styrbare, men de må styres med politiske virkemidler.

Helt siden man i 1700-tallets statsvitenskap anså helse- og sosialpolitikk som en sentral del av nasjonsbyggingen¹², har dette vært klart. Like fullt har det vært vanskelig å implementere en integrert helsepolitikk, ikke minst fordi den lett oppfattes som utilbørlig inngripen i den personlige frihet. Det forebyggende helsearbeidets muligheter og effekter har derfor paradoksalt nok variert i takt med verdsettingen av den personlige frihet.

Erkjennelsen av at en satsing på helse gjennom tilrettelegging av samfunnet både *kan* skje og *må* skje gjennom politiske prosesser, har som logisk følge at tilrettelegging av bomiljø med folkehelse som siktemål, i stor grad er en politisk sak. Når folk fra helsesektoren argumenterer slik, blir de ofte møtt med at de beveger seg utenfor sitt mandat – men det er tross alt ofte de som vet mest om helse og helseproblemer.

La oss tenke oss et skjema med fire ruter (figur 5), dannet ved å sette sammen to skalaer. Den ene går horisontalt mot høyre fra kortsiktig til langsiktig planleggingshorisont. Den andre går vertikalt oppover fra hensynet til individet til hensynet til fellesskapet. Innen norsk politikk gjenkjenner vi både befolkningen og deres politiske aktører i de forskjellige rutene:

¹² Se for eksempel litteratur om «Die medicinische Polizey» på 1700-tallet og om legen Rudolf Ludwig Karl Virchow's (1821–1902) politiske virksomhet i århundret som fulgte.

Det ene ytterpunktet er den ruten som i hovedsak omfatter dem som er opptatt av det individrettede og kortsiktige. Det andre ytterpunktet dannes av dem som i hovedsak er opptatt av fellesskapet og av langsiktig planlegging.

Det kan likedan gjenkjennes hvordan samfunnsmakten har vekslet opp gjennom historien mellom disse gruppene. Det er også lett å fastslå hvordan man innenfor helserelatert planlegging og forebyggende medisin ofte nettopp er avhengig av aksept for langsiktig planlegging, grupperettet virksomhet og tiltak som kortsiktig sett er upopulære. Kortsiktige tiltak kan være populære, men de er sjelden varig effektive.

Men man må også kunne tilpasse seg en situasjon der det langsiktig individuelle får større vekt – hensynet til meg selv, familien og mine etterkommere, ikke nødvendigvis til de andre, til det allmenne fellesskap.

Den politiske makt og styring vil ligge hos den gruppe som i øyeblikket innehar denne makt og styring. Det er der nøkkelen ligger.

Igjen et paradoks: Boligpolitikken «social engineering» er med på å utforme det demokratiske samfunnet *og dets velgere*. Betingelsene for å drive helsepolitikk framover avhenger derfor også av hvilket samfunn man skaper gjennom den boligpolitikk man fører.

Øivind Larsen

Universitetet i Oslo

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin

Gruppe for medisinsk historie

Postboks 1130 Blindern, N-0318 Oslo

tlf. 415 415 34

fax 22 46 91 75

oivind.larsen@medisin.uio.no

Om forfatteren

Øivind Larsen (f. 1938) er professor i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo. Blant annet hovedredaktør for lærebøkene Larsen, Brekke, Hagestad, Høstmark, Veller: «Samfunnsmedisin i Norge» (1992, flere opplag) og Larsen, Alvik, Hagestad, Nylenna: «Helse for de mange» (2003). Forfatter av «Boligmiljø og samfunnsmedisin – noen problemstillinger» (2000).