

Lars Chr. Monkerud  
Marit K. Helgesen  
Arne Holm  
Camilla Lied

# Helhetlig planlegging – ses bolig og folkehelse i sammenheng?



**NIBR**

Norsk institutt for by- og regionforskning

Helhetlig planlegging  
– ses bolig og folkehelse i  
sammenheng?

## Andre publikasjoner fra NIBR:

Samarbeidsrapport NIBR/NIFU 2015	Utvikling og formidling av kunnskap i kommunal helse og omsorg - Evaluering av Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester
NIBR-rapport 2015:10	Boligsosialt utviklingsprogram i Oslo
NIBR-rapport 2015:5	Rus og bolig
NIBR-rapport 2014:18	Rus og bolig Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPAN) - KS' etter- og videreutdanningsprogram for helse og planlegging
NIBR-rapport 2014:16	Bolig og folkehelse – hva er sammenhengen?
NIBR-rapport 2014:3	Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner

Rapportene koster fra kr 250,- til kr 350,- og kan bestilles fra NIBR:  
Gaustadalléen 21  
0349 Oslo  
Tlf. 22 95 88 00  
Faks 22 60 77 74

E-post til [nibr@nibr.no](mailto:nibr@nibr.no)

Publikasjonene kan også skrives ut fra [www.nibr.no](http://www.nibr.no)  
Porto kommer i tillegg til de oppgitte prisene

Lars Chr. Monkerud  
Marit K. Helgesen  
Arne Holm  
Camilla Lied

# **Helhetlig planlegging – ses bolig og folkehelse i sammenheng?**

NIBR-rapport 2015:22

Tittel: Helhetlig boligplanlegging  
– ses bolig og folkehelse i sammenheng?

Forfatter: Lars Chr. Monkerud, Marit K. Helgesen, Arne Holm  
og Camilla Lied

NIBR-rapport: 2015:22

ISSN: 1502-9794  
ISBN: 978-82-8309-091-8 (trykt)  
978-82-8309-092-5 (elektronisk)

Prosjektnummer: 3437

Prosjektnavn: Bolig og folkehelse

Oppdragsgiver: Husbanken

Prosjektleder: Lars Chr. Monkerud

Referat: Rapporten undersøker sammenhengen mellom bolig og folkehelse i en norsk kontekst, og analyserer organiseringen av bolig- og folkehelsepolitikken i fire casekommuner. Gjennom tilgjengelig surveymateriale finner rapporten klare sammenhenger mellom boforhold og helse, og et hovedfunn er at møtet mellom bolig- og helsefeltene i kommunene må dra nytte av et ofte vanskelig tverrsektorielt perspektiv som evner å kombinere god planlegging og helhetlig oversikt over helsetilstand og levekår.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: Desember 2015

Antall sider: 126

Pris: 250,-

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning  
Gaustadalléen 21,  
0349 OSLO  
Telefon: (+47) 22 95 88 00  
Telefaks: (+47) 22 60 77 74

# Forord

I april 2014 fikk NIBR i åpen konkurranse FoU-oppgaven ”Bolig og folkehelse” av Husbanken. I prosjektet har det vært gjennomført en litteraturstudie av internasjonal, nordisk og norsk litteratur om forholdet mellom bolig og folkehelse. I forlengelsen av prosjektet ble det av Husbanken i april 2015 satt i gang et oppfølgingsprosjekt som skulle se på mulige sammenhenger mellom bolig og helse i en norsk kontekst, samt undersøke hvordan kommunene organisatorisk og planmessig løser utfordringene i skjæringsfeltet mellom bolig og folkehelse. Dette er hovedtemaene i den foreliggende rapporten, og disse belyses gjennom både et omfattende surveymateriale og intervjuer med nøkkelpersoner i et utvalg kommuner.

Leder for prosjektet har vært Lars Chr. Monkerud, og øvrige prosjektmedarbeidere har vært Marit K. Helgesen, Arne Holm og Camilla Lied. Husbankens kontaktpersoner har vært Rune Flessen og Øyvind Ustad. Kapittel 2 er skrevet av Lars Chr. Monkerud, mens kapitlene 3 og 4 er skrevet av Marit K. Helgesen, Arne Holm og Camilla Lied i fellesskap. Til andre kapitler har hele forsker-teamet bidratt.

Det rettes en stor takk til alle som har bidratt med sin tid i intervjuer!

Oslo, desember 2015

Trine Myrvold  
Forskningsjef

# Innhold

Forord .....	1
Tabelloversikt.....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
Figuroversikt .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
Sammendrag.....	6
Summary .....	11
1 Bakgrunn og problemstilling.....	16
1.1 Innledning .....	16
1.2 Bakgrunn .....	16
1.3 Styring og stivhengighet i kommuner.....	19
1.4 Design og metode .....	24
1.4.1 Gjennomføring og data for kvantitative analyser.....	25
1.4.2 Kvalitativ undersøkelse: Kommunenes boligpolitiske arbeid i et helse- og folkehelseperspektiv .....	27
1.5 Videre om problemstillinger for prosjektet og gangen i rapporten .....	29
2 Analyser av boforhold og helse – med data fra Difis innbyggerundersøkelser .....	32
2.1 Innledning .....	32
2.2 Innbyggernes bruk av helsetjenester: Betydningen av boforhold .....	36
2.3 Er ufordelaktige boforhold sosialt skjevfordelt? .....	51
2.4 Oppsummering .....	60
3 Styring og organisering .....	60
3.1 Innledning .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
3.2 Statlig styring av kommuner... <b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>	
3.3 Organisasjonsstruktur som premiss for beslutningsadferd ... <b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>	
3.3.1 Organisering av folkehelse og bolig i praksis..... <b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>	

3.4	Gode modeller for organisering - noen avsluttende kommentarer.....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
4	Planlegging.....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
4.1	Innledning.....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
4.2	Det kommunale plansystemet og folkehelse.....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
4.3	Kommunenes ansvar og roller knyttet til bolig og folkehelse.....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
4.4	Oversikt over helsetilstanden .	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
4.4.1	Kommunene og oversikten ....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
4.4.2	Boligsosialt arbeid ..	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
4.4.3	Helhetlig boligpolitikk .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
4.5	Kobling folkehelse og bolig i plansystemet.....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
4.6	Avsluttende kommentarer .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
5	Oppsummering og drøfting	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
5.1	Oppsummering .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
5.2	Stiavhengighet.....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
5.3	Brudd .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
5.4	Innovasjon i møtet mellom folkehelse og bolig?....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
	Litteratur .....	61
	Vedlegg 1 Intervjuguide.....	123



## Tabelloversikt

Tabell 1.1...	<i>Hypoteser om forholdet mellom bomiljø og helse</i> .....	26
Tabell 2.1...	<i>Deskriptiv statistikk for analysevariabler (bruk av helsetjenester, sosio-økonomisk bakgrunn, boforhold, og tilfredshet med ulike sider av kommunen) (N=15 170)</i> .....	34
Tabell 2.2...	<i>Betydningen av boforhold og sosio-økonomiske bakgrunnsegenskaper for <b>besøk hos fastlege</b> i løpet av de siste 12 mnd. (=1). Binær logistisk regresjon med clustring på kommunenivå. (N=15 170)</i> .....	39
Tabell 2.3...	<i>Betydningen av boforhold og sosio-økonomiske bakgrunnsegenskaper for <b>besøk hos legevakt</b> i løpet av de siste 12 mnd. (=1). Binær logistisk regresjon med clustring på kommunenivå. (N=15 170)</i> .....	40
Tabell 2.4...	<i>Betydningen av boforhold og sosio-økonomiske bakgrunnsegenskaper for <b>kontakt med sykehus</b> i løpet av de siste 12 mnd. (=1). Binær logistisk regresjon med clustring på kommunenivå. (N=15 170)</i> .....	43
Tabell 2.5...	<i>Betydningen av boforhold og sosio-økonomiske bakgrunnsegenskaper for <b>tilfredshet med tilværelsen</b>. (=1). Ordinal logistisk regresjon med clustring på kommunenivå. (N=15 170)</i> .....	48
Tabell 2.6...	<i>Betydningen av boforhold og sosio-økonomiske bakgrunnsegenskaper for <b>opplevd (lavt) støynivå</b>. (=1). Ordinal logistisk regresjon med clustring på kommunenivå. (N=15 170)</i> .....	52
Tabell 2.7...	<i>Betydningen av boforhold og sosio-økonomiske bakgrunnsegenskaper for <b>opplevd luftkvalitet</b>. (=1). Ordinal logistisk regresjon med clustring på kommunenivå. (N=15 170)</i> .....	54
Tabell 2.8...	<i>Betydningen av boforhold og sosio-økonomiske bakgrunnsegenskaper for <b>opplevd drikkevannskvalitet</b>. (=1). Ordinal logistisk regresjon med clustring på kommunenivå. (N=15 170)</i> .....	56

## Figuroversikt

Figur 1.1 .... <i>Det systematiske folkehelsearbeidet. Kilde: Helsedirektoratet (2013)</i> .....	22
Figur 2.1 .... <i>Kontakt med helsetjenester som følge av opplevd luft- og drikkevannskvalitet i boområdet.</i> .....	46
Figur 2.2 .... <i>Tilfredshet med tilværelsen som følge av opplevd luft- og drikkevannskvalitet i boområdet.</i> .....	50
Figur 2.3 .... <i>Opplevd (lavt) støynivå og luft- og drikkevannskvalitet etter husstandsinntekt.</i> .....	58
Figur 2.4 .... <i>Opplevd (lavt) støynivå og luft- og drikkevannskvalitet etter boområde.</i> .....	59
Figur 4.1 .... <i>Folkehelse i planleggingen</i> .....	86

# Sammendrag

*Lars Chr. Monkerud, Marit K. Helgesen, Arne Holm og Camilla Lied*

## **Helhetlig planlegging – ses bolig og folkehelse i sammenheng?**

NIBR-rapport 2015:22

### **Bakgrunn og problemstillinger**

Bolig og boområder er viktige påvirkningsfaktorer for folks helse. I en tidligere del av prosjektet ble internasjonal litteratur på feltet utgitt etter rundt 2010, gjennomgått, og man fant i denne litteraturgjennomgangen holdepunkter for klare sammenhenger mellom den enkeltes helse og ulike aspekter ved bosituasjonen – slike som kvaliteter ved nabolag og bomiljøet (grøntområder, tilgang til offentlige og private tjenester mv.) og ved boligene i seg selv (innemiljø, trangboddhet mv.).

I tillegg peker litteraturen på at slike problemer i bosituasjonen ofte rammer fra før utsatte grupper: For eksempel vil problemer med støy og luft- og drikkevannsforurensning ofte ramme lavinntektstyper, trygdede, beboere i sentrum av storbyer mv.

Implikasjonene av den nevnte studien var todelt: Dels fordi litteraturen som her ble saumfart i stor grad ikke omhandlet norske eller nordiske forhold ønsket man en analyse av tilgjengelige data som omhandler norske forhold spesielt. Dels manglet det studier som fokuserer på det potensielt viktige folkehelsearbeidet – der folkehelseloven nettopp gir ansvaret til kommunen. De to problemstillingene for denne delen av prosjektet har derfor vært:

- Kan man i en norsk kontekst spore påvirkninger fra den enkeltes bosituasjon til vedkommendes helse? Hva betyr ulike trekk ved bomiljøet – slike som støynivå og luft- og drikkevannskvalitet – for den enkeltes helse? Og hvilken rolle spiller det i så fall hvor man bor – om man bor i

sentrum av en storby eller på landsbygda? Er spesielle grupper – for eksempel sosio-økonomisk «utsatte grupper» – spesielt utsatt for helserelaterte problemer knyttet til bolig? I den grad slike sammenhenger kan pekes på i norsk sammenheng er også kommunens folkehelsearbeid slik det må knyttes tett opp til boligområdet spesielt viktig:

- Hvordan organiserer kommunene seg for å møte utfordringene knyttet til det å se bolig og folkehelse i sammenheng? Er det viktig *formelt å organisere* kommunen på en slik måte at ulike sektoretater for eksempel samlokaliseres eller slås sammen? Eller er det viktig at det dannes spesielle institusjonelle ordninger som *formelt* skal ha en *koordinerende rolle* (for eksempel en folkehelsekoordinator)? Eller er det *oversiktsarbeidet* (for eksempel utarbeidelsen av leverkårsoversikter), *planarbeidet* (for eksempel hvordan bolig kommer inn i arealplanen) og *prosessene* rundt dette som er det viktigste?

### Metode og design

Empirisk består studien av to deler: En første, kvantitativ del der vi benytter oss av et omfattende surveymateriale i form av Difis innbyggerundersøkelser fra henholdsvis 2009-10 og 2012-13 (N=15 170). Ved hjelp av kontrollerte regresjonsbaserte analyser – der vi tar hensyn til sosio-økonomiske kjennetegn ved den enkelte respondent – kan vi avdekke visse mønstre for hvordan opplevde problemer med støy og luft- og drikkevannskvaliteten i boområdet påvirker bruken av helsetjenester (fastlege, legevakt og sykehus), som en indikasjon på helsetilstanden. I tillegg kan vi etterspore hvordan ulike grupper (sosio-økonomiske eller geografiske) i ulik grad plages med problemer på disse områdene. Slik sett kan disse analysene gi noen svar på det som ovenfor ble tatt opp som en første problemstilling.

I den andre, kvalitative delen av studien – der vi ser nærmere på kommunens organisering av bolig-folkehelse-arbeidet – benytter vi oss av intervjuer med nøkkelpersoner i kommuneorganisasjonen (folkehelsekoordinator, boligsjef, kommunelege mv.) eller av fokusgruppeintervjuer blant grupper av slike. Det ble valgt ut fire casekommuner – Bergen, Kristiansand, Fredriksstad og Melhus. Forundersøkelser rundt «hvor langt» disse (selv opplever at de) er

kommet med hensyn til bolig- og folkehelsearbeidet var et viktig kriterium for valget av cases. Også ulik befolkningsstørrelse, geografisk beliggenhet og spesielle utfordringer var viktige momenter i casevalget – for om mulig å fange opp og rendyrke slike som potensielt viktige for organiseringen av bolig- og folkehelsearbeidet. I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide for å lette intervjuarbeidet og for å øke sammenlignbarheten mellom casene. Fordelen med slike intervjumetoder er selvsagt at man får både en detaljert og bred oversikt over fenomenet som studeres (her: kommunal organisering av et samlet bolig- og folkehelsearbeid), mens mulighetene for å generalisere funnene er begrensede. Om noe kan man ved å studere kommuner som har kommet relativt lengre i arbeidet med dette feltet peke på visse trekk som kan synes å være spesielt heldige for organiseringen av bolig- og folkehelsearbeidet.

### **Kvaliteter ved boområdet og sosialt ulikfordelte boligproblemer: Resultater fra de kvantitative analysene**

Analysene av surveymaterialet fra Difis innbyggerundersøkelser viser at opplevde problemer med luft- og drikkevannskvaliteten i boområdet er forbundet med økt helsetjenestebruk, dvs. med hyppigere besøk hos fastlege og legevakt, samt med hyppigere kontakt med sykehus. Dette kan tolkes som en indikasjon på at slike opplevde problemer har visse konsekvenser for den enkeltes helse. Videre analyser viser at den enkeltes «tilfredshet med tilværelsen» er sterkt forbundet med både inntekt, boform og kvaliteter ved boområdet. Dette er en indikasjon på at disse aspektene ved boområdet også kan ha konsekvenser for «mental helse» (som flere studier viser er sterkt korrelert med ulike mål for «tilfredshet»). Mer presist er høyere inntekt, større bolig (annet en hybel) og det å bo i en storby forbundet med større generell tilfredshet. Også økt opplevd luft- og drikkevannskvalitet er sterkt forbundet med større tilfredshet.

I avsluttende analyser ser man at problemer med både støynivå og luft- og drikkevannskvaliteten har en klar sosio-økonomisk slagside. Det er spesielt lavinntektsgruppene (og dels trygdede), personer i storbyer, og særlig i sentrum av storbyer, og personer som bor i annet enn enebolig som opplever særlige problemer på dette feltet. Dette betyr at når disse egenskapene faller sammen – som det gjør for en utsatt lavinntektsgruppe som bor i trange

leiligheter i sentrumsområder (uten større tilgang til for eksempel grøntområder) – vil slike problemer oppleves som spesielt store: De legges til i en allerede stor «oppbygning» av andre sosiale problemer.

### **Formell og prosessuell kommunal organisering av bolig- og folkehelsearbeidet: Resultater fra intervjuer med casekommuner**

Kommunene følger i hovedsak to strategier for å legge til rette for innarbeidelse av folkehelseperspektiver i boligpolitikken, formell organisering og gjennom planleggingsapparatet. For å sikre at folkehelseperspektivet kommuniserer vertikalt, med andre sektorer som er relevante inn i bolig- og byutviklingen velger våre casekommuner å flytte folkehelsearbeidet ut av helse- og omsorgssektoren og over til enheter som jobber bredere mot byutvikling, og som også inneholder plan, samfunn og utvikling. Dette ser vi i Kristiansand, hvor folkehelsekoordinatoren flyttes fra helse- og sosial, til by- og samfunnsenheten under teknisk sektor, og vi ser at det planlegges for i Melhus kommune. Økt grad av koordinering går imidlertid ikke bare horisontalt i kommunene, men også i noen grad vertikalt, med flytting av fokuset på folkehelsearbeidet opp til eksempelvis rådmannens stab. Med forankring på rådmannsnivå øker muligheten for bred koordinering på tvers av kommunens sektorer og tjenester.

I tillegg til disse grepene, etablerer også flere av våre casekommuner tverrsektorielle folkeforum på tvers, som skal ha et ansvar for å kommunisere, koordinere og drøfte folkehelseperspektiv inn mot ulike relevante sektorer.

Den organisatoriske forankringen av folkehelsearbeidet er imidlertid avhengig av et kunnskapsgrunnlag, i form av helse- og levekårskartlegginger, som både belyser befolkningens helsestatus og bakenforliggende påvirkningsfaktorer. Dette er et svært viktig grunnlag for å kommunisere folkehelseperspektivet inn i bredden av kommunale sektorer, herunder også bolig. Dette synes også å være sentralt i det arbeidet våre casekommuners gjør for å integrere folkehelseperspektiver inn i en helhetlig boligpolitikk.

Dette arbeidet synes svært viktig som en innfallsvinkel til å se helse, og ikke minst ulikhet i helse, opp mot ulike innsatsfaktorer,

herunder bolig. Dette er også i samsvar med de forventninger som ligger i Folkehelseloven §5, hvor kommunene forventes å ha den nødvendige oversikten over faktorer som virker inn på befolkningens helsetilstand.

Kunnskapen i disse oversiktene må også kommuniseres inn i alt relevant kommunalt planarbeid. Hvorvidt en faktisk når frem med en kunnskapsbasert og helhetlig boligpolitikk, som integrerer folkehelseperspektivet på en måte som ivaretar utfordringene knyttet til bolig som påvirkningsfaktor for helse, vil imidlertid avhenge av et helt sett av faktorer, dels utenfor kommunens handlingsrom.

Det er særlig innenfor områdesatsninger og fordeling av boliger for vanskeligstilte, kunnskap om forskjeller i helse og levekår kommer inn som et aktivt beslutningsgrunnlag i våre casekommuner.

### **Implikasjoner for kommunenes arbeid med bolig og folkehelse – og litt om videre forskning**

Oppsummert peker de kvantitative analysene som vi har gjennomført på viktigheten av å se bolig- og folkehelsepolitikken i sammenheng. Men det er ikke gitt at dette lar seg gjøre «i en håndvending»: Formell eller praktisk integrasjon av bolig- og folkehelsearbeidet – gjennom strukturelle grep, gjennom etablering av gode samarbeidsfora eller gode prosesser for planarbeidet – ser ut til komme i ulike former. Kommunene må selv bestemme hvordan denne samhandlingen skal skje. I de kvalitative delene av undersøkelsen finner vi imidlertid holdepunkter for noen grep som kan synes fordelaktige.

Samtidig er implementeringskjeden lang og sammensatt, og her er det helt klart et behov for mer kunnskap om kommunalt handlingsrom og kommunal styring i den videre implementeringen av ulike folkehelseperspektiver i boligpolitikken. Kommunenes handlingsrom defineres her i stor grad innenfor rammer som bare delvis er under kommunenes egen kontroll, og det gjør det enda viktigere å videreutvikle kunnskapen om forutsetningene for vellykket implementering av en mest mulig helhetlig politikk i skjæringsfeltet mellom bolig og folkehelse.

---

# Summary

*Lars Chr. Monkerud, Marit K. Helgesen, Arne Holm and Camilla Lied*  
**Integral planning – coordinated policies on public health,  
housing and dwelling conditions?**

NIBR Report 2015:22

## **Background and research questions**

Dwelling standards and conditions are important determinants of health. In a literature review in the initial part of the project we found a number of studies published after 2010 that demonstrated a clear connection between individuals' health outcomes and various aspects of their dwelling situation (to do with neighborhoods, the wider dwelling area, and with housing conditions).

Moreover, the reviewed literature regularly points out that undesirable traits related to dwelling conditions are often unevenly distributed in terms of individuals' socio-economic backgrounds: For example, problems of noise, air and water pollution are most likely encountered by low-income individuals, by social security recipients and by individuals living in city centers.

The research question following our literature review was twofold: On the one hand, only in very few and limited cases did the reviewed literature focus on Norwegian or Nordic settings. Thus, we saw the need for analysis of available Norwegian data. In addition, there was a lack of studies dealing with the important *public health* work conducted by Norwegian local governments, i.e. municipalities, as they are the prime agents for dealing with public health issues in Norway. Consequently, the two research questions in the present project are:

- Is there a connection between individuals' dwelling situation and health outcomes? How does problems with



noise, air and drinking water pollution affect individuals' health? And what – if any – is the relationship between such problems and the characteristics of the wider dwelling area (e.g. what is the role of urban vs. a rural environments). Are certain socio-economic groups more at risk? Insofar as such relationships do exist, this highlights the importance of *integrating* municipal public health with local dwelling and housing policy:

- How do municipalities *organize* the policy fields of public health, dwelling and housing as a *whole*? Are formal organizational measures important (e.g. consolidation of agencies)? Are certain institutional measures important, such as the employment of a public health coordinator? Conversely, is the process of *surveying living conditions and other challenges* or *good and practical planning processes* as likely to be critical for success?

### **Methods and study design**

Empirically our study puts to use both quantitative and qualitative designs and methods. In the first part we utilize a large survey (Difi) going to the Norwegian public (N=15,170 in two waves from 2009-10 and 2012-13). In *regression analyses* of responses to questions in this survey we may uncover certain patterns that have to do with how experienced problems with noise, air and drinking water relate to respondents' use of health services, i.e to visits to GPs, emergency services and hospitals, respectively, all indicating health outcomes. Furthermore, we may uncover how different socio-economic or geographically defined groups fare in terms of such experienced problems. In this way, the analyses may give some answers to the first research question raised above.

In a second part of the study, we take a closer look at how municipalities organize their work with both public health issues and dwelling and housing policies. In this qualitative part of the study we conducted *interviews* with key informants in different parts of the municipal organization (e.g. public health coordinators and/or municipal physicians), or we conducted *focused interviews* with groups of such informants. Beforehand, we selected four case municipalities – Bergen, Kristiansand, Fredrikstad and Melhus – basing our choice both on prior knowledge about municipalities'

current efforts to integrate policy areas, as well as on a desire for case variation along lines of population size, geographical location and municipalities' policy challenges. Also, in advance we prepared an *interview guide* so as to guide interviewers (the research team members) and to increase comparability between case interpretations. While *interview methods* such as these have certain advantages, e.g. a thorough understanding of the phenomenon under study, opportunities for generalization are less favorable. If anything, one may learn something about good and practical organizational structures from studying units that have progressed the most in terms of policy integration.

### **Qualities of dwelling areas and socio-economic inequalities: Results from quantitative analyses**

Analyses of responses from Difis surveys to all Norwegian inhabitants show that experienced problems with air and drinking water quality in individuals' dwelling areas is associated with more frequent visits to GPs, emergency services and hospitals. This indicates that such problems have real consequences in terms of worse health outcomes. Furthermore, analyses of responses to a question on "life satisfaction" show that dwelling area qualities, as well as individuals' income and housing conditions, are significantly and substantially correlated with satisfaction levels. This indicates that such characteristics of dwelling areas may have real consequences for individuals' "mental health" (since a number of studies find strong correlations between satisfaction and mental health measures). Specifically, higher household income, roomier accommodation and city center location is associated with higher satisfaction levels, as are higher levels of experienced air and drinking water quality.

In a final stage of the analysis results show that collective problems related to the dwelling area, i.e. experienced problems with noise, air and drinking water quality, are unevenly allocated in socio-economic terms. Specifically, low income groups in smaller residencies in city centers will experience the worst outcomes in this respect.

### **The formal and informal organization of the integration of public health, dwelling and housing policies: Results from interviews in case municipalities**

Municipalities follow two strategies in their efforts to coordinate public health issues into the dwelling and housing policy areas, namely formal organization and restructuring and planning. In order that public health issues are to be communicated vertically, municipalities transfer public health responsibilities out of the care sector and into units that are engaged with e.g. city planning and development, or even transfer it up to the level of the chief administrator's staff.

In addition, case municipalities set up cross-sectoral forums to better communicate public health issues across local service sectors.

A working public health perspective is nevertheless in need of a thorough base of knowledge in the form of surveys of local living conditions and their causes. In our analysis, this is perhaps the most important prerequisite for a well-functioning and cross-sectoral local public health policy.

Knowledge also needs to be communicated effectively across local service sectors. In other words, knowledge on living conditions and their causes, including those that stem from dwelling and housing conditions, needs to make its way into local plans at several levels. Whether this actually does happen is partly a question of local constraints with which local authorities can do little to overcome. Perhaps in an extension of this argument: One clear finding is that it is particularly in housing and dwelling policies towards the disadvantaged that case municipalities seem to make the most use of a public health perspective.

### **Implications for municipalities work with public health, dwelling and housing policies – and a note on further research**

In summary, results from analyses of survey data point towards the importance of viewing public health and dwelling and housing policies as one integrated policy field. However, municipalities have not adopted one, universal mode for dealing with this issue. One may, nevertheless, point to some characteristics of the policy organizing process that do seem to be agreeable (i.e. a focus on knowledge and communication). At the same time implementing a

public health perspective in all sectors, housing and dwelling included, could prove cumbersome, as was the argument above. Thus, future research should explore in greater detail what exactly are the constraints facing local authorities in their efforts to implement an even more coordinated policy for public health, dwelling and housing viewed as a whole.

# 1 Bakgrunn og problemstilling

## 1.1 Innledning

Å sikre innbyggerne tilfredsstillende boliger og boforhold er en del av den større velferdspolitikken i Norge (Meld. St. 17 2012-2013). Den nevnte meldingen påpeker videre at den boligen enkeltpersoner og familier er i stand til å skaffe seg og det boområdet de kan bosette seg i, henger sammen med utdanning, inntekt og arbeid. Bolig er altså et sosialt ulikefordelt gode. Ettersom helsen utvikler seg som et resultat av sosialt ulikt fordelte påvirkningsfaktorer og de påvirkningsfaktorene vi utsettes for tidlig i livet fortsetter å påvirke oss gjennom livets ulike stadier, argumenteres det for at bolig er en av determinantene som bestemmer helsen (Power og Kuh 2006, Dahlgren og Whitehead 1997). Utviklingen sist på 1900-tallet og i begynnelsen av dette århundret viser til at boligpolitikken er blitt mer og mer avregulert og overlatt markedet, som i dag er den viktigste fordelingsmekanismen for bolig. I denne rapporten skal vi undersøke nærmere i hvilken grad det kan påvises en mer eller mindre *klar sammenheng mellom boforhold og helse* – gjennom analyser av et tilgjengelig og omfattende surveymateriale (Difis innbyggerundersøkelser fra 2010-2013), samt se på *hvordan norske kommuner* – med ansvar for å planlegge og regulere *både på bolig- og helseområdet* – *organiserer seg for å møte utfordringer i skjæringsfeltet mellom de to*.

## 1.2 Bakgrunn

Det norske boligmarkedet er avregulert som resultat av en liberaliseringsprosess som har pågått siden 1980-tallet. Nå er det markedet som er den viktigste fordelingsmekanismen for bolig, dvs. at det er ikke universelle befolkningsrettede tiltak, som for

eksempel Husbankens utlånsvirksomhet utgjorde, som har til hensikt å hjelpe vanlige borgere uten sosiale problemer med å finne en god bolig. Det er også få standarder for hva som utgjør en god bolig mht størrelse og annet. Samtidig utvikles og gjennomføres det boligsosiale tiltak for grupper som har problemer med å komme inn på boligmarkedet, og for individer som opplever bostedsløshet. Slike tiltak iverksettes i tett samarbeid med kommunene, og kommunene har fått en rolle som sentrale aktører i boligpolitikken.

Kommunenes nye rolle medfører at de inngår som en av aktørene staten, ved Husbanken og andre aktører, er avhengig av for å få gjennomført den boligsosiale politikken. Folkehelsepolitikken har vært nokså konstant i myndighetenes søkelys, men med klart ulikt fokus. Først mot samfunnsskapt risikoer, dernest mot individuelle og til sist mot en kombinasjon av samfunnsskapt og individuelle risikoer. I Norge er det kommunene som har det utførende ansvaret for de fleste velferdstjenester, inkludert boligpolitikk, som de iverksetter i samarbeid med Husbanken. Det er derfor logisk at faktorene som påvirker helse også i Norge inkluderer bolig og at det kommunale nivået utforskes som aktuelt for å vurdere helse og boligpolitikk i sammenheng.

Formålet i Folkehelseloven fra 2011 er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse. Videre peker loven på at kommunene «skal fremme folkehelse innenfor de oppgaver og med de virkemidler kommunene er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting» (§4). I §5 fastslås det at kommunene, men også fylkeskommunene (§21), skal lage kunnskapsbaserte oversikter over lokale faktorer som påvirker helsen positivt og negativt. Oversiktene kan ta utgangspunkt i folkehelseprofilene som Folkehelseinstituttet gjør tilgjengelig for kommunene, men de krever også at kommunene gjennomfører innsamlings- og analysearbeid knyttet til egne tjenestesektorer og eget geografisk område. Oversiktene skal inneholde opplysninger om og vurderinger av befolknings sammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand (LOV 2011-06-24 nr. 29, Helsedirektoratet 2013). Kommuner skal altså skaffe seg oversikt over folkehelsen og definerer sine ressurser og sine folkehelseutfordringer som skal gå inn som grunnlag for planlegging etter plan og bygningsloven (FOR-2012-06-28-692).

Jfr. også definisjonen av folkehelsearbeid: «[...] samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bedrer helse» (Helsedirektoratet 2010).

Regjeringen.no forklarer folkehelsearbeid slik:

Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, og arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Folkehelse er altså et bredt felt og det er i hovedsak universelt,<sup>1</sup> dvs. som politikkområde er det rettet inn mot *alle* i den kommunale befolkningen. Boligpolitikken er basert i at markedet framskaffer bolig til rett tid og rett pris. Markedet vil likevel ikke være i stand til å skaffe bolig til sosialt utsatte grupper, og en boligpolitikk som fokuserer på slike grupper er selektiv og behovsprøvd (Meld. St. 17 2012-2013:13). Rett til bolig er ikke lovfestet og å skaffe bolig tolkes i de fleste tilfeller som en ikke-lovpålagt tjeneste for kommunene (Barlindhaug mfl. 2011). For å fremme sosial boligbygging og andre tiltak for å skaffe bolig til utsatte grupper har Husbanken siden 2006 målrettet politikken sin. Bostøtten har blitt mer målrettet, tilskuddet til utleieboliger har økt, Husbanken arbeider med bolig-, bo- og områdeutvikling, det gis grunnlån, støtte til bygging av kommunale boliger og investeringstilskudd til omsorgsboliger. Alle disse er selektive tiltak som skal bidra til å nå målsettingene i boligpolitikken:

- Bustader for alle i gode bumiljø
- Trygg etablering i eigd og leigd bustad
- Buforhold som fremjar velferd og deltaking

(Meld. St. 17 2012-2013:7)

Det kommunale planarbeidet, som altså folkehelsepolitikken skal være en input til, og som det boligsosiale arbeidet er en del av,

---

<sup>1</sup> I regjeringens definisjon sies det også noe om *utjevning*, dvs. det åpnes mot en viss selektivitet i folkehelsearbeidet, men FHfolkehelse er allikevel mer universelt innrettet enn boligpolitikken.

reguleres av Plan- og bygningsloven (PBL) fra 2008. Denne skal «fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og fremtidige generasjoner», «legge til rette for god forming av bygde omgivelser, gode bomiljøer og gode oppvekst- og levekår i alle deler av landet», samt «fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet» (MD 2008: § 1-1, 3-1 e, 3-1 f). Videre sier de statlige planretningslinjene for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging at det skal sikres god steds- og byutvikling, det skal legges til rette for bærekraftige byer og tettsteder, for verdiskaping og næringsutvikling, samt at helse, miljø og livskvalitet skal fremmes (KMD 2014).

Det pågår for tiden et interdepartementalt arbeid med å iverksette en strategi for boligsosialt arbeid, «Bolig for velferd (2014-2020)». Strategien eies av Arbeids- og sosialdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Deres respektive direktorater er direkte involvert i arbeidet med strategien. Det er altså satt i gang et samarbeid på departements- og direktoratsnivå selv om alle departementene også arbeider med egne tiltak og planer for å bedre levekår lokalt. Planene har et lokalt siktemål og de skal iverksettes i kommunene. Helsedirektoratet er ansvarlig for iverksettingen av Folkehelseloven som i all hovedsak peker på universelle tiltak, mens Husbanken har en rolle som velferds-politisk aktør gjennom å administrere et knippe med selektive boligpolitiske virkemidler og ved å fremme det boligsosiale arbeidet i kommunene. Rapporten tar opp hva som er mekanismene for at de stort sett universelle virkemidlene i Folkehelseloven og Husbankens stort sett selektive boligpolitiske virkemidler kan virke sammen på kommunalt nivå. Den overordnede problemstillingen er om de virker sammen som tverrsektorielle tiltak.

### 1.3 Styring og stivhengighet i kommuner

Norske kommuner har to roller: De er for det første velferdsstatens forlengede arm, og i den forstand skal de iverksette statlig politikk på lokalnivået. For det andre er de selvstendige demokratiske organer som selv bestemmer hvordan de ønsker å



prioritere mellom politikkområder og tjenester (Baldersheim og Ståhlberg 2002). Det meste av tjenesteproduksjonen og tjenesteytingen i den norske velferdsstaten er dermed desentralisert (Sellers og Lidstrøm 2007), og staten er i sterkere grad nå enn før oppmerksom på at den er avhengig av andre nivåer i styringssystemet og andre aktører for å få iverksatt sin politikk. Relasjonen mellom stat og kommuner kan utformes på ulike måter, og det har den siste tiden vært en bevegelse bort fra hierarkisk styring med fokus på prosedyrene beslutningstaking og planlegging, samt overveiende bruk av juridiske og økonomiske virkemidler og over på mer strategisk og relasjonell styring med markedsorienterte-, samt nettverksorienterte virkemidler (Osborne 2010, Helgesen mfl. 2014).

Slike endringer kan være avgjørende for *om* og eventuelt *hvordan* statlig politikk iverksettes lokalt. Det første spørsmålet er om kommunale myndigheter arbeider med den statlige politikken og tilpasser den til egen situasjon og behov. Vi finner for eksempel at det i 2014 kun er 38 prosent av kommunene som på et survey-spørsmål svarer et klart ja på at de har begynt arbeidet med oversikt etter Folkehelselovens §5 (Schou mfl. 2014). Stiavhengighet kan gi en ramme for å forstå prosesser knyttet til iverksetting av ny politikk. Stiavhengighet retter blikket mot institusjonelle og organisatoriske forhold som er bestemmende for utvikling av nye tiltak lokalt. Det innebærer at institusjonelle forhold skaper en sti som er forholdsvis stabil med hensyn til hvordan et politikkområde forstås, omtales, organiseres og reguleres, altså hvilke normer som er gjeldende. Nye stier formes av de gamle stiene, og endring kan bli vanskelig (Torfing 2001).

For å endre politikken kreves det at innarbeidede mønstre brytes og dermed at nye prosedyrer innføres. Vi ser for eksempel i analyser av folkehelsearbeidet at arbeidet følger godt opptrådte stier og at det kan være en utfordring å få kommuner til å vurdere 'nye' elementer, som levekårsutfordringer, som en del av folkehelse (Helgesen og Hofstad 2014). Den institusjonelle konteksten kan legge til rette for noen typer politikk og være en barriere for andre, det vil si at det er noen typer politikk som hele tiden inngår i sløyfer av positiv tilbakemelding knyttet til lover og reguleringer, normative og kognitive strukturer, samt tiltak, aktiviteter og aktører. Dette er prosesser som styrker tilbakemeldinger til aktører om politikk og tiltak. Tilbakemeldingene sørger for at eksisterende

politikk og tiltak styrkes fordi prosessen kommuniserer med maktfordeling og institusjonelle relasjoner i organisasjonen (Pierson og Skocpol 2002). Da styrkes eksisterende politikk og tiltak selv om dette kanskje ikke er intensjonen.

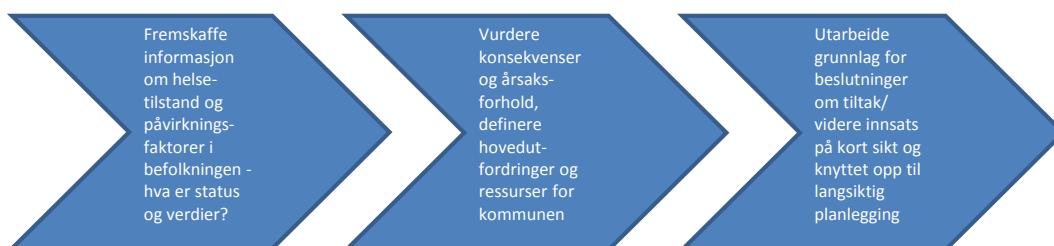
Slike erfaringer kan være utgangspunktet for at vi observerer at kommuner endrer sin organisasjon for å møte nye utfordringer. Endring av organisasjonen kan nettopp være de hendelsene som peker mot at det etableres muligheter til å se på politikken som føres og tiltakene som er en del av den, på nye måter. Hvis tilbakemeldingene på tiltak og politikk i større grad blir negative i karakter kan de kreftene som ønsker endring oppleve at det er de som styrkes. Vi vil fokusere på hva som kan medvirke til at stivhengigheten brytes.

Kan det skapes et slikt brudd med tilbakeføringsmekanismene «top-down», gjennom statlige styringsvirkemidler, eller er et brudd noe kommuner må finne ut av på egen hånd gjennom prøving og feiling og forsøk på nytenking?

Ettersom markedet er den viktigste fordelingsmekanismen i boligpolitikken er styringsvirkemidler, i den grad de finnes, lagt opp til å korrigere der markedet svikter. De virkemidlene som rettes mot kommuner er også rettet mot den sosiale boligpolitikken og vanskeligstilte på arbeidsmarkedet. Disse virkemidlene er i stor grad nettverksorienterte, i den forstand at kommunene oppfattes som partnere for staten i iverksettingen av politikken. Blant virkemidlene finner vi strategier og handlingsplaner, som ofte finansieres med stimuleringsmidler der kommuner selv står fritt til å bestemme om de skal søke om midler og om de skal delta. Boligpolitikken, og strategien som del av boligpolitikken, er et slikt virkemiddel som legger opp til at det tas i bruk selektive virkemidler lokalt. Folkehelseloven er et juridisk virkemiddel, og ved siden av at den slår fast at kommuner skal lage oversiktene over positive og negative faktorer som bestemmer helsen, er den en lov som stimulerer til at det kan etableres nettverk mellom fylkeskommuner og kommuner, mellom kommuner og mellom kommunale tjenesteenheter og sektorer. Den regulerer ikke kommunal organisering på noen måte, men peker på at kommuner har ansvaret for folkehelsepolitikken og at de kan bruke tverrsektorielt arbeid som et virkemiddel eller en strategi for å nå målsettingene loven legger fast.

Dette er spesielt tydelig i tilknytningen til planarbeidet, som viser til at folkehelse skal være et arbeidsområde for hele kommunen, ikke bare for helsesektoren, og i møtepunktet loven har med PBL. Loven har altså et fokus på tverrsektorielt arbeid, samt samarbeid og samordning. Figur 1.1 viser det systematiske folkehelsearbeidet slik loven legger opp til at det skal gjennomføres.

Figur 1.1 *Det systematiske folkehelsearbeidet. Kilde: Helsedirektoratet (2013)*



I folkehelsearbeidet oppfattes tverrsektorielt arbeid som en forutsetning for å lykkes (Axelsson og Axelsson 2007), og fokus på tverrsektorielt arbeid er blant annet utgangspunktet for at kommuner er anbefalt å etablere stillinger som folkehelsekoordinatorer (St.meld. nr. 16 2002-2003). Med utgangspunkt i folkehelse litteratur omtales tverrsektorielt arbeid litt løselig som «Health in All Policies» (HiAP). Dette begrepet omtaler den påvirkning politikk har på helse og determinantene, samt på helsesystemer, og tilnærmingen legger spesiell vekt på fordelingen av denne innflytelsen (Ollila 2011). Det er en målsetting at konsekvensene for helsen sosiale fordeling, av politikken og tiltakene som settes i verk, skal være kjent. Flere arbeidsredskaper kan være aktuelle, men helsekonsekvensutredninger blir viktige, i likhet med de oversiktene over helsetilstand og positive og negative faktorer for helsen som kommunene skal lage. Dette legger seg altså som ett av elementene i den midterste boksen i figur 1.1, men også i den siste. I denne sammenhengen er vi interessert i å forstå hele prosessen som skisseres i figuren.

Samarbeid er basert i en gjensidig forståelse hos to eller flere aktører som arbeider mot et felles mål. Videre må det være en forståelse for at dette bare kan nås gjennom å finne gjensidig aksepterte måter å omtale målet på og å løse utfordringer underveis på (Sørensen og Torfing 2013). Dette vil omfatte både

informasjon, konsultasjon, dialog og diskusjon, samt enighet om meninger og holdninger, som er de mest grunnleggende handlingene for å oppnå samarbeid. For å oppnå koordinering og samordning er samarbeid nødvendig, men ikke tilstrekkelig. Koordinering og samordning foregår innenfor overordnede mål og med fastlagte rammer, altså på systemnivå, og viser til at det foregår felles handling. Dette refererer til prosesser der det er bevissthet om hvordan ulike aktørers handlinger skal knyttes sammen innenfor en felles ramme for å trekke i samme retning (Fimreite og Læg Reid 2009). Det vil også kunne involvere etablering av nye former for arbeidsdeling mellom aktører som inngår i samarbeidet, både for å hindre dobbeltarbeid, men også for å oppnå synergieffekter og nytenking.

I litteratur om offentlig administrasjon omtales ofte samarbeid som at alle enheter som inngår i styring skal ses under ett. For å unngå det som kalles «silotenkning», eller at ulike enheter og sektorer ses isolert fra andre og blir såkalte «enkeltsaksenheter», eller at sektorer får for sterk egentyngde i sin relasjon med tilsvarende sektor på statlig nivå, kan lokale styringsenheter (som kommuner) utformes for å ta helhetlige hensyn. På engelsk omtales det som «whole-of-government» (Christensen og Læg Reid 2007), og det er mange strategier som tas i bruk i statlig styring av kommuner som peker i denne retningen. Når Folkehelseloven i §2 understreker kommunens ansvar for folkehelsearbeid, legges det opp til en slik strategi. Kommunene velger selv å iverksette en «whole-of-government»-strategi når de ansetter en koordinator som har hovedansvar for å koordinere folkehelsearbeidet. Dette er likevel bare én av flere slike strategier, andre er tverrsektorielle arbeidsgrupper og forankring av folkehelsearbeid sentralt i kommunen.

I spørsmålet om hvordan det systematiske folkehelsearbeidet kan gjennomføres og om tverrsektorielt samarbeid og koordinering fungerer, vil altså kommunal organisering spille en rolle. Den generelle utviklingen i kommuneorganisasjonen går mot det vi kan kalle helhetlig politikk og større grad av autonomi i yrkesutøvelsen (mer ansvar og beslutningsmyndighet til medarbeidere), samtidig som flere og flere politikkområder og tiltak krever tverrfaglig samarbeid og samordning. I dette bildet blir ledelse, og i særlig grad ledelse for å fremme tverrfaglig samarbeid, sentralt. Hvis kommunene skal lykkes i arbeidet blir ledelsens oppgave blant

annet å legge til rette for arenaer både for tverrfaglig samarbeid og samordning, og på ulike måter yte institusjonell støtte til medarbeideres beslutninger om å inngå i samarbeidsrelasjoner med andre enheter. Kommunale ledere på ulike nivåer må inngå i prosesser som gir medarbeidere myndighet til å inngå i samarbeidsrelasjoner. Ledelse og medarbeidere inngår dermed i bevisste og forhandlede prosesser om å iverksette samordning og samarbeid. Det skjer da en forankring av samarbeidet i den kommunale organisasjonen.

Samarbeid og koordinering kan være nye prosedyrer som tas i bruk for å møte en statlig forventning om å implementere politikk. Samarbeid og koordinering er dermed utfordrende, samtidig som det er utgangspunktet for at det kan foregå læring og nytenking i organisasjoner. Læring er flerfaglig og fordrer samarbeid, spesielt hvis læring igjen skal danne grunnlaget for innovasjon i politikk og tiltak (Sørensen og Torfing 2013). Det har vært en hypotese at flatere organisasjonsstrukturer er uheldig for faget (Fimreite mfl. 2007), altså innholdet i politikken, og dermed vil det også være uheldig for læring. Vi har likevel sett at kommunale organisasjoner som har etablert kommunalsjefmodell, som innebærer en flatere struktur enn sektormodeller, er i stand til å opprettholde det faglige fokuset (Hanssen og Helgesen 2012). Hjern (2007) argumenterer for at sterkt sektoriserede organisasjoner vil ha færre muligheter til å samarbeide, og dermed for både å lære og være innovative, enn organisasjoner som har et mer sammensatt organisatorisk bilde, og som organiserer seg for å møte behov de oppfatter at de har.

Innovasjon skjer i møtet mellom ulike sektorer og reorganisering blir dermed både en strategi kommuner tar i bruk for å iverksette statlig politikk, og for å få fram nye ideer og måter å gjennomføre politikk på. Samtidig vil den organisatoriske modellen som er valgt legge betingelser for det tverrsektorielle arbeidet de kan gjennomføre. Huxham og Vangen (2005) viser til at samarbeidet må styres, og at styring bør omfatte design av prosesser og strukturer hvis det skal være effektivt og fungere etter intensjonen.

## 1.4 Design og metode

I dette prosjektet spør vi: Hva skjer i møtet mellom folkehelse- og boligpolitikk i kommunene? Ser kommunen folkehelse og bolig i sammenheng, og inkluderes bolig i de levekårsutfordringene

kommuner lager oversikt over? Arbeides det tverrsektorielt med problemstillingene, og inngår det boligsosiale arbeidet i en større proaktiv og forebyggende tilnærming til levekårsproblematikk?

Den foreliggende studien består av en kvantitativ og en kvalitativ del. Først vil vi gjennomføre enkelte analyser av tilgjengelig kvantitativt materiale for å belyse noen bolig-helse-sammenhenger i en norsk kontekst (jf. vår anbefaling i rapport 2014:16, s. 11, siste avsnitt). Et overordnet spørsmål er selvsagt om man generelt kan se tydelige berøringspunkter mellom bosituasjon og helseutfall. Hvor sterke sammenhenger ser man? Og hvor stor påvirkning på helsetilstanden synes forhold som har med bosituasjon å ha – sammenlignet med *andre* forhold man vet påvirker helse? Først når slike berøringspunkter kan dokumenteres, og i den grad disse er betydelige, kan man argumentere for at kommunenes arbeid med *helsefremmende tiltak gjennom boligvirkemidler* blir *svært viktig*. Analysene av et stort surveymateriale – Difis innbyggerundersøkelse (2010-2013) – som bla. registrerer folks opplevde problemer med bosituasjonen, kan bidra til å besvare slike spørsmål. Dessuten vil denne kvantitative analysen kunne være et godt utgangspunkt for valg av case-kommuner: Ellers like kommuner som er forskjellige med hensyn til ulike i) utfordringer (for eksempel særlige levekårsproblemer) og ii) forutsetninger (for eksempel kommunestørrelse) kan være nyttige å sammenligne siden vi på denne måten kan poengtere de nevnte forskjellene (langs enten i) eller ii)).

Hovedtyngden av undersøkelsen vil dreie seg om *hvordan* bolig-politikk og folkehelse ses i sammenheng på kommunalt nivå. Ved hjelp av intervjuer med nøkkelpersoner og fokusgrupper vil vi søke å kartlegge kommunenes egne erfaringer i arbeidet med boligsosiale spørsmål og hvordan dette rammes inn i et forebyggende og folkehelsepolitisk perspektiv (jf. anbefaling samme sted). Vi beskriver kort de ulike delene av undersøkelsen nedenfor.

#### 1.4.1 Gjennomføring og data for kvantitative analyser

I NIBR-rapport 2014:16 (Helgesen mfl.) gjennomførte vi en litteraturstudie for å kartlegge mulige årsaksforhold mellom boligsituasjon og helse. Studien fokuserte på hypoteser om hvordan bolig og boområde kan påvirke helse, presentert i tabell 1.1 (se også tabellene 2.1 og 5.1 i nevnte rapport). I denne første

delen av prosjektet vil vi benytte oss av foreliggende og lett tilgjengelige data for å prøve noen hypoteser på norske forhold.

Tabell 1.1 *Hypoteser om forholdet mellom bomiljø og helse*

	<b>Bomiljø – mellom husene</b>	<b>Boligen</b>
<b>Fysisk helse</b>	Utsatthet for støy, utslipp, nærhet til rekreasjon og private og offentlige tjenester, tilgang til kollektivtransport	Inneklima, fukt, kulde, radonstråling, sol- og dagslysforhold, boligens størrelse (trangboddhet)
<b>Psykisk helse</b>	Identitet og tilhørighet, status, trygghet, mening, sosial kapital	Identitet og tilhørighet, trygge boforhold (eie/leie). Vedlikehold

I de kvantitative analysene skal vi benytte oss av Difis innbyggerundersøkelser (fra 2009-10 og 2012-13), som inneholder enkelte spørsmål om boligforhold (for eksempel disposisjonsform og antall husstandsmedlemmer), spørsmål om bruk av kommunale helse- og pleietjenester, spørsmål om den enkelte respondents opplevde «tilfredshet med tilværelsen», samt spørsmål om opplevd drikkevanns- og luftkvalitet i boområdet og opplevde problemer med støynivået.<sup>2</sup> Det vil altså være mulig å etterprøve noen av de hypotesene som gjenfinnes i øverste rute til venstre i tabell 1.1, samt å undersøke sammenhenger mellom boforhold og «mental velvære» (som nevnes i nederste venstre rute i tabellen).<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Se <http://www.difi.no/innbyggerundersokelsen/>). En tredje bølge – med data for en tilsvarende undersøkelse for 2014-15 – er nå tilgjengelig (men prosjektet har ikke hatt tid til å tilrettelegge disse for benyttelse i analysene).

<sup>3</sup> Difis innbyggerundersøkelse er godt egnet for å belyse mulige «robuste» effekter av for eksempel boligforhold på mental helse eller «tilfredshet» (*happiness*) i norsk sammenheng, sett opp mot mønstre som gjenfinnes i andre land (se for eksempel Peiro (2007) for en oversikt).

Fordelen med dataene fra Difis undersøkelser er at de foreligger på individnivå, at materialet er forholdsvis omfattende (N = 12 000 i hver bølge), at det opplyses om bosted (kommunennummer) – slik at stedlige politiske og organisatoriske forhold lett kan kontrolleres for – og at det inneholder et rikt batteri av individuelle bakgrunnsvariabler (husstandsinnkomst, arbeidsstatus, disposisjonsform, antall husstandsmedlemmer, antall barn i husstanden mv.). En ulempe er uansett at dette dreier seg om tverrsnittsdata, dvs. de gir ikke anledning til å følge individuelle forløp med hensyn til bolig-situasjon og helsetilstand. En kan imidlertid gjennomføre kontrollerte tverrsnittsanalyser for sammenligning over tid, der det også kan sammenlignes med resultater fra tilsvarende analyser for andre land<sup>4</sup>

I kapittel 2 gjennomføres en rekke (regresjonsbaserte) analyser av materialet fra Difi, der vi spør om trekk ved bosituasjonen har sammenheng med helsesituasjonen til den enkelte, om ulike helseutfordringer, som har med bosituasjon å gjøre, er sosialt ulikt fordelt og om ulike typer kommuner (gitt ved organisering, kommunestørrelse mv.) synes å ha en fordel med hensyn til å møte slike problemer.

#### 1.4.2 Kvalitativ undersøkelse: Kommunenes boligpolitiske arbeid i et helse- og folkehelseperspektiv

Gjennomgangen i Helgesen mfl. (2014) viste at helse- og velværeproblemer i stor grad har sammenheng ikke bare med bolig- og bosituasjon, men også med videre forhold – det større nærmiljøet, samt med individuelle sosioøkonomiske forhold (utdanning, inntekt mv.). Samtidig ser vi, både i norsk og

---

<sup>4</sup> En annen lett tilgjengelig datakilde er EU-Silc data (se <http://www.nsd.uib.no/nsddata/serier/levekaarundersokelser.html>), som også inneholder mange av den samme typen spørsmål (opplevd helse og boforhold). En potensiell fordel med disse dataene er at de (delvis) er et *individpanel*, dvs. de gir muligheter for å følge et forløp for et enkeltindivid (gjennom for eksempel forverrede boforhold til sykdom og ytterligere forverring av boforhold mv.). Data i denne formen er imidlertid ikke allment tilgjengelige for forskerfellesskapet (selv om de feilaktig har blitt fremstilt som et individpanel av NSD inntil nylig). Siden Difis data er mer omfattende (N = 12000 per bølge vs. N = 5-6000 for EU-Silc), og siden førstnevnte kan kobles til bosted har prosjektet valgt å fokusere analysene rundt disse.



internasjonal sammenheng, en tendens til at faktorer som ligger bak helse- og velværeproblemer er *ujevnt* fordelt i befolkningen – dvs. at visse utsatte grupper lider under en opphoping av *både* dårlige boforhold, lav inntekt, andre sosiale utfordringer mv. (se for eksempel Baker mfl. 2013; St.meld. nr. 50 (1998-99)). Støtten kommunene har fra staten for å føre bolig-, men også folkehelsepolitikk, er i stor grad det som er nedfelt i Folkehelseloven og Plan- og bygningsloven (PBL). De to politikkområdene møtes i disse lovene som viser til hverandre. PBL er et viktig folkehelsepolitisk redskap, mens en av våre hypoteser er at Folkehelseloven potensielt kan gjøres til et viktig boligpolitisk redskap (Helgesen mfl. 2014:125). I lys av funn i den kvantitative delen av prosjektet vil hovedproblemstillingene i den kvalitative delen av prosjektet være som følger:

- Inkluderer kommuner bolig og bomiljø i sin oversikt over folkehelsearbeidet? Ligger oversikten som grunnlag for prioritering i kommuneplanen og dermed som grunnlag for den generelle boligpolitikken kommunene fører?
- Hvordan håndterer kommunene de særskilte boligsosiale utfordringene de står overfor? Har kommunene en helhetlig boligpolitikk? Og ser de den boligsosiale planen i sammenheng med kommuneplanen, spesielt med arealdelen?

Det lokale helse- og folkehelsearbeidet bør være *sektorovergripende* (Helsedirektoratet 2013, 2010). Det kan altså sies å være et *særskilt* behov for god koordinering mellom sektorene, både på statlig, regionalt og lokalt nivå, for å oppnå gode resultater i helse- og folkehelsearbeidet: Ikke bare må de ulike sektorenes arbeid avpasses med hensyn til mulige berøringspunkter – i folkehelsearbeidet vil sektorene *i stor grad* også måtte opptre på *én og samme arena*, dvs. i et forum som legger til rette for tverrsektorielt samarbeid. Eksempler på slike fora kan være selve arbeidet med oversikten, planstrategi, kommuneplan eller kommunedelplaner, eventuelt at det eksisterer en fast møteplass for tverrsektorielt arbeid generelt som berører bolig og helse.

Prosjektet har gjennomført kvalitative undersøkelser i fire kommuner. Disse er Fredrikstad, Bergen, Kristiansand og Melhus, som er valgt ut på bakgrunn av at de har satt i gang prosesser for å

utforme en helhetlig boligpolitikk. Alle kommunene er ikke nødvendigvis i havn med dette, men fordi de har satt i gang prosesser for å nå dette målet har de også gjort noen bevisste valg knyttet til tanker om hvordan målet kan nås. Kommunene utgjør ikke et representativt utvalg – med hensyn til for eksempel størrelse og lokalisering – men det er et selvstendig poeng at man undersøker kommuner som har hatt (noe) suksess i sitt arbeid med å lage oversikter over positive og negative faktorer som påvirker helsen og som planlegger for gode boliger for alle. Intervjuene er, så langt det har latt seg gjøre, gjennomført som fokusgruppeintervjuer. Der det ikke har vært mulig å gjennomføre fokusgrupper, har vi gjennomføre individuelle intervjuer.

I intervjuene har vi snakket med sentrale aktører fra planlegging/teknisk etat, helse (helsestasjons-/skolehelsetjenesten, pleie og omsorg, psykisk helse, rus) og oppvekst (barnehager, barnevern, skoler). Aktører innenfor disse områdene av kommunal tjenesteproduksjon kan ha synspunkter på bolig og helse, samt på sosial ulikhet, som det kan være interessant å se i sammenheng med resultater fra de kvantitative analysene.

I forkant er det utarbeidet en intervjuguide (se appendiks) som skal lede samtalen gjennom de ulike temaer og problemstillinger (om dette, se del 1.5 nedenfor), og vi gjennomfører analyser av det kvalitative materialet fra intervjuene i kapittel 3 (om folkehelse i planleggingsverket) og kapittel 4 (om samarbeid og koordinering). Kapittel 5 oppsummerer funnene fra den kvalitative delen av undersøkelsen. Den kvalitative analysen vil også bestå av dokumentanalyse av statlige politikkdokumenter, samt planer og andre dokumenter fra de kommunene vi gjennomfører intervjuer i.

## 1.5 Videre om problemstillinger for prosjektet og gangen i rapporten

I den kvantitative delen av undersøkelsen spør vi:

- Hvordan henger bosituasjonen sammen med helse for befolkningen? Er visse (potensielle) helseproblemer som springer ut av bosituasjonen spesielt fremtredende for utsatte grupper?

- Hvordan vil så kommuner designe strukturene og prosessene for møtet mellom den universelle folkehelsepolitikken og den mer selektivt orienterte boligpolitikken? I den kvalitative delen av undersøkelsen spør vi:
- Arbeider kommunene med oversikt over helsen, og, dersom det er tilfellet, hvordan gjennomføres dette arbeidet og er bolig og boområder inkludert? Er levekårproblematikk, samt oppvekstmiljø generelt, inkludert? Brukes denne oversikten for å prioritere blant kommunale ansvarsområder?
- Brukes oversikten for å etablere forebyggende strategier for å bedre levekår? Er aktører i kommunene opptatt av relasjonen mellom boområder og faktorer som trafikk og veisystemer, forurensing (til luft, støy), trygghet, kriminalitet, høy leieandel og fraflytting? Er de opptatt av at barn påvirkes mer enn voksne av å bo i dårlige boliger og boområder?
- Inkluderes bolig i en helhetlig strategi i kommunene? Hvordan foregår kommunenes strategiske planlegging? Involverer den selektiv boligplanlegging, dvs. lager kommunen en egen boligsosial temaplan? Rulleres denne, eller inkluderes det boligsosiale elementet i kommuneplanens samfunnsdel og økonomiplanen – eller gjøres begge deler? Oppfatter kommunene at de er rustet til å forhandle med markedsaktørene på boligfeltet? Hvordan gjennomføres slike forhandlinger?
- Hvordan organiserer kommunen seg for å arbeide tverrsektorielt med bolig- og levekårsspørsmål? Hvordan er arbeidet forankret i den kommunale organisasjonen og hvem er deltakende aktører? Hvordan organiseres prosessene, dvs. hvordan gjennomføres et eventuelt konkret samarbeid og hvordan foregår koordineringen? Hvordan er roller og ansvarsområder definert? Hvilken kompetanse har kommunene om folkehelse og boligsosiale spørsmål? Hvilken kompetanse kan det være ønskelig å ha?

- Medfører organisering og prosess at det foregår nytenking omkring levekår og bolig? Hva består denne eventuelt i?
- Omfatter levekårsfokus at det tilbys boligområder med varierte omgivelser som har tilgang på et variert sett av offentlige og private tjenester, samt tilgang til fysisk aktivitet og såkalt «nærfriluftsliv»? Er kommunene opptatt av at boområder skal bidra positivt til at det bygges sosial kapital mellom innbyggerne og at de skal redusere sykdom?

I kapittel 2 presenteres resultater fra den kvantitative analysen av surveymaterialet. Her ser vi på den enkeltes tilbøyelighet til å oppsøke fastlege, legevakt og sykehus på bakgrunn av opplevd støynivå og luft- og drikkevannskvalitet i boområdet, samt på hvordan slike eventuelle problemer med boområdet er sosialt fordelt. I hvilken grad er det for eksempel slik at sosio-økonomisk utsatte grupper også opplever de største problemene med støy og luft- og drikkevannsforurensning i sine nærområder?

Kapittel 3 ser dernest på ulike organisatoriske modeller for samordning av helse- og boligfeltet i de fire casekommunene – for med det å kunne peke på mulige gode organisasjonsmodeller for god samhandling og koordinering mellom folkehelse og bolig.

Deretter, i kapittel 4, vil vi se nærmere på planleggingsatferden, som utgjør en annen mulig arena for å se folkehelse og bolig i sammenheng. Utarbeides det for eksempel et felles arbeidsdokument som er felles for bolig- og folkehelsearbeidet, slik det blant annet forutsettes i §5 i Folkehelseloven? Og dernest, er det slik at man er på vei mot helhetlige dokumenter som rommer både bolig og folkehelse som perspektiv, eventuelt, hvordan koordineres dette om det utarbeides separat? Formell og uformell representasjon i arbeidsutvalg kan her være et grep. I sammenheng med planlegging som virkemiddel, vil vi også se nærmere på i hvilken grad kommunene har planmessige offensive grep som ser bolig og folkehelse i sammenheng, og hva som eventuelt er fokus i disse.

Kapittel 5 oppsummerer funnene i de foregående kapitlene og kommer med enkelte anbefalinger.

## 2 Analyser av boforhold og helse – med data fra Difis innbyggerundersøkelser

### 2.1 Innledning

I dette kapittelet benytter vi oss av data fra Difis innbyggerundersøkelse fra henholdsvis 2009-10 og 2012-13 for å belyse sammenhenger mellom visse trekk ved bosituasjonen og enkeltindividers helse. I analysene som følger ser vi spesielt på opplevd luft- og drikkevannskvalitet i boområdet, samt på opplevd støynivå (jf. sammenhengene som ble beskrevet i figur 1.1). Slike kvaliteter ved boområdet er selvsagt et viktig anliggende for kommuner når de skal planlegge og regulerer for gode boliger. Spørsmålene omkring dette i spørreundersøkelsene var:

*Hvor godt eller dårlig mener du at det følgende er i din kommune?*

- i. støynivået der du bor...*
- ii. luftkvaliteten der du bor...*
- iii. drikkevannskvaliteten der du bor...<sup>5</sup>*

der respondentene ble bedt om å rangere kvaliteten langs disse dimensjonene på en sju-punkts-skala fra -3=«svært dårlig» til +3=«svært godt» (der disse i analysene omkodes til en skala fra -1 til +1). I analysene skal vi se dette i sammenheng med den enkeltes

---

<sup>5</sup> Spm. 13 i spørreskjema for 2014-15-undersøkelsen. Se <https://www.difi.no/sites/difino/files/innbyggerdelen.pdf> for spørreskjema og <https://www.difi.no/rapporter-og-undersokelser/statistikk-og-undersokelser/innbyggerundersokelsen-2015> for de samlede undersøkelser (bla. for nedlasting av data).

bruk av helsetjenester – som en indikasjon på helsetilstanden: I undersøkelsen ble det i denne forbindelse stilt spørsmål om

*I hvilken sammenheng har du erfaring med/ har du vært i kontakt med noen av de følgende tjenestene de siste 12 månedene?*

- i. fastlege*
- ii. legevakt*
- iii. sykehus<sup>6</sup>*

Vi skal også se hvordan mulige problemer i boligområdet (gitt ved støy og luft- og drikkevannskvalitet) henger sammen med en generell «tilfredshet med tilværelsen». Her ble det stilt et spørsmål om

*Hvor fornøyd eller misfornøyd er du alt i alt med din tilværelse?<sup>7</sup>*

der man kunne svare på en sju-punkts-skala fra -3=«svært misfornøyd» til +3=«svært fornøyd». I analysene skal vi benytte dette som et mål på «mental velvære» – slik at dette kan si noe om «mental helse».

Til sammen 23 789 respondenter deltok i de to undersøkelsene ( $N_{2010}=12\ 648$  og  $N_{2013}=11\ 141$ ). I analysene som følger vil det være svært viktig å ta hensyn til andre sosio-økonomiske trekk ved respondentene – for å kunne isolere effekter av opplevde boområdeproblemer best mulig. Vi skal her ta hensyn til den enkelte respondentens kjønn, alder, yrkesstatus, høyeste utdanning, sivilstand, antall husstandsmedlemmer, antall barn i husholdningen, husstandsinntekten, samt boform (enebolig, rekkehus mv.), boområdetype (småby, sentrum mv.) (der alle disse egenskapene registreres i og med besvarelse av spørreskjemaet). I enkelte analyser skal vi også kontrollere for hvordan respondentene sier seg fornøyd med det å bo i kommunen

---

<sup>6</sup> Spm. 57. Vi diskuterer dette målet nærmere i analysen: Det er selvsagt ikke gitt at dette fanger opp helsetilstand så mye som *opptatthet av helse*.

<sup>7</sup> Spm. 72.

Tabell 2.1 *Deskriptiv statistikk for analysevariabler (bruk av helsetjenester, sosio-økonomisk bakgrunn, boforhold, og tilfredshet med ulike sider av kommunen) (N=15 170)*

Variabel	Min.	Gjn. snitt	Maks.	Std. avv.
Har besøkt fastlege siste 12 mnd. (=1)	0	0,74	1	-
Har besøkt legevakt siste 12 mnd. (=1)	0	0,34	1	-
Har besøkt sykehus siste 12 mnd. (=1)	0	0,37	1	-
Har hatt kontakt med sykehjem siste 12 mnd. (=1)	0	0,03	1	-
Har hatt kontakt med hj.sykepl. siste 12 mnd. (=1)	0	0,03	1	-
Har hatt kontakt med hjemmhj. siste 12 mnd. (=1)	0	0,03	1	-
Mann (=1)	0	0,50	1	-
Alder	18	49,2	99	16,5
Arbeidsledig (=1) <sup>a)</sup>	0	0,01	1	-
Student (=1) <sup>a)</sup>	0	0,05	1	-
Pensjonist (=1) <sup>a)</sup>	0	0,17	1	-
Trygdet (=1) <sup>a)</sup>	0	0,08	1	-
Hjemmeværende(=1) <sup>a)</sup>	0	0,01	1	-
Annen status (=1) <sup>a)</sup>	0	0,01	1	-
Grunnskole (=1) <sup>b)</sup>	0	0,15	1	-
Yrkesskole (=1) <sup>b)</sup>	0	0,15	1	-
Videregående skole (=1) <sup>b)</sup>	0	0,26	1	-
Samboer (=1) <sup>c)</sup>	0	0,18	1	-
Ugift (=1) <sup>c)</sup>	0	0,14	1	-
Tidligere gift (=1) <sup>c)</sup>	0	0,10	1	-

generelt, for hvordan de opplever kvaliteten på tjenestene kommunen tilbyr, samt for hvor fornøyd man er med hvordan kommunepolitikere lytter til innbyggernes synspunkter.<sup>8</sup> Tabell 2.1 viser deskriptiv statistikk for analysevariablene.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> Henholdsvis spm. 17, 22 og 25, der svarene gis på en skala fra -3 (misfornøyd) til +3 (fornøyd), der disse i analysene er omkodet til en skala fra -1 til +1.

<sup>9</sup> Etter frafallet som skyldes at ikke alle svarer på alle de aktuelle analyse spørsmålene, gir dette et utvalg på N=15 170 (N<sub>2010</sub>=8 312 og N<sub>2013</sub>=6 858), som allikevel er et betydelig datatilfang.

Tabell 2.1: *Forts.* (N=15 170)

Variabel	Min.	Gjn. snitt	Maks.	Std. avv.
Antall husstandsmedlemmer	1	2,74	14	1,34
Ett barn i husstanden (=1) <sup>d</sup>	0	0,15	1	-
To barn i husstanden (=1) <sup>d</sup>	0	0,15	1	-
Tre barn i husstanden (=1) <sup>d</sup>	0	0,05	1	-
Flere enn tre barn i husstanden (=1) <sup>d</sup>	0	0,01	1	-
Husstandsinntekt (kr.) < NOK 150 000 (=1) <sup>e</sup>	0	0,04	1	-
150 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 300 000 (=1) <sup>e</sup>	0	0,12	1	-
300 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 400 000 (=1) <sup>e</sup>	0	0,13	1	-
400 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 500 000 (=1) <sup>e</sup>	0	0,12	1	-
500 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 600 000 (=1) <sup>e</sup>	0	0,11	1	-
600 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 700 000 (=1) <sup>e</sup>	0	0,12	1	-
1 mill. ≤ Husstandsinntekt (kr.) (=1) <sup>e</sup>	0	0,13	1	-
Rekkehus (=1) <sup>f</sup>	0	0,14	1	-
Leilighet (=1) <sup>f</sup>	0	0,22	1	-
Hybel (=1) <sup>f</sup>	0	0,02	1	-
Annen boligstatus (=1) <sup>f</sup>	0	0,01	1	-
Sentrum i storby (=1) <sup>g</sup>	0	0,08	1	-
Storby (=1) <sup>g</sup>	0	0,19	1	-
Forstad til storby (=1) <sup>g</sup>	0	0,11	1	-
Småby (=1) <sup>g</sup>	0	0,21	1	-
Spredtbygd strøk (=1) <sup>g</sup>	0	0,18	1	-
Opplevd (lavt) støynivå	-1	0,54	1	-
Opplevd luftkvalitet	-1	0,66	1	-
Opplevd drikkevannskvalitet	-1	0,75	1	-
Tilfredshet med tilværelsen	-3	1,96	3	1,02
Tilfredshet med kommunen som bosted	-1	0,52	1	0,35
Tilfredshet med tjenestene kommunen tilbyr	-1	0,29	1	0,38
Tilfredshet med kommunepolitikernes lydhørhet	-1	0,08	1	0,49

*Forklaring:* a) referansekategori er yrkesaktiv (=1), b) referansekategori er høyskole- el. universitetsutdanning (=1), c) referansekategori er gift (=1), d) referansekategori er ingen barn (=1), e) referansekategori er 700 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 1 mill., (=1), f) referansekategori er enebolig (=1), g) referansekategori er tettsted i landkommune (=1).



Tabellen inkluderer også mål for om den enkelte respondent har hatt kontakt med sykehjem (dvs. en indikator for om vedkommende er pasient der), hjemmesykepleien og hjemmehjelp – som vi vil ta hensyn til i enkelte analyser.<sup>10</sup> En ser i tabellen at de fleste variabler har god spredning – for eksempel har 74 prosent besøkt fastlege i løpet av det siste året, og rundt 35 prosent har vært i kontakt med legevakt og sykehus. Når det gjelder de variablene vi er spesielt interessert i – opplevd kvalitet med hensyn til støy, luft og drikkevann – ses at innbyggerne i snitt er relativt fornøyde (med godt positive snittskårer, der 0 betyr «verken eller») og at man også i snitt er relativt godt fornøyd med tilværelsen (snittskåre på 1,96 der 3 er maksimum).<sup>11</sup>

## 2.2 Innbyggernes bruk av helsetjenester: Betydningen av boforhold

I denne delen av analysen ser vi på befolkningens bruk av selektive helsetjenester, nærmere bestemt hvorvidt man oppsøker fastlege, legevakt eller (innlegges på) sykehus – og hvordan dette kan forklares av bosituasjonen. En naturlig hypotese er at økt støy og større problemer med luft- og drikkevannskvalitet vil øke omfanget av slik helsetjenestebruk. Nedenfor gjennomfører vi derfor (logistiske) regresjonsanalyser med bruk av slike helsetjenester som avhengig variabel, som altså skal forklares med blant annet boforhold, men også med ulike sosio-økonomiske bakgrunnskjenne tegn ved respondentene som forklaringsvariabler. Spørsmålet er om enkeltpersonens bruk av helsetjenester har sammenheng med boforhold, hensyn tatt til andre sosioøkonomiske kjennetegn.

Før vi ser på analyseresultatene skal vi peke på noen mulig forbehold. For det første vil det være vanskelig å kontrollere (statistisk) for alle forhold som kan påvirke helse og helsetjenestebruk. Ikke minst gjelder dette en tendens til seleksjon «inn i

---

<sup>10</sup> Alle delspørsmål under spm. 57 (i 2014-15-skjemaet).

<sup>11</sup> Innbyggerne er også godt fornøyd generelt med kommunen som bosted (snittskåre på 0,58), ikke så fornøyd med tjenestene kommunen leverer (snittskåre på 0,29) og ganske «dunkne» med hensyn til kommunepolitikernes lydhørhet overfor befolkningen (snittskåre på 0,08).

interessekategorien» (her: opplevd støy-, og luft- og drikkevannsproblemer). Med andre ord kan en observert effekt av opplevde problemer med støy (dels) skyldes at personer med ellers urelaterete helseproblemer (og tilhørende bruk av helsetjenester) av ulike årsaker *havner* i områder med mye støy-, luft- og drikkevannsproblemer.<sup>12</sup> I den grad det er tilfelle kan man ikke tolke effekten som en *kausaleffekt*. I en slik situasjon er det svært viktig at det tas hensyn til (kontrolleres statistisk for) (ideelt sett) «alle relevante» tredjevariabler – særlig slike som inntekt, som en må anta bestemmer mye av bosituasjonen (dvs. det man har råd til av bolig og bosted). Ideen er da at man kan sammenligne personer med (nokså) lik inntekt, og nokså lik bosituasjon ellers, med hensyn til hvor mye større helsetjenesteforbruk som følger av større (opplevde) problemer med støy og luft- og drikkevannskvalitet. Difis innbyggerundersøkelse er, som nevnt, rikt på slike «relevante» tredjevariabler.

For det andre, er det altså ikke helsetilstand direkte som måles i analysene, men helsetjenestebruk. Et slikt mål kan med andre ord like gjerne fange opp «opptatthet av helse».<sup>13</sup> På denne måten må analyseresultatene tolkes med noe forsiktighet. På den annen side – gitt at man evner å ta hensyn til «alle relevante tredjevariabler» – vil effektene i alle fall kunne tolkes som indikatorer for økt *helsetjenesteforbruk*. En effekt av for eksempel lavere støynivå vil da kunne gi holdepunkter for myndighetene om at en innsats for å redusere støy vil kunne være besparende (med hensyn til bruk av kostbare helsetjenester, uavhengig av reelle helsegevinster). Dessuten, i en del av analysene benytter vi «tilfredshet med tilværelsen» som

---

<sup>12</sup> For eksempel fordi de i et lengre forløp 1) får helseproblemer og 2) mister inntekt på grunn av dette og 3) havner i mindre «dyre» boområder med støy- luft og drikkevannsproblemer. Derom man i en slik situasjon skulle kunne fjerne støy-, luft og drikkevannsproblemene ville det altså ikke hatt noen umiddelbar helseeffekt (som vil være et kriterium dersom det er snakk om en *kausaleffekt*). Dette gjelder også dersom de opprinnelige helseproblemene under 1) skyldes (langvarig) utsatthet for støy-, luft- og drikkevannsproblemer (en kan altså rimeligvis anta at det i helse-bolig-forholdet er snakk om et problem med «gjensidig kausalitet» når påvirkning fra det ene fenomenet til det andre skal analyseres).

<sup>13</sup> I noen grad kan dette etterspores i forskjeller mellom grupper i benyttelsen av fastlege (ved «opptatthet av helse») og legevakt (ved akutte skader eller sykdom). Se kommentarer i analysedelen

avhengig variabel – slik det kan måle noe (i nærheten av) en opplevd (mental) helsetilstand.

For det tredje, kan det være en fordel at målet vi benytter som avhengig variabel er *konkret*, dvs. spør om faktiske besøk hos lege mv. heller enn en *holdning* til egne opplevelser, der sistnevnte kan være mer mottagelig for *rasjonalisering* på samme måte som *opplevede* støy-, luft eller drikkevannsproblemer vil være det. Med andre ord, kan en generell «misfornøydhets» naturlig gi seg utslag i at man også er misfornøyd med de umiddelbare omgivelsene (støy, luft, drikkevann), slik at dette ikke har noe videre med et *kausalt* forhold mellom støy-, luft- og drikkevannsproblemer som *årsak* og generell tilfredshet (med helsa eller ellers) som *virkning* å gjøre. I analysene der vi allikevel ser på variasjonen i generell «tilfredshet» søker vi å ta hensyn til slike tendenser ved å kontrollere for «tilfredshet» med andre aspekter ved kommunen (som bosted generelt, som tjenesteleverandør og som politisk fellesskap).<sup>14</sup>

I analysene benytter vi oss av logistisk regresjon – siden de avhengige variablene strengt tatt er kategoriske – både binær logistisk regresjon, der den avhengige variabelen er en dikotomi (for eksempel for legebesøk), og ordinal logistisk regresjon, der den avhengige variabelen (strengt) tatt består av rangerte valg (uten at avstanden mellom valgene egentlig spiller noen rolle; for eksempel for «tilfredshets»-variabelen). Og for å ta hensyn til at respondentsvarene mest sannsynlig er korrelerte innenfor den enkelte kommunen – siden mye av opplevd tilfredshet eller av helsetjenestetilbudet bestemmes av forhold innenfor den enkelte kommunen – *clusters* standardfeilene på kommunenivå (Moulton 1990). I tabell 2.2-2.4 vises resultatene fra analysene av henholdsvis fastlege- og legevaktbesøk samt sykehusopphold i løpet av det siste året.

I analysene benyttes en kurvlineær spesifisering mht. alder: Dette er et vanlig grep i forskningen omkring «tilfredshet» (jf. for eksempel Piero (2007), der en ser et «robust» bunnpunkt for «tilfredshet» eller «dykke» midt i et typisk livsløp).

---

<sup>14</sup> Der ideen altså er å sammenligne individer med hensyn til betydningen av opplevede støy-, luft- og drikkevannsproblemer som har samme generelle «tilfredshetsnivå».

Tabell 2.2 *Betydningen av boforhold og sosio-økonomiske bakgrunns-egenskaper for **besøk hos fastlege** i løpet av de siste 12 mnd. (=1). Binær logistisk regresjon med clustring på kommunenivå. (N=15 170)*

Variabel	Estimat	St.feil	
2013 (=1)	0,78	0,04	***
Har hatt kontakt med sykehjem siste 12 mnd. (=1)	0,62	0,13	***
Har hatt kontakt med hj.sykepl. siste 12 mnd. (=1)	0,45	0,16	**
Har hatt kontakt med hjemmhj. siste 12 mnd. (=1)	0,30	0,19	
Mann (=1)	-0,50	0,04	***
Alder	-1,31 E-3	8,60 E-3	
Alder <sup>2</sup>	2,54 E-5	9,19 E-5	
Arbeidsledig (=1)	-0,01	0,15	
Student (=1)	0,25	0,11	**
Pensjonist (=1)	0,40	0,12	***
Trygdet (=1)	0,55	0,08	***
Hjemmeværende(=1)	-0,05	0,19	
Annen status (=1)	0,12	0,25	
Grunnskole (=1)	-0,38	0,06	***
Yrkesskole (=1)	-0,11	0,07	*
Videregående skole (=1)	-0,10	0,06	*
Samboer (=1)	-0,07	0,05	
Ugift (=1)	-0,16	0,08	**
Tidligere gift (=1)	-0,06	0,07	
Antall husstandsmedlemmer	-0,05	0,03	*
Ett barn i husstanden (=1)	-0,06	0,07	
To barn i husstanden (=1)	-0,03	0,08	
Tre barn i husstanden (=1)	-0,10	0,11	
Flere enn tre barn i husstanden (=1)	-0,18	0,19	

Analysene inkluderer også en indikator for undersøkelsestidspunkt, for å fange opp eventuelle «felles trender» i målene.

I tabellene kan man for det første se en rimelig tendens til at kontakt med kommunens øvrige institusjonaliserte helsetjenester (sykehjem, hjemmesykepleie, hjemmehjelp) også gir økt sannsynlighet for mer akutt kontakt med fastlege, legevakt og

Tabell 2.2: *Forts. (fastlegebesøk). (N=15 170)*

Variabel	Estimat	St.feil	
Husstandsinntekt (kr.) < NOK 150 000 (=1)	-0,78	0,13	***
150 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 300 000 (=1)	-0,40	0,10	***
300 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 400 000 (=1)	-0,23	0,09	**
400 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 500 000 (=1)	-0,14	0,08	*
500 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 600 000 (=1)	-0,18	0,07	***
600 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 700 000 (=1)	-0,08	0,07	
1 mill. ≤ Husstandsinntekt (kr.) (=1)	-0,25	0,09	***
Rekkehus (=1)	0,03	0,06	
Leilighet (=1)	-0,11	0,06	*
Hybel (=1)	-0,31	0,14	**
Annen boligstatus (=1)	-0,06	0,15	
Sentrum i storby (=1)	-0,05	0,08	
Storby (=1)	0,09	0,07	
Forstad til storby (=1)	-0,05	0,08	
Småby (=1)	0,17	0,06	***
Spredtbygd strøk (=1)	0,04	0,06	
Opplevd lavt støynivå	0,02	0,05	
Opplevd luftkvalitet	-0,16	0,08	*
Opplevd drikkevannskvalitet	-0,05	0,08	
Wald kji-kvadrat	1224,3		***
Pseudo-R <sup>2</sup>	0,0515		

\* p<0,10, \*\* p<0,05, \*\*\* p<0,01

sykehus (alle estimerte koeffisienter er positive og for det meste sterkt signifikante). Dernest ser en klar tendens til at menn sjeldnere går til fastlege, men at de til gjengjeld oftere enn kvinner oppsøker legevakt eller har kontakt med sykehus. Dette kan rimeligvis skyldes at menn ofte har en mer risikofylt (arbeids)-hverdag som krever et akutt besøk hos helsetjenesten eller at de ikke er like opptatt av «generell» helse slik kvinner (som hyppige «sjekker» hos fastlege kan være en indikasjon på).<sup>15</sup>

<sup>15</sup> Dette er et kjent fenomen, se for eksempel <http://www.minervanett.no/kvinner-diffuse-plager/>.

Tabell 2.3 *Betydningen av boforhold og sosio-økonomiske bakgrunns-egenskaper for **besøk hos legevakt** i løpet av de siste 12 mnd. (=1). Binær logistisk regresjon med clustring på kommunenivå. (N=15 170)*

Variabel	Estimat	St.feil	
2013 (=1)	0,52	0,03	***
Har hatt kontakt med sykehjem siste 12 mnd. (=1)	1,06	0,10	***
Har hatt kontakt med hj.sykepl. siste 12 mnd. (=1)	0,70	0,13	***
Har hatt kontakt med hjemmhj. siste 12 mnd. (=1)	0,28	0,13	**
Mann (=1)	0,07	0,04	*
Alder	-5,07 E-2	7,82 E-3	***
Alder <sup>2</sup>	3,42 E-4	8,06 E-5	***
Arbeidsledig (=1)	0,39	0,15	**
Student (=1)	-0,10	0,11	
Pensjonist (=1)	0,13	0,08	*
Trygdet (=1)	0,40	0,07	***
Hjemmeværende(=1)	-0,06	0,19	
Annen status (=1)	-0,10	0,19	
Grunnskole (=1)	-0,02	0,06	
Yrkesskole (=1)	0,15	0,06	**
Videregående skole (=1)	0,06	0,05	
Samboer (=1)	-0,10	0,05	**
Ugift (=1)	-0,28	0,06	***
Tidligere gift (=1)	-0,10	0,06	
Antall husstandsmedlemmer	0,02	0,02	
Ett barn i husstanden (=1)	0,15	0,06	**
To barn i husstanden (=1)	0,10	0,07	
Tre barn i husstanden (=1)	0,11	0,10	
Flere enn tre barn i husstanden (=1)	0,38	0,17	**

Alle analysene viser videre at helsetjenestebesøk først avtar og deretter stiger med økende alder: For besøk hos fastlegen nås bunnpunktet ved rundt 26 års alder, som kan være rimelig (siden en da er som «friskest» generelt). For besøk hos legevakt og sykehus nås bunnpunktet ved henholdsvis 74 og 60 års alder (som også er rimelig).<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Dette er fremkommer altså ved å sette

Tabell 2.3: *Forts. (legevaktbesøk). (N=15 170)*

Variabel	Estimat	St.feil	
Husstandsinntekt (kr.) < NOK 150 000 (=1)	0,14	0,12	
150 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 300 000 (=1)	0,15	0,07	**
300 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 400 000 (=1)	0,12	0,06	*
400 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 500 000 (=1)	0,11	0,07	*
500 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 600 000 (=1)	0,09	0,06	
600 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 700 000 (=1)	0,08	0,06	
1 mill. ≤ Husstandsinntekt (kr.) (=1)	-0,05	0,07	
Rekkehus (=1)	-0,03	0,05	
Leilighet (=1)	-0,05	0,06	
Hybel (=1)	-0,13	0,15	
Annen boligstatus (=1)	0,22	0,14	
Sentrum i storby (=1)	0,05	0,08	
Storby (=1)	-0,04	0,07	
Forstad til storby (=1)	-0,04	0,08	
Småby (=1)	0,09	0,05	*
Spredtbygd strøk (=1)	0,05	0,05	
Opplevd lavt støynivå	0,01	0,04	
Opplevd luftkvalitet	-0,10	0,05	*
Opplevd drikkevannskvalitet	-0,12	0,04	***
Wald kji-kvadrat	1283,58		***
Pseudo-R <sup>2</sup>	0,0392		

\* p<0,10, \*\* p<0,05, \*\*\* p<0,01

Videre benytter pensjonister og trygdede seg oftere av helse-tjenestene enn dem med annen yrkesstatus, og gifte personer benytter seg mer av disse enn ugifte og samboere. Det ses at besøk hos fastlege og sykehus avtar med økende antall husstands-medlemmer, mens besøk hos legevakt og sykehus øker med antall barn i husstanden (mest sannsynlig fordi en kontakter disse tjenestene på vegne av barna): Her er det slik at økningen i

---

$\partial \text{helsebesøk} / \partial \text{alder} = \beta_{\text{alder}} + 2\beta_{\text{alder}^2} \cdot \text{alder}$  lik 0, og løse for alder. Dvs. bunn (eller toppunktet) er  $-\beta_{\text{alder}} / 2\beta_{\text{alder}^2}$  (der  $\beta_{\text{alder}}$  og  $\beta_{\text{alder}^2}$  er koeffisientene for hhv. alder og alder kvadrert).

Tabell 2.4 *Betydningen av boforhold og sosio-økonomiske bakgrunns-egenskaper for **kontakt med sykehus** i løpet av de siste 12 mnd. (=1). Binær logistisk regresjon med clustring på kommunenivå. (N=15 170)*

Variabel	Estimat	St.feil	
2013 (=1)	0,50	0,04	***
Har hatt kontakt med sykehjem siste 12 mnd. (=1)	0,88	0,11	***
Har hatt kontakt med hj.sykepl. siste 12 mnd. (=1)	0,79	0,14	***
Har hatt kontakt med hjemmhj. siste 12 mnd. (=1)	0,55	0,15	***
Mann (=1)	0,06	0,03	*
Alder	-2,67 E-2	7,58 E-3	***
Alder <sup>2</sup>	2,24 E-4	7,96 E-5	***
Arbeidsledig (=1)	0,15	0,14	
Student (=1)	-0,16	0,09	*
Pensjonist (=1)	0,38	0,08	***
Trygdet (=1)	0,63	0,08	***
Hjemneværende(=1)	0,08	0,19	
Annen status (=1)	0,42	0,15	***
Grunnskole (=1)	-0,18	0,06	***
Yrkesskole (=1)	0,07	0,06	
Videregående skole (=1)	-0,06	0,05	
Samboer (=1)	0,00	0,05	
Ugift (=1)	-0,31	0,07	***
Tidligere gift (=1)	-0,15	0,07	**
Antall husstandsmedlemmer	-0,04	0,02	*
Ett barn i husstanden (=1)	0,26	0,06	***
To barn i husstanden (=1)	0,07	0,07	
Tre barn i husstanden (=1)	0,20	0,10	*
Flere enn tre barn i husstanden (=1)	0,35	0,19	*

legevakts- og sykehusbesøk er markant der ett barn kommer til i husstanden, mens et andre eller tredje barn bidrar til å dempe dette mønsteret. Men med flere enn tre barn i husstanden øker igjen hyppigheten av legevakts- og sykehusbesøk. Trolig reflekterer dette at foreldre på denne ene siden er særlig opptatt av et førstebarns helse, mens flere barn i husstanden i seg selv vil bidra til flere hendelser som kan kreve legevakts- eller sykehusbesøk.



Tabell 2.4: Forts. (*kontakt med sykehus*). (N=15 170)

Variabel	Estimat	St.feil	
Husstandsinntekt (kr.) < NOK 150 000(=1)	-0,26	0,12	**
150 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 300 000 (=1)	0,04	0,08	
300 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 400 000 (=1)	0,03	0,07	
400 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 500 000 (=1)	0,10	0,07	
500 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 600 000 (=1)	0,03	0,07	
600 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 700 000 (=1)	0,07	0,06	
1 mill. ≤ Husstandsinntekt (kr.) (=1)	0,03	0,06	
Rekkehus (=1)	-0,08	0,05	
Leilighet (=1)	-0,19	0,05	***
Hybel (=1)	-0,31	0,13	**
Annen boligstatus (=1)	0,17	0,14	
Sentrum i storby (=1)	0,15	0,10	
Storby (=1)	0,05	0,07	
Forstad til storby (=1)	-0,02	0,06	
Småby (=1)	0,20	0,06	***
Spredtbygd strøk (=1)	0,01	0,05	
Opplevd lavt støynivå	-0,04	0,04	
Opplevd luftkvalitet	0,04	0,06	
Opplevd drikkevannskvalitet	-0,10	0,05	**
Wald kji-kvadrat	1106,50		***
Pseudo-R <sup>2</sup>	0,0402		

\* p<0,10, \*\* p<0,05, \*\*\* p<0,01

Det er også interessant å merke seg at fastlegebesøk *antar* markant med synkende inntekt, mens legevaktbesøk *øker* med synkende inntekt. Dette illustrerer trolig at man med økende inntekt ikke bare kan investere mer i helsebringende tiltak, men også er mer opptatt av helse (kanskje på grunn av det førstnevnte).

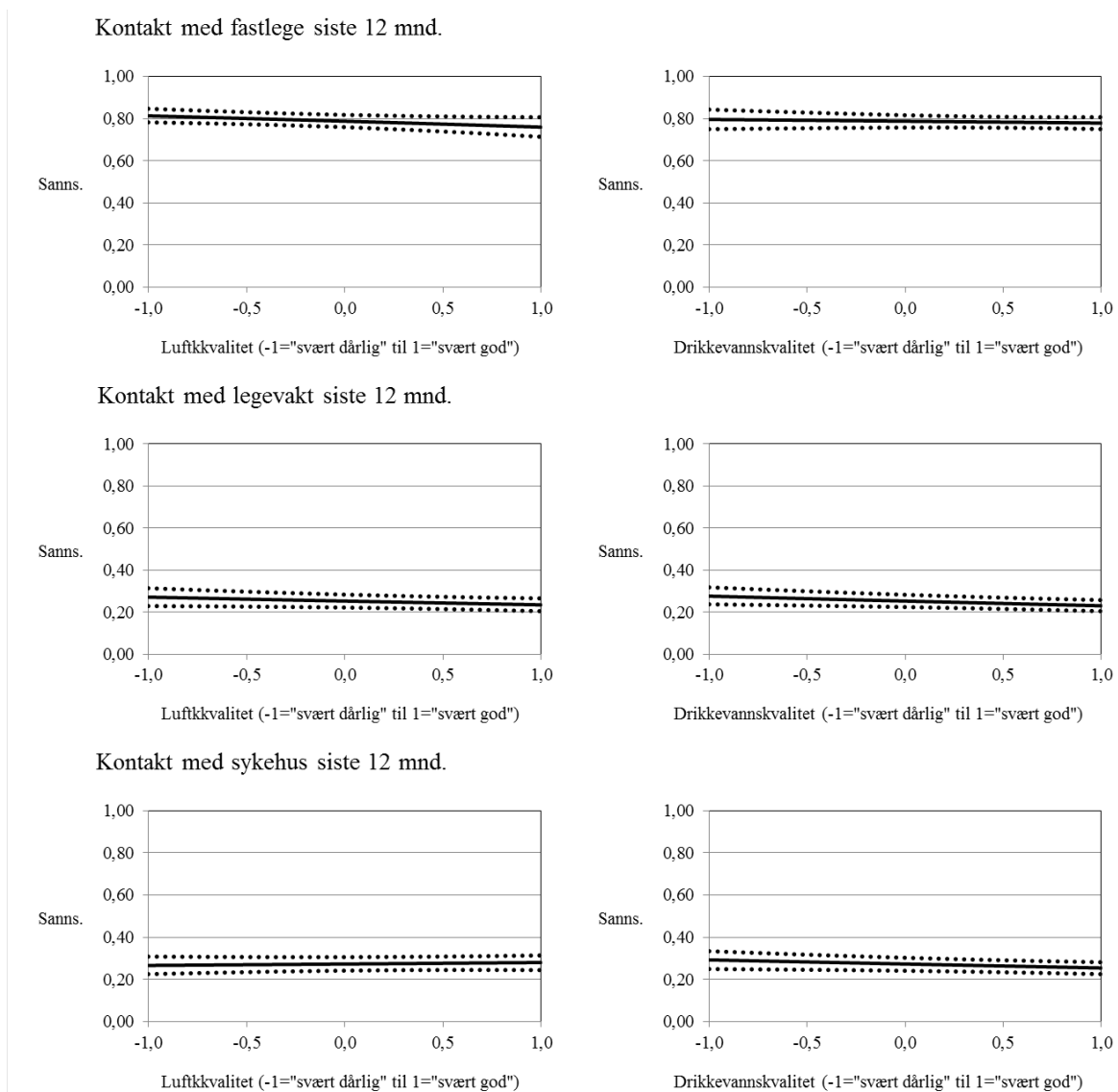
Motsatt er personer med lav inntekt muligens ikke opptatt av helse på samme måte – selv om de kanskje også har større behov for akutte tjenester. Noe av den samme tendensen kan også ses for boform: Personer som bor på hybel eller i leilighet har mindre sannsynlighet for å oppsøke fastlege og sykehus enn personer som bor i enebolig.

Til sist ser en at personer som bor i en småby – alt annet likt – oppsøker alle typer tjenester mer enn andre (signifikant mer enn personer i tettsteder i landkommuner. Trolig kommer dette av kombinasjonen av nærhet til og tilgjengelighet av helsetjenester i slike områder.

Det interessante for vårt vedkommende er at økt opplevd luft- og drikkevannskvalitet i alle analyser – bortsett fra økt luftkvalitet i analysen av sykehusbesøk – gir sjeldnere helsetjenestebesøk, og denne tendensen er statistisk signifikant i de aller fleste tilfeller. For oppfatninger om støynivået er bildet et annet: Her finner man ingen signifikante effekter, og de er tidvis positive og tidvis negative. Antakelig kommer dette av at støyplager – i mindre grad enn luft- og drikkevannsproblemer – gir «grunnlag» for mer eller mindre «akutte» helsetjenestebesøk. Men hvor betydelige er disse effektene? Det er selvsagt vanskelig å tolke «betydningen» direkte utfra (logit)koeffisientene i tabellen (annet enn retningen). For å sette «effektene» i perspektiv: Tar man utgangspunkt i analysen av sykehusbesøk (tabell 2.4) kan vi se at å bevege seg fra «helt misfornøyd» til «helt fornøyd» (fra -1 til +1) når det gjelder for eksempel drikkevannskvalitet er  $2 \cdot 0,4 = 0,8$ , som altså større enn (en kjent) effekt av kjønnsforskjellene (koeffisient på 0,6). Tilsvarende betraktninger kan gjøres om støy-, luft- og drikkevannseffekter i de andre analysene, men for å illustrere tendensen tydeligere kan man ved hjelp av de estimerte sammenhengene predikere forventede sannsynligheter for ulike grupper. I figur 2.2 nedenfor gjøres dette for nivåer av opplevd luft- og drikkevannskvalitet (som vi finner signifikante effekter for) – for en person som har modusverdier på alle andre relevante variabler.<sup>17</sup>

<sup>17</sup> Dvs. en 49 år gammel gift, høyskole eller universitetsutdannet yrkesaktiv kvinne uten barn, med mellom 700 000 og en million i inntekt, ikke benytter sykehjem, hjemmesykepleie, eller hjemmehjelp, og som bor i enebolig i et tettsted i en landkommune i 2013. For enkelhets skyld benytter vi oss her – og i tilsvarende figurer i kapittelet – av skåreverdier, dvs. de sju enkelte verdiene fra -1 til +1, og beregner forventet skåre ved hjelp av sannsynligheter beregnet i analysene: Forventet skåre er da  $\sum S_i \cdot p(S_i)$  der  $i=1$  til 7.

Figur 2.1 *Kontakt med helsetjenester som følge av opplevd luft- og drikke drikkevannskvalitet i boområdet.*



*Forklaring:* Predikerte sannsynligheter (fra modeller i tabell 2.2-2.4) for en person med sosio-økonomiske modus- eller gjennomsnittsegenskaper ellers (jf. tabell 2.1). Stiplede linjer angir 95 prosents konfidensintervaller.

En ser at – for en typisk person – så synker sannsynligheten for fastlegebeseøk fra rundt  $p=0,81$  til  $p=0,75$  når opplevd luftkvalitet øker fra «svært misfornøyd» (-1) til «svært fornøyd» (+1) (øverste figur til venstre). Tilsvarende synker sannsynligheten for kontakt med legevakt fra  $p=0,32$  til  $p=0,22$  når drikkevannskvaliteten oppleves økt fra minimums- til maksimumsnivå (nederste figur til høyre). Dette kan synes som ubetydelige effekter, men de er altså ikke mindre enn for eksempel de observerte forskjellene mellom menn og kvinner som man ellers kjenner godt til.

Til sist i denne delen ser vi på betydningen av opplevede støy-, luft- og drikkevannsproblemer for «generell tilfredshet med tilværelsen». Tidligere studier har vist klar sammenheng mellom ulike «tilfredshets»-mål og indikatorer for mental helse (*well-being*) (Fordyce 1988; Bray og Gunnell 2006; Lu og Shih 1997; Ryff 1989), og også vist at enkelte boforhold (spesielt trangboddhet) kan være årsak til forverret mental helse (Wells og Harris 2007). Videre viser flere «tilfredshets»-studier at ulike husholdningskarakteristika (antall husstandsmedlemmer) har sammenheng med opplevd tilfredshet (se for eksempel Powdthavee 2007). Vi benytter oss av de samme forklaringsvariablene her, kontrollerer også for benyttelse av de tre helsetjenestene vi nettopp har undersøkt, og legger til de tre målene for fornøydhet med kommunen som boområde generelt, som tjenesteleverandør og som politisk fellesskap. Effekter av opplevd kvalitet med hensyn til støy, luft og drikkevann kan da ses som tillegget (*value-added*) til de opplevede kvalitetene som ellers finnes i kommunen og boområdet. Analyseresultatene vises i tabell 2.5.

For det første ses gjennomgående negative effekter av kontakt med helsetjenester (signifikant for kontakt med sykehus og hjemmesykepleie), hvilket er rimelig siden disse er indikatorer for en i utgangspunktet «skrab» helsetilstand. Menn ser ut til å være mer misfornøyd enn kvinner, og det ser ut til at man når et «bunnpunkt for lykke» ved rundt 36 års alder.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Dette – og resultatene ellers – er i tråd med det man finner i internasjonale «lykkestudier» for andre land. Se for eksempel Piero (2007).

Tabell 2.5 *Betydningen av boforhold og sosio-økonomiske bakgrunns-egenskaper for tilfredshet med tilværelsen. (=1). Ordinal logistisk regresjon med clustring på kommunenivå. (N=15 170)*

Variabel	Estimat	St.feil	
2013 (=1)	0,06	0,03	*
Har besøkt fastlege siste 12 mnd. (=1)	-0,06	0,04	
Har besøkt legevakt siste 12 mnd. (=1)	-0,06	0,04	
Har besøkt sykehus siste 12 mnd. (=1)	-0,11	0,03	***
Har hatt kontakt med sykehjem siste 12 mnd. (=1)	0,13	0,10	
Har hatt kontakt med hj.sykepl. siste 12 mnd. (=1)	-0,28	0,12	**
Har hatt kontakt med hjemmhj. siste 12 mnd. (=1)	-0,11	0,12	
Mann (=1)	-0,30	0,03	***
Alder	-1,83 E-2	6,44 E-3	***
Alder <sup>2</sup>	2,55 E-4	6,85 E-5	***
Arbeidsledig (=1)	-1,15	0,16	***
Student (=1)	0,40	0,08	***
Pensjonist (=1)	0,15	0,08	*
Trygdet (=1)	-0,45	0,07	***
Hjemneværende(=1)	-0,13	0,24	
Annen status (=1)	-0,62	0,16	***
Grunnskole (=1)	0,02	0,05	
Yrkesskole (=1)	0,03	0,04	
Videregående skole (=1)	0,00	0,04	
Samboer (=1)	-0,10	0,05	**
Ugift (=1)	-0,44	0,06	***
Tidligere gift (=1)	-0,35	0,07	***
Antall husstandsmedlemmer	0,02	0,02	
Ett barn i husstanden (=1)	-0,14	0,05	***
To barn i husstanden (=1)	-0,20	0,05	***
Tre barn i husstanden (=1)	-0,10	0,08	
Flere enn tre barn i husstanden (=1)	-0,40	0,17	**

Giftede er mer fornøyde enn både ugifte, samboende og tidligere gifte, personer med flere barn i husstanden er mindre fornøyde enn andre og personer i storbyer, særlig i sentrum, er – alt annet likt – mer fornøyd enn dem som bor andre steder.

Tabell 2.5 Forts. (tilfredshet med tilværelsen). (N=15 170)

Variabel	Estimat	St.feil	
Husstandsinntekt (kr.) < NOK 150 000 (=1)	-0,86	0,09	***
150 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 300 000 (=1)	-0,55	0,07	***
300 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 400 000 (=1)	-0,33	0,07	***
400 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 500 000 (=1)	-0,32	0,06	***
500 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 600 000 (=1)	-0,23	0,05	***
600 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 700 000 (=1)	-0,15	0,05	***
1 mill. ≤ Husstandsinntekt (kr.) (=1)	0,26	0,06	***
Rekkehus (=1)	-0,05	0,05	
Leilighet (=1)	-0,06	0,06	
Hybel (=1)	-0,28	0,14	**
Annen boligstatus (=1)	0,09	0,15	
Sentrum i storby (=1)	0,42	0,07	***
Storby (=1)	0,11	0,05	**
Forstad til storby (=1)	0,01	0,06	
Småby (=1)	0,04	0,05	
Spredtbygd strøk (=1)	0,04	0,06	
Opplevd lavt støynivå	0,04	0,04	
Opplevd luftkvalitet	0,15	0,05	***
Opplevd drikkevannskvalitet	0,33	0,05	***
Tilfredshet med kommunen som bosted	1,80	0,08	***
Tilfredshet med tjenestene kommunen tilbyr	0,82	0,07	***
Tilfredshet med kommunepolitikernes lydhørhet	-0,03	0,06	
Wald kji-kvadrat	5278,75		***
Pseudo-R <sup>2</sup>	0,1082		

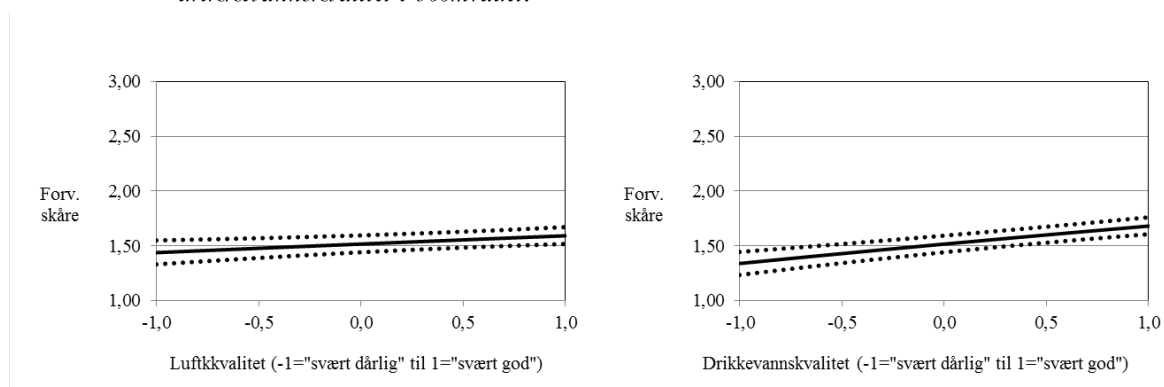
\* p<0,10, \*\* p<0,05, \*\*\* p<0,01

Et slående trekk er at arbeidsledige i svært stor grad er mer misfornøyde enn yrkesaktive (en svært signifikant estimert koeffisient på -1,15) og at husstandsinntekt ser ut til å ha stor betydning for opplevd lykke. Her er også retningen utvetydig og monoton: En økning i inntekt – gitt ved inntektsgruppe – er alltid assosiert med en økning i «lykkefølelse».

Dessuten ser vi – som forventet – at målene for tilfredshet med kommunen som boområde generelt og som tjenesteleverandør begge har positiv og svært signifikant effekt.

Til slutt ser en at målene for opplevd kvalitet med hensyn til støy, luft og drikkevann i boområdet alle har positive effekter (her på en skala fra -3=«svært misfornøyd» til +3=«svært fornøyd»), og de er også signifikante for de to sistnevntes vedkommende. Som for analysene av helsetjenestebruk kan det være nyttig å se hva dette gir seg utslag i substansielt ved å illustrere mønstrene: I figur 2.2 viser vi økningen i «lykke» som – alt annet likt – assosieres med en økning i henholdsvis opplevd luft- og drikkevannskvalitet for en typisk person.

Figur 2.2 *Tilfredshet med tilværelsen som følge av opplevd luft- og drikkevannskvalitet i boområdet.*



*Forklaring:* Predikerte sannsynligheter (fra modell i tabell 2.5) for en person som ikke har besøkt fastlege siste år og med sosio-økonomiske modus- eller gjennomsnittsegenskaper ellers (jf. tabell 2.1) og med «nøytral» holdning til kommunen som boområde, til kommunen som tjenesteleverandør og til kommunepolitikernes lydhørhet. Stiplede linjer angir 95 prosenters konfidensintervaller.

Økt opplevd luftkvalitet – fra minimumsnivå på -1=«svært misfornøyd» til et maksimumsnivå på +1=«svært fornøyd» – assosieres altså med en økning i «lykkefølelse» på rundt 0,2 poeng (fra et nivå på rundt 1,45 til et nivå på 1,65 på en skala fra -3 til +3). For økt opplevd drikkevannskvalitet er effekten enda mer betydelig: Her er økningen i «lykkefølelse» på rundt 0,45 poeng dersom en øker fra minimums- til maksimumsnivået for tilfredshet med drikkevannet.<sup>19</sup>

<sup>19</sup> Helt til slutt kan vi kommentere effekten av indikatoren forundersøkelses-tidspunkt. I analysene av helsetjenestebruk er effekten betydelig positiv og sterkt

## 2.3 Er ufordelaktige boforhold sosialt skjevfordelt?

I denne delen av analysen spør vi om de forholdene vi nettopp har undersøkt – støynivå, og luft- og drikkevannskvalitet – ikke også er sosialt skjevfordelt. At man finner holdepunkter for at visse karakteristika ved bosituasjonen kan ha helsekonsekvenser *generelt sett* – slik vi fant i del 2.2 – er i utgangspunktet nok for at det settes i verk tiltak for å redusere innslaget av slike. Men dersom det er spesielle (sosio-økonomiske) grupper eller spesielle (geografiske eller andre) boområder som er *spesielt utsatt* for de problemene vi har sett på, så reises spørsmålet om slike grupper eller områder ikke skal *prioriteres* i kommunens arbeid med folkehelse gjennom boligpolitikken. I tabellene 2.6-2.8 gjennomføres (ordinale) logistiske regresjoner som kan belyse dette spørsmålet. Her analyseres opplevde støy-, luft- og drikkevannsproblemer slik disse kan være avhengig av den enkeltes sosio-økonomiske situasjon og bosituasjon ellers.

Resultatene viser at problemene med støy og dårlig luft- og drikkevannskvalitet oppleves mindre over tid (jf. signifikante estimerte koeffisienter på mellom 0,13-0,25 i tabellene 2.6-2.8). Resultatene viser også at menn – alt annet likt – er noe mer sensitive for de problemene som analyseres (signifikant for støy- og drikkevannsproblemer) og at man opplever størst støyproblemer ved rundt 77 års alder, mens man opplever flest problemer med luft- og drikkevann ved 46-49 års alder.

---

signifikant, noe som tyder på at helsetjenestebruk har økt markant i mellom 2009-10 og 2012-13. Også «generell tilfredshet med tilværelsen ser ut til å øke noe i perioden (jf. en estimert koeffisient på 0,06 i tabell 2.5).



Tabell 2.6 *Betydningen av boforhold og sosio-økonomiske bakgrunns-egenskaper for opplevd (lavt) støynivå. (=1). Ordinal logistisk regresjon med clustring på kommunenivå. (N=15 170)*

Variabel	Estimat	St.feil	
2013 (=1)	0,22	0,04	***
Har hatt kontakt med sykehjem siste 12 mnd. (=1)	-0,16	0,09	*
Har hatt kontakt med hj.sykepl. siste 12 mnd. (=1)	-0,11	0,11	
Har hatt kontakt med hjemmhj. siste 12 mnd. (=1)	-0,06	0,10	
Mann (=1)	-0,09	0,03	***
Alder	-1,57 E-2	6,78 E-3	**
Alder <sup>2</sup>	2,03 E-4	7,37 E-5	***
Arbeidsledig (=1)	0,09	0,11	
Student (=1)	0,11	0,08	
Pensjonist (=1)	-0,11	0,08	
Trygdet (=1)	-0,08	0,07	
Hjemneværende(=1)	-0,37	0,16	**
Annen status (=1)	-0,01	0,15	
Grunnskole (=1)	0,03	0,05	
Yrkesskole (=1)	-0,01	0,05	
Videregående skole (=1)	0,03	0,04	
Samboer (=1)	-0,09	0,05	*
Ugift (=1)	0,03	0,05	
Tidligere gift (=1)	0,07	0,05	
Antall husstandsmedlemmer	0,00	0,02	
Ett barn i husstanden (=1)	-0,06	0,05	
To barn i husstanden (=1)	-0,01	0,06	
Tre barn i husstanden (=1)	0,06	0,08	
Flere enn tre barn i husstanden (=1)	-0,01	0,17	

Et trekk ved resultatene som umiddelbart slår en er forskjellene mellom inntektsgrupper, og mellom grupper gitt ved boform og boområde. Det kan altså se ut til at problemene som oppleves er temmelig sosio-økonomisk skjevfordelt:

Tabell 2.6 Forts. (opplevd (lavt) støynivå). (N=15 170)

Variabel	Estimat	St.feil	
Husstandsinntekt (kr.) < NOK 150 000(=1)	-0,30	0,09	***
150 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 300 000 (=1)	-0,10	0,06	
300 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 400 000 (=1)	-0,18	0,05	***
400 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 500 000 (=1)	-0,13	0,06	**
500 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 600 000 (=1)	-0,10	0,07	
600 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 700 000 (=1)	0,11	0,06	*
1 mill. ≤ Husstandsinntekt (kr.) (=1)	0,17	0,05	***
Rekkehus (=1)	-0,12	0,04	***
Leilighet (=1)	-0,41	0,04	***
Hybel (=1)	-0,28	0,11	***
Annen boligstatus (=1)	-0,34	0,14	**
Sentrum i storby (=1)	-1,01	0,10	***
Storby (=1)	-0,19	0,08	**
Forstad til storby (=1)	-0,22	0,06	***
Småby (=1)	-0,03	0,06	
Spredtbygd strøk (=1)	0,73	0,06	***
Wald kji-kvadrat	1338,79		***
Pseudo-R <sup>2</sup>	0,0280		

\* p<0,10, \*\* p<0,05, \*\*\* p<0,01

Lavinntektsgrupper, sentrumsbeboere og personer som bor i hybler og leiligheter opplever – alt annet likt – større problemer med støynivået og med luft- og drikkevannskvaliteten.<sup>20</sup>

Også her kan det være nyttig å se hva dette betyr substansielt ved å illustrere mønstrene: I figur 2.3 og 2.4 illustreres økningen i opplevd kvalitet med hensyn til henholdsvis støynivå, luft og drikkevann for ulike grupper – alt annet likt.

Man ser en tydelig forskjell i opplevd kvalitet mellom inntektsgrupper (figur 2.3) – særlig kommer de med lavest inntekt uheldig ut, og særlig med hensyn til opplevd støynivå:

<sup>20</sup> I en viss grad gjelder dette også for trygdede vs. yrkesaktive, der førstnevnte gruppe opplever signifikant større problemer med luft og drikkevann enn sistnevnte gruppe.

Tabell 2.7 *Betydningen av boforhold og sosio-økonomiske bakgrunns-egenskaper for opplevd luftkvalitet. (=1). Ordinal logistisk regresjon med clustring på kommunenivå. (N=15 170)*

Variabel	Estimat	St.feil	
2013 (=1)	0,13	0,04	***
Har hatt kontakt med sykehjem siste 12 mnd. (=1)	-0,01	0,10	
Har hatt kontakt med hj.sykepl. siste 12 mnd. (=1)	-0,08	0,12	
Har hatt kontakt med hjemmhj. siste 12 mnd. (=1)	-0,11	0,13	
Mann (=1)	-0,03	0,03	
Alder	-3,52 E-2	7,85 E-3	***
Alder <sup>2</sup>	3,58 E-4	8,60 E-5	***
Arbeidsledig (=1)	0,01	0,17	
Student (=1)	0,04	0,11	
Pensjonist (=1)	0,01	0,08	
Trygdet (=1)	-0,14	0,07	**
Hjemmeværende(=1)	0,07	0,21	
Annen status (=1)	-0,12	0,15	
Grunnskole (=1)	0,03	0,05	
Yrkesskole (=1)	0,05	0,05	
Videregående skole (=1)	0,04	0,04	
Samboer (=1)	-0,18	0,06	***
Ugift (=1)	-0,11	0,05	**
Tidligere gift (=1)	-0,01	0,06	
Antall husstandsmedlemmer	0,01	0,02	
Ett barn i husstanden (=1)	-0,04	0,05	
To barn i husstanden (=1)	-0,11	0,06	*
Tre barn i husstanden (=1)	0,07	0,09	
Flere enn tre barn i husstanden (=1)	0,03	0,15	

Her er forventet skåreforskjell (på en skala fra -1 til +1) på rundt 0,12 poeng (fra et nivå på rundt 0,5 til et på 0,62; altså en forskjell på rundt 6 prosent av skalaen). Et tydeligere mønster kommer frem når det er boområder som sammenlignes.

Tabell 2.7: Forts. (opplevd luftkvalitet). (N=15 170)

Variabel	Estimat	St.feil	
Husstandsinnpekt (kr.) < NOK 150 000(=1)	-0,25	0,10	**
150 000 ≤ Husstandsinnpekt (kr.) < 300 000 (=1)	0,01	0,07	
300 000 ≤ Husstandsinnpekt (kr.) < 400 000 (=1)	-0,12	0,08	
400 000 ≤ Husstandsinnpekt (kr.) < 500 000 (=1)	-0,08	0,06	
500 000 ≤ Husstandsinnpekt (kr.) < 600 000 (=1)	-0,08	0,09	
600 000 ≤ Husstandsinnpekt (kr.) < 700 000 (=1)	0,07	0,06	
1 mill. ≤ Husstandsinnpekt (kr.) (=1)	0,09	0,05	**
Rekkehus (=1)	-0,26	0,05	***
Leilighet (=1)	-0,67	0,06	***
Hybel (=1)	-0,48	0,13	***
Annen boligstatus (=1)	-0,49	0,14	***
Sentrum i storby (=1)	-1,97	0,17	***
Storby (=1)	-0,90	0,12	***
Forstad til storby (=1)	-0,67	0,08	***
Småby (=1)	-0,38	0,09	***
Spredtbygd strøk (=1)	0,90	0,07	***
Wald kji-kvadrat	2923,33		***
Pseudo-R <sup>2</sup>	0,0772		

\* p<0,10, \*\* p<0,05, \*\*\* p<0,01

Særlig for opplevede problemer med luft- og drikkevannskvaliteten er forskjellene slående, og den gruppen som faller aller «uheldigst» ut er personer som bor i sentrum av storbyer (også sammenlignet med dem som bor i storbyer, men ikke i sentrum). Eksempelvis er forskjellen i forventet skåre for opplevd luftkvalitet hos sentrumsbeboere og personer som bor i spredtbygde strøk hele 0,6 poeng (altså 30 prosent av den nevnte skalaen).

Tabell 2.8 *Betydningen av boforhold og sosio-økonomiske bakgrunns-egenskaper for opplevd drikkevannskvalitet (=1). Ordinal logistisk regresjon med clustring på kommunenivå. (N=15 170)*

Variabel	Estimat	St.feil	
2013 (=1)	0,25	0,04	***
Har hatt kontakt med sykehjem siste 12 mnd. (=1)	-0,11	0,11	
Har hatt kontakt med hj.sykepl. siste 12 mnd. (=1)	-0,07	0,14	
Har hatt kontakt med hjemmhj. siste 12 mnd. (=1)	-0,16	0,13	
Mann (=1)	-0,07	0,03	**
Alder	-3,23 E-2	7,36 E-3	***
Alder <sup>2</sup>	3,50 E-4	8,11 E-5	***
Arbeidsledig (=1)	0,01	0,14	
Student (=1)	0,03	0,09	
Pensjonist (=1)	0,06	0,09	
Trygdet (=1)	-0,12	0,07	*
Hjemmeværende(=1)	-0,19	0,21	
Annen status (=1)	0,09	0,19	
Grunnskole (=1)	0,25	0,05	***
Yrkesskole (=1)	0,11	0,05	**
Videregående skole (=1)	0,11	0,04	**
Samboer (=1)	-0,26	0,05	***
Ugift (=1)	0,02	0,06	
Tidligere gift (=1)	-0,02	0,06	
Antall husstandsmedlemmer	0,06	0,03	**
Ett barn i husstanden (=1)	-0,14	0,05	***
To barn i husstanden (=1)	-0,29	0,06	***
Tre barn i husstanden (=1)	-0,24	0,12	**
Flere enn tre barn i husstanden (=1)	-0,24	0,18	

Det er altså særlig tydelig at opplevede problemer med støy, luft og drikkevann er sosialt skjevfordelt. Illustrasjonene ovenfor viser kun hva man kan forvente dersom en sammenligner grupper langs én sosio-økonomisk dimensjon – enten husstandsinntekt eller boområde. Og det er altså «lavstatus»-gruppene som kommer systematisk uheldig ut.

Tabell 2.8 Forts. (opplevd drikkevannskvalitet). (N=15 170)

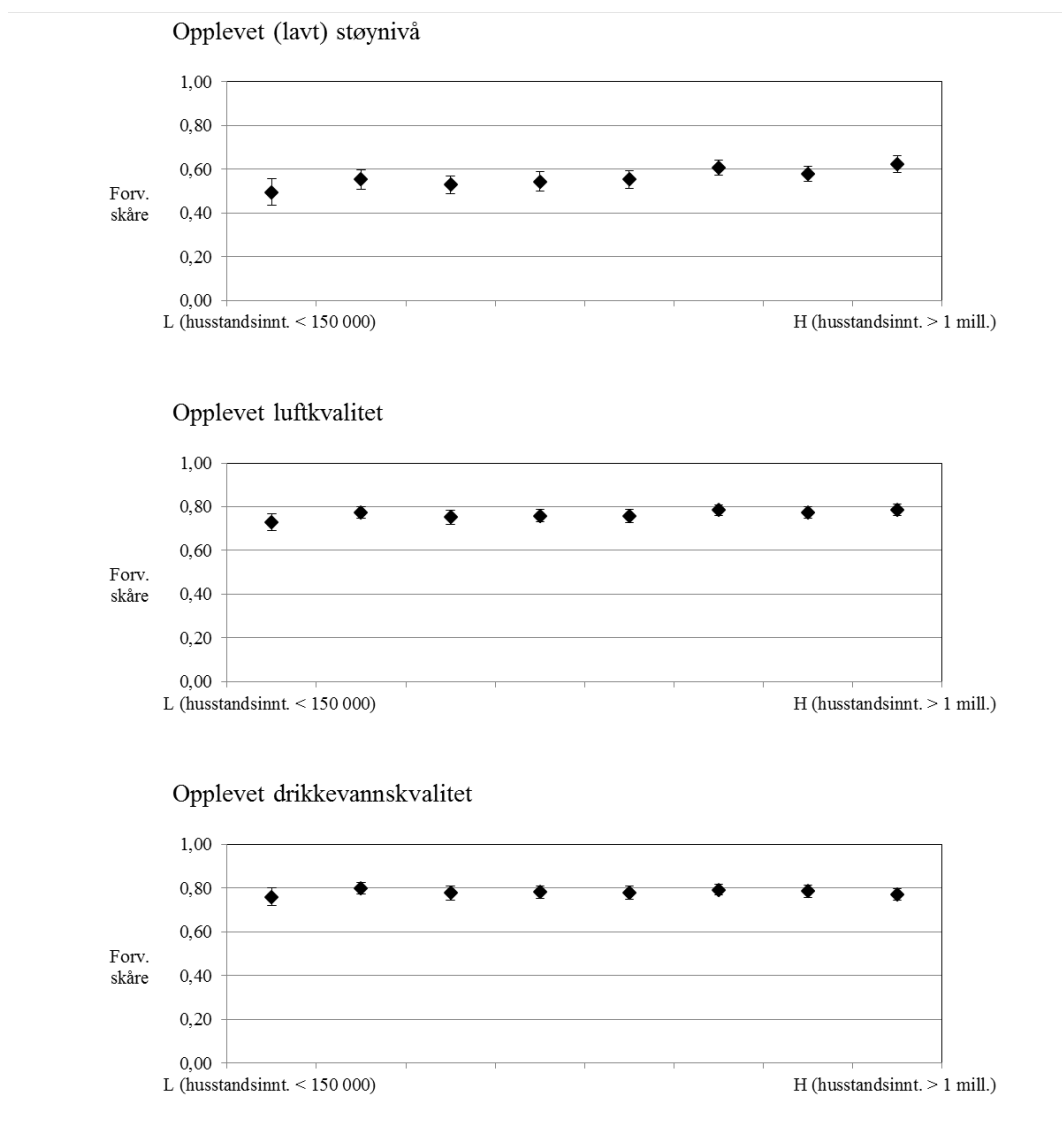
Variabel	Estimat	St.feil	
Husstandsinntekt (kr.) < NOK 150 000(=1)	-0,15	0,11	
150 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 300 000 (=1)	0,10	0,07	
300 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 400 000 (=1)	-0,05	0,08	
400 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 500 000 (=1)	-0,02	0,06	
500 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 600 000 (=1)	-0,04	0,06	
600 000 ≤ Husstandsinntekt (kr.) < 700 000 (=1)	0,05	0,06	
1 mill. ≤ Husstandsinntekt (kr.) (=1)	-0,10	0,05	**
Rekkehus (=1)	-0,14	0,04	***
Leilighet (=1)	-0,38	0,05	***
Hybel (=1)	-0,45	0,13	***
Annen boligstatus (=1)	-0,14	0,15	
Sentrum i storby (=1)	-0,86	0,13	***
Storby (=1)	-0,39	0,12	***
Forstad til storby (=1)	-0,45	0,08	***
Småby (=1)	0,00	0,09	
Spredtbygd strøk (=1)	0,22	0,06	***
Wald kji-kvadrat	958,95		***
Pseudo-R <sup>2</sup>	0,0281		

\* p<0,10, \*\* p<0,05, \*\*\* p<0,01

Med andre ord viser analysen at der flere av disse gruppekjenne-tegnene faller sammen, dvs. for spesielt utsatte grupper, slike som lavinntektsgrupper i sentrumsområder, vil opplevde problemer med støy, luft og drikkevann selvsagt «hope seg opp» i enda større grad. Slike grupper vil komme særlig uheldig ut.

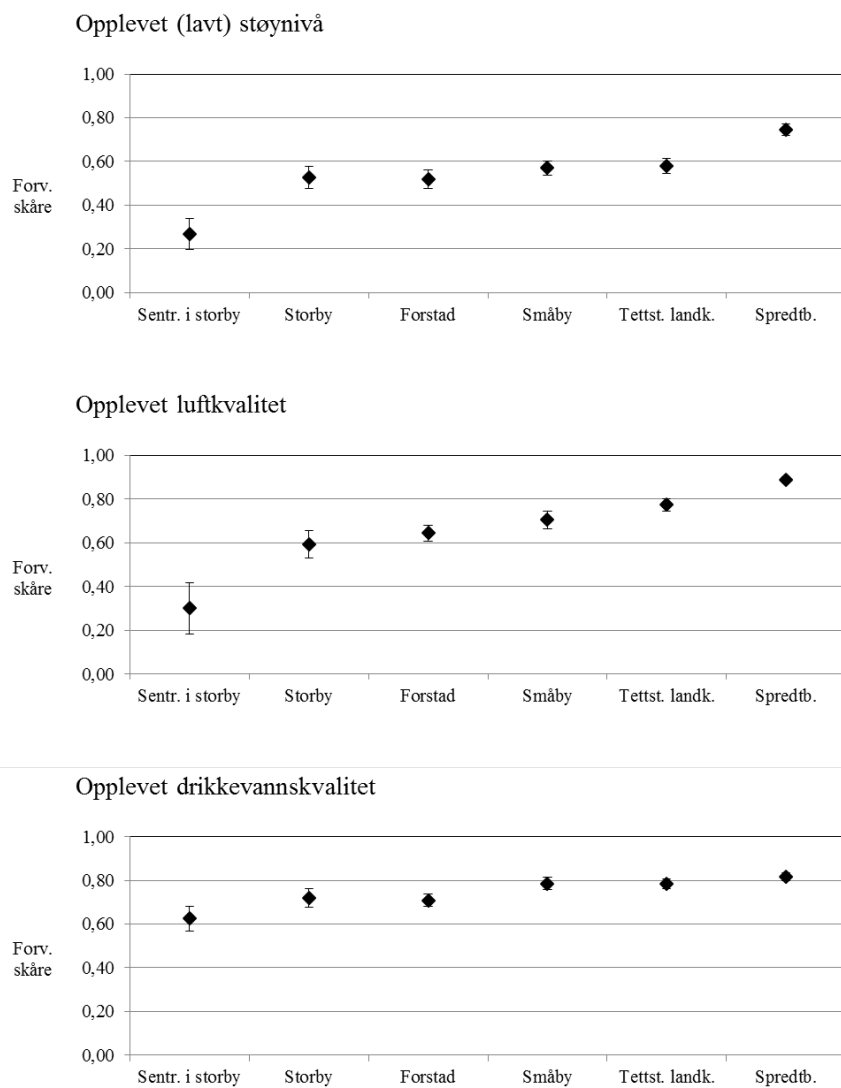
For folkehelsearbeidet gjennom bolig- og boligområdetiltak betyr dette at det eksisterer et særlig rom for *prioritering* av utsatte grupper, både i snever sosio-økonomisk og geografisk forstand (sentrumsområder vs. andre områder, gjerne innenfor den samme store byen).

Figur 2.3 *Opplevd (lavt) støynivå og luft- og drikkevannskvalitet etter husstandsinntekt.*



*Forklaring:* Predikerte sannsynligheter (fra modeller i tabell 2.6-2.8) for en person med sosio-økonomiske modus- eller gjennomsnittsegenskaper (jf. tabell 2.1). Linjer angir 95 prosenters konfidensintervaller.

Figur 2.4 *Opplevd (lavt) støynivå og luft- og drikkevannskvalitet etter boområde.*



*Forklaring:* Predikerte sannsynligheter (fra modeller i tabell 2.6-2.8) for en person med sosio-økonomiske modus- eller gjennomsnittsegenskaper (jf. tabell 2.1). Linjer angir 95 prosents konfidensintervaller.



## 2.4 Oppsummering

I dette kapitlet har vi benyttet Difis innbyggerundersøkelser (N=15 170) for å belyse sammenhengen mellom kjennetegn ved bolig og boområde og bruk av helsetjenester og tilfredshet og velvære. Resultatene viser at forbruket av helsetjenester er større i fra før «problematiske boområder» (dette etter at det kontrolleres for en rekke sosio-økonomiske bakgrunnsvariabler hos respondentene). Mer presist viser resultatene at opplevd luft- og drikkevannskvalitet er assosiert med lavere tilbøyelighet til å oppsøke fastlege, legevakt og/eller sykehus. Også i analyser av «generell tilfredshet med tilværelsen» ser en at økt opplevd kvalitet langs disse dimensjonene har sterk sammenheng med opplevd «lykke». Dette er en indikasjon på at slike trekk ved boområdet er viktige determinanter for helse både fysisk og psykisk.

I analyser av opplevd kvalitet med hensyn til støynivå, luft og drikkevann ser en at opplevde problemer langs disse dimensjonene er sosialt skjevfordelt: Lavinntektsgrupper, personer som bor i sentrumsområder og trygdede opplever særlig store problemer med støy, luft og drikkevann. Dette betyr at slike problemer «hoper seg opp» i grupper som fra før er utsatte, noe som peker på viktigheten av bolig-helse-tiltak rettet spesielt mot utsatte grupper eller områder.

Kommunene har med dette noen utfordringer i skjæringsfeltet mellom bolig og folkehelse.

Spørsmålet vi tar med oss over i de neste kapitlene er derfor: Hvilket handlingsrom eksisterer i skjæringsfeltet mellom bolig og folkehelse i kommunene? På hvilken måte ses dette i sammenheng, Er det etablert arenaer for å se dette i sammenheng? Dette handler både om formelle strukturer og krav, som organisasjonsmodell og felles arbeidsdokumenter, men også om uformelle kontakter. Vi innleder med å se på ulike organisatoriske modeller i de fire case-kommunene, for med det å peke på mulige organisatoriske modeller for god samhandling og koordinering mellom folkehelse og bolig.

---

## 3 Styring og organisering

### 3.1 Innledning

Staten styrer kommunene ved hjelp av mange ulike virkemidler som kan grupperes i typologier som hierarki, new public management (NPM) og new public governance (NPG) (Osborne, 2010). Virkemidlene gir kommunene signaler om hvordan de bør gjennomføre sin virksomhet, og faktorer som organisering og ledelse i kommunene påvirkes av de overordnede styringssignalene fra staten. Kommunenes organisasjonsstruktur legger betingelser for hvor ansvaret for kommunal virksomhet plasseres, vi er spesielt opptatt av bolig og folkehelse, og vil på denne måten være en viktig premiss for samarbeid og koordinering mellom ulike ansvarsområder og personer.

I dette kapitlet vil vi derfor først se på statlig styring, før vi ser nærmere på hvordan dette nedfeller seg i organisering og ledelse i våre casekommuner. Dernest vil vi se på hvilke konsekvenser organisering og ledelse ser ut til å ha for integrering av de to fagfeltene vi er opptatt av. Spørsmålet vi stiller er om kommunal organisering og plassering av ansvar har etablert stivhengighet knyttet til planlegging og bolig på den ene siden og folkehelse på den andre. Hvis så – hva gjør kommunene for å bryte mønsteret? Og ser de at det bør brytes? Avslutningsvis løfter vi fram gode modeller for koordinering eller erfaringer vi finner i casekommunene knyttet til organisering og ledelse.

### 3.2 Statlig styring av kommuner

I hierarkiske styringsformer er lov et av de viktigste virkemidlene ved siden av finansiering av kommunal virksomhet. Det feltet vi

ser på i denne rapporten styres av to lover: Plan- og bygningsloven (PBL) og Lov om folkehelsearbeid (FHL). Disse lovene har konkrete møtepunkter gjennom gjensidig henvisning til hverandre. For eksempel peker PBL på at det skal fremmes «bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og fremtidige generasjoner», samt at det skal legges til rette for «god forming av bygde omgivelser, gode bomiljøer og gode oppvekst- og levekår i alle deler av landet». Videre skal loven «fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet» (PBL, 2008: § 1-1 e og f). FHL peker på at «Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer». Dette kan omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, samt fysiske og sosiale miljøer (FHL, 2011: § 5 og 7).

Begge lovene peker på at dette er kommunenes ansvar og at det skal fremmes et helhetlig blikk på politikk og tiltak horisontalt mellom ulike tjenester i kommuner og vertikalt mellom nivåer (FHL, 2011: § 4; PBL, 2008: § 3-1). Begge lovene har også et sett av forskrifter som peker i retning av samarbeid om oppgaver på kommunalt nivå. Knyttet til FHL er det spesielt FOR 2012-06-28 nr. 692 «Forskrift om oversikt over folkehelsen», som er interessant, men også FOR 2003-04-25-486 «Forskrift om miljørettet helsevern» tar opp slike problemstillinger som vi er opptatt av her. Knyttet til PBL er det forskjellige forskrifter som knytter an til bolig, vi viser spesielt til FOR 2010 26-03 nr. 489 «Forskrift om tekniske krav til byggverk (byggteknisk forskrift)», FOR 2004-01-06 nr. 931, «forurensingsforskriften» og FOR 2014-12-19-1726 «Forskrift om konsekvensutredninger for planer etter plan- og bygningsloven».

Forurensingsforskriften har bestemmelser om støy, både innendørs og utendørs, samt at den behandler luftforurensing. Den peker på at anleggseier er ansvarlig for å kartlegge disse aspektene, og at kommunen er ansvarlig for å samordne kartleggingene. Forskriften om konsekvensutredning for planer etter PBL har som formål å «sikre at hensynet til miljø og samfunn tas i betraktning under forberedelse av planer, og når det tas stilling til om, og på hvilke vilkår, planer kan gjennomføres» (FOR 2014-12-19-1726: § 1). Planer som alltid skal behandles etter forskriften, dvs. konsekvensutredes, er regionale planer med rammer for utbygging,

kommuneplanens arealdel, kommuneplaner med områder for utbyggingsformål, områdereguleringer, og detaljreguleringer på mer enn 15 dekar, som omfatter nye områder til utbyggingsformål, områdereguleringer som fastsetter rammer for tiltak i vedleggene 1 og 2 og reguleringsplaner for tiltak i vedlegg 1 (ibid: § 2).

Forskriftene kommuniserer med de nevnte forskriftene knyttet til FHL. Forskrift om oversikt over folkehelsen legger til rette for systematisk kunnskapsbasert folkehelsearbeid og den skal bidra til «samordning og standardisering av arbeid med oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorene som kan virke inn på denne» (FOR 2012-06-28 nr. 692: § 1). Den skal videre inneholde «faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser og identifisere ressurser og folkehelseutfordringer». Det skal lages et oversiktsdokument hvert 4. år (ibid. § 3 og 5).

De statlige målsettingene knyttet til lokalt folkehelsearbeid og kommunal planlegging er knyttet tydelig sammen, noe som blir enda mer markant fordi oversiktsarbeidet etter FHL § 5 også skal ligge til grunn for prioriteringer som gjøres knyttet til den kommunale planstrategien, noe vi kommer tilbake til i neste kapittel. Selv om det pekes på at det er kommunen som har det overordnede ansvaret kan kommunene organisere seg som de selv finner mest hensiktsmessig for å utvikle politikk og tiltak som best imøtekommer målsettingene. Det kan innebære delegering av myndighet til én sektor, for eksempel alt som har med planer å gjøre til plan/teknisk eller tilsvarende, og folkehelsearbeidet til den kommunale helsesektoren.

Målstyring er et virkemiddel sterkt preget av NPM. Andre virkemidler som er i bruk knyttet til denne styringstradisjonen er økonomiske insentiver, resultatkontroll, evalueringer og revisjon. Denne type virkemidler fremmer konkurranse og bytteforhold mellom aktører, og de skaper og beskytter markedsløsninger (Hood, 1991). Boligmeldingen fra 2003 (St.meld. nr. 23, 2003-2004) understreket at markedet skulle være den viktigste reguleringsmekanismen for bolig, og i dag står private aktører for om lag 90 prosent av detaljreguleringene som fremmes for kommunene. Nasjonalt ble det samtidig rettet oppmerksomhet mot det som omtales som «vanskeligstilte på boligmarkedet» og ett viktig virkemiddel for å imøtekomme denne gruppens behov er at kommunene skal lage boligsosiale handlingsplaner. Andre

virkemidler er startlån, subsidier til utleieboliger, bostøtte og boligtilskudd. Dette er økonomiske incentiver kommunene selv velger om de skal ta i bruk. Hvis kommunene ønsker å benytte disse virkemidlene, forvaltes de i samarbeid med Husbanken. Selv om det er bygget en overbygning i regi av Husbanken, velger kommunene også her selv hvordan de vil organisere seg. Kommunene kan slik sett selv velge om de vil drive boligsosialt arbeid. Denne formen for statlig styring er fragmentert, og det øker sjansene for at kommunal boligpolitikk også framstår som fragmentert både mellom kommuner og i kommuner.

New Public Management (NPM) er en styringstradisjon som fjerner den statlige styringen noe fra den konkrete daglige virksomheten i kommunene, den er ikke opptatt av innholdet i politikken, men i større grad i resultatene av den. New Public Governance (NPG) er en styringstradisjon som går enda et skritt videre. NPG har noen av de samme grunntrekkene som NPM, men er i stor grad utviklet som en reaksjon på denne. New Public Governance legger vekt på etablering av nettverk og partnerskap. Slike styringsvirkemidler er basert i gjensidig avhengighet og tillit, og søker å etablere felles kunnskap, verdier og strategier mellom aktører (Torfing and Triantafillou 2013). Partnerskap kan vokse fram nedenfra ut fra et opplevd behov for samarbeid og samordning. Et behov som styrkes av endring i kommunenes institusjonelle omgivelser (Torfing, 2006), eller det kan stimuleres gjennom styringsvirkemidler. Styringsvirkemidler som søker å anspore kommuner til å etablere partnerskap er ofte pedagogiske, men kan også være økonomiske incentiver som del av handlingsplaner og andre statlige programmer. Slike planer og programmer søker å overtale og overbevise kommuner om å velge en spesiell retning på sin politikk og sine tiltak (Vedung, 1998), og er en form for mildt press for å få kommuner til å styre seg selv i den retningen staten ønsker (Sørensen og Torfing, 2007).

I og med at markedet er den viktigste reguleringsmekanismen for bolig er det helt nødvendig for kommuner å inngå i partnerskap og forhandlinger med private aktører for på den måten å forme sine omgivelser. De kommunene som tar i bruk boligsosiale virkemidler inngår også i partnerskap og forhandlinger med Husbanken, som forvalter de statlige boligpolitiske virkemidlene. Husbanken blir en del av kommunenes institusjonelle omgivelser. Med hvilken kraft og styrke kommunene kan forhandle med private er

imidlertid avhengig av den autoriteten de får gjennom lovverk og andre styringsvirkemidler. Lovene skal medvirke til å redusere sosiale ulikheter i helse, dvs. bedre beskyttelsesfaktorene for helse. Bolig er, som vi så i innledningskapittelet, en viktig slik faktor. Det innebærer at kommuner gjennom oversikten de er pålagt å lage vil holde oversikt over faktorer knyttet til bolig som kan påvirke sosial ulikhet. I hvilken grad de kan bruke den kunnskapen de da skaffer seg som et grunnlag for å gå inn i forhandlinger med private aktører på boligmarkedet er helt avhengig av det kommunale lederskapet. I det videre skal vi gå noe inn på hvordan kommunene er organisert mht. bolig og folkehelse, hvilken politikk de har utviklet og tiltak de har satt i verk for å imøtekomme målsettingene i lovene.

### 3.3 Organisasjonsstruktur som premiss for beslutningsadferd

Så, hvordan har våre case-kommuner valgt å organisere seg? Vår hypotese knyttet til dette spørsmålet er at det er forskjeller i om og evt. hvordan bolig- og folkehelsepolitikk er knyttet sammen, avhengig av forskjeller i kommunal organisering. En kommunal tilordning av politikkområder som tilsier at planarbeid er lagt til en sektor for plan/teknisk og folkehelse til helsesektoren vil vi kalle stiavhengig. Langt de fleste kommuner har plassert sitt folkehelsearbeid i sin helseetat eller tilsvarende. Det er 36 prosent av folkehelsekoordinatorene som har helsesjefen eller kommuneoverlegen som sin nærmeste overordnede. 57 prosent av dem som har en deltidsstilling som folkehelsekoordinator gjennomfører også administrative oppgaver i helsesektoren. Blant folkehelsekoordinatorene som i tillegg til sine koordinatoroppgaver har brukerrettede oppgaver, gjennomføres disse oppgavene nesten utelukkende i helsesektoren (Schou mfl. 2014). Kommunene har etablert forholdsvis stabile institusjonelle rammer som folkehelsepolitikken forstås innenfor. Folkehelse vil da forstås, omtales, organiseres og reguleres knyttet til normer som er gjeldende i helsesektoren, antakelig først og fremst som individuelle tiltak knyttet til forebygging av sykdom. Konkret er tiltakene da knyttet til fysisk aktivitet, ernæring, røyk og rus, mens forskjeller i levekår,

som ligger i spørsmålet om sosial ulikhet i helse, ikke får videre oppmerksomhet (Helgesen og Hofstad, 2014).

Vi har ikke tilsvarende kunnskap om planleggeres sektor-tilhørighet, men tror ikke det er en veldig feil antakelse at de arbeider i en planavdeling eller en avdeling for tekniske spørsmål, evt. i avdelinger eller virksomheter som benevnes miljø eller kultur.

### 3.3.1 Organisering av folkehelse og bolig i praksis

Den enkelte kommunes organisasjonsmodell utgjør altså en viktig forutsetning for å koordinere folkehelse og bolig i kommunene, dvs. at organisasjonsmodell har betydning for integreringen av folkehelse- og boligpolitikk. Dette vil vi se på for de fire case-kommunene i vår studie.

#### **Bergen kommune<sup>21</sup>**

Som landets nest største by har Bergen en rekke utfordrende temaer i skjæringsfeltet mellom bolig og folkehelse. Som vi vil komme tilbake til i neste kapittel, hvor vi ser på planleggingsstrategier, herunder kartlegginger av levekår, er noe av det mest karakteristiske med Bergen de store variasjonene i levekår mellom ulike soner. Dette speiles også i boligmassen og befolknings-sammensetningen. Dette er store arbeidsfelt som viktiggjør kommuneorganisasjonens problemløsningsevne i dette arbeidsfeltet.

Generelt vil den politiske organiseringen av bolig og folkehelse være annerledes i Bergen kommune enn i de andre case-kommunene, gitt at Bergen har en parlamentarisk styringsmodell. Dette betyr en betydelig mer tydelig politisk tilstedeværelse i det administrative apparatet enn i de andre kommunene vi ser på her. Både saksforberedelse og implementering vil således ha langt mer preg av å være politisk styrt sammenliknet med saksforberedelse under formannskapsmodellen, hvor det først og fremst er

---

<sup>21</sup> Etter maktskiftet i Bergen i slutten av oktober 2015 har enkelte av byrådsavdelingene endret navn. Så langt vi kan se er de politikkområdene som er relevante for denne rapporten ikke vesentlig berørt av endringene.

rådmannen som er koblingspunktet mellom administrasjon og politisk nivå.

I Bergen er det den samme bystyrekomiteen som har ansvaret for tomtepolitikken, som har ansvaret for boligpolitikken overfor vanskeligstilte. Bergen kommune har hatt og har en stort fokus på organisering og samarbeid mellom kommunens aktører innenfor det boligpolitiske området, som et virkemiddel for ”økt kvalitet, økt differensiering og økt kapasitet”, slik det heter i boligmeldingen 2014-2020.<sup>22</sup>

I Bergen kommune er både utbyggingspolitikk og det boligsosiale arbeidet organisert innenfor Byrådsavdelingen for sosial, bolig og områdesatsing. Dette er i et folkehelseperspektiv en meget interessant organisasjonsmodell, i det bolig slik ses i relasjon til kommunens øvrige sosiale arbeid og satsning på områdeutvikling. Slik knyttes også bolig eksplisitt til kommunens fordelingspolitiske arbeid.

Ansvaret til **byrådsavdelingen for sosial, bolig og områdesatsing** er igjen fordelt på underliggende etater, som har ulike oppgaver på det boligsosiale virksomhetsfeltet. Således har eksempelvis:

- **Boligetaten** ansvaret for de ulike økonomiske ordningene og kommunale utleieboliger, mens etat for sosiale tjenester har ansvaret for sosialtjenestens virkemidler, herunder midlertidig plass til personer som ikke klarer å skaffe seg bolig selv, samt booppfølgingstjenesten etc.
- **Etat for psykisk helse og rustjenester** har ansvaret for botrening, akuttovernatting og et bo- og rehabiliteringssenter.
- Ansvar for drift og forvaltning av byens kommunale utleieboliger ligger til **etat for boligforvaltning**.

**Byrådsavdelingen for helse og omsorg** har ansvaret for boliger og botiltak for eldre, mens **byrådsavdeling for byutvikling, klima og miljø** har ansvaret for prosesser rundt regulering, planlegging og byggesak.

---

<sup>22</sup> Bergen kommune: Boligmelding 2014-2020, side 5.



Dette innebærer at det boligpolitiske arbeidet er relativt fragmentert i Bergen kommune, innenfor en horisontal organisasjonsstruktur.

Folkehelsearbeidet, derimot, ligger under Helsevernenheten i Bergen kommune. Enheten har ansvaret for miljørettet helsevern, herunder folkehelse, smittevern og frisklivsentralene. Enheten følger opp helsevern i syv kommuner, som i tillegg til Bergen omfatter de tre Sotrakommunene Fjell, Øygarden og Sund, samt Austevoll, Os og Vaksdal. Kommuneoverlegens stab er samorganisert og samlokalisert med avdelingen for miljørettet helsevern. Denne organiseringen beskrives av våre informanter i avdelingen som meget nyttig. Dette benyttes for å gi uttalelser en medisinskfaglig tyngde, blant annet når avdelingen uttaler seg til kommuneplanen eller annet.

I avdeling for miljørettet helsevern er de mest sentrale folkehelse-relaterte kommunale oppgaver samorganisert. Dette gir en stor bredde i det helsefaglige arbeidet, samtidig som det gir en mulighet til å se tiltak og innsats på tvers.

De sentrale koordinerende virkemidlene mellom avdeling for miljørettet helsevern og bredden av andre kommunale temaer, herunder bolig, går via planleggingsverktøyet og faglige uttalelser. Bergen kommune har en folkehelseplan, "Folkehelseplan for Bergen kommune 2015-2025: Aktiv by – friske bergensere", vedtatt av bystyret, som forutsettes å være et grunnlagsmateriale for samtlige andre relevante planer utarbeidet i kommunen. Dette kan være transport, bolig, skoler, etc. Dette er jobbet frem av en tverretattlig gruppe. Her var både finans, byutvikling, helse og bolig representert, i tillegg til andre. Nettopp det å ha en tverretattlig og bred sammensetning av arbeidsgruppen var et viktig grep for å gi bredden av sektorer en tilhørighet til planen. Dette er igjen et viktig virkemiddel for å gi disse ulike kommunale sektorene et forhold til folkehelsearbeidet, som de så i neste omgang kan ta med seg inn i det mer sektorspesifikke arbeidet.

Helsevernetaten har ikke et koordineringsansvar for folkehelsearbeidet.

Avdeling for miljørettet helsevern uttaler seg til alle reguleringsplaner av noe størrelse, og som har relevans i et helseperspektiv. Dette kan spenne fra å understreke hensyn til radon og stråling fra

høyspentmaster ved planlegging for boligutbygging, til sikkerhet i forhold til trygg skolevei, anleggelse av lekeplasser på solfylte steder med videre. I disse uttalelsene trekker avdelingen for miljørettet helsevern store vekslers på den medisinskfaglige kompetansen de har tilgang til, gjennom samlokaliseringen med kommuneoverlegens stab. Dette gir deres argumenter en medisinskfaglig legitimitet.

Utover dette, er det lite formelt samarbeid mellom avdeling for miljørettet helsevern og byrådsavdelingen for sosial, bolig og områdesatsning, i form av at en fysisk treffes for å diskutere og koordinere tiltak. Bergen kommune har ingen folkehelsekoordinator. Avdeling for miljørettet helsevern har heller ikke formelt koordinering av folkehelsearbeid som et eksplisitt arbeidsfelt. Avdelingen ivaretar imidlertid gjennom sitt store arbeid inn mot planer et ikke ubetydelig koordinerende arbeid den veien, dette kommer vi tilbake til i neste kapittel.

Gjennom sitt overordnede ansvar for helsesituasjonen, og alle helserelaterte spørsmål og problemstillinger i kommunen, koordinerer imidlertid helsevernetaten i Bergen kommune en rekke enkelthendelser relatert til bolig. Således får for eksempel helseetaten mange henvendelser hvor beboere klager på utleieboliger de har fått henvist. Dette kan være om fukt, råte, veggdyr, etc. Noen ganger deltar Helseetaten også på befaring og visning på boliger, hvor helseskadelig innemiljø kan være en problemstilling.

Helseetaten jobber også for å veilede personer i det å bo helsemessig forsvarlig. Dette retter seg blant annet mot en del personer med kulturell bakgrunn fra varmere land, hvor noen for eksempel har behov for å bli veiledet i konsekvensene av for høye temperaturer innendørs og for høy luftfuktighet for luftkvalitet. Dette er særlig viktig der det er barn i husholdet.

Kommunen har derfor etablert en organisasjonsstruktur, som i kombinasjon med planapparatet som vi skal se på i neste kapittel, har tatt koordineringen av bolig og folkehelse på alvor.

### **Kristiansand kommune**

Som en av landets største kommuner har også Kristiansand levekårsutfordringer, og et særlig fokus er blant annet på å forberede

seg på den stadig voksende andelen eldre. For å møte de store arbeidsoppgavene og utfordringene som ligger foran seg, har også Kristiansand kommune bygget opp en organisasjonsstruktur som er ment å håndtere dette på en forsvarlig måte. Som for Bergen kommune skjer dette gjennom en kombinasjon av organisatoriske verktøy, men kanskje særlig gjennom planapparatet.

Kristiansand kommune har opprettet en egen folkehelsekoordinator med ansvaret for å jobbe tverrsektorielt med folkehelse. Opprinnelig var stillingen, som kom i 2001, et ledd i en forebyggende helsesatsing. Opprinnelig var stillingen derfor blant annet samorganisert med kommuneoverlegen, og lå til helse- og sosialsektoren. I 2014 ble imidlertid stillingen flyttet til by- og samfunnsenheten under teknisk sjef. Teknisk sektor har et mandat til å jobbe tverrsektorielt, og plasseringen av folkehelsekoordinatorer her var et grep for i større grad å sikre kommunisering av folkehelseperspektivet inn mot øvrige sektorer.

Den tverrsektorielle ledelsen og koordineringen av folkehelsearbeidet i Kristiansand kommune er i samsvar med den nye folkehelseloven, hvor ansvaret for folkehelsearbeidet legges til kommunen som sådan og ikke til kommunens helsetjeneste, som pålagt tidligere i kommunehelsetjenesteloven. Med overgangen til teknisk sektor har en ønsket å legge grunnlaget for at ledelse- og koordineringsansvaret for folkehelsearbeidet i Kristiansand kommune i større grad samordnes med det overordnede planarbeidet, befolkningsanalyser og levekårsoversikter, som er sentrale oppgaver innenfor by- og samfunnssetaten.

Ved å ligge til teknisk sektor, er folkehelsekoordinatorer organisert sammen med den generelle utbyggingspolitikken. Det boligsosiale arbeidsfeltet er lagt til virksomhet for service og forvaltning. Denne er også en virksomhet under helse- og sosialsektoren.

Dette gir en mulighet på sektornivå, for å legge bolig inn som en premiss i folkehelsearbeidet og omvendt.

I virksomheten for service og forvaltning er det en egen boligavdeling, som har ansvaret for det boligsosiale. Dette omfatter både overordnede vurderinger, men også konkrete fordelinger av kommunale boliger. Et sentralt verktøy her er også den boligsosiale handlingsplanen. En ambisjon er imidlertid at denne skal jobbes inn som en del av kommunens boligprogram, for i større

grad å se det boligsosiale som en del av den ordinære boligpolitikken. Dette er et ledd også i å gjøre det boligsosiale til en naturlig del av kommunens ordinære arealpolitikk, ”så det ikke blir et haleheng” som en informant i planavdelingen uttrykte det. Vedkommende informant mente at dette var viktig for å kommunisere at det boligsosiale arbeidet ikke bare var noe spesielt som helse- og omsorgsansvarlige arbeidet med, men at hensynet til vanskeligstiltes behov på boligmarkedet måtte ligge inne som hensyn i hele det generelle utviklingsarbeidet i kommunen.

I tillegg til disse organisatoriske grepene, ligger det en mulighet for å jobbe tverrsektorielt gjennom det såkalte *Arbeidsutvalget for folkehelse*. Mandatet her er å følge opp det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, og utvalget er satt sammen med representanter fra alle sektorene. I forhold til det boligpolitiske, kobles arbeidsutvalget for eksempel på når prosesser om bolig kjøres på plannivå. Innspillene som gis tar i stor grad utgangspunkt i det utfordringsbildet innenfor bolig- og levekår som er utarbeidet for kommunen, se neste kapittel.

I sum ser altså også Kristiansand kommune, i sin organisasjonsstruktur, ut til å ha lagt til rette for å implementere et koordinert bolig- og folkehelsearbeid. Dette er også i samsvar med de sentrale styringssignalene.

### **Fredrikstad kommune**

Fredrikstad kommune er en forholdsvis stor kommune på Østlandet. Den blir omtalt som å ha levekårsutfordringer knyttet til å integrere innvandrere, lavt utdanningsnivå, arbeidsledighet på grunn av strukturendringer i næringslivet og noe opphopning av sosiale utfordringer i visse boligområder. Kommunen har mange leieboliger og er avhengig av å ha dette for å imøtekomme etterspørsel også fra en stor gruppe studenter.

Det er for tiden Arbeiderpartiet som har ordfører. Den kommunale administrative organisasjonen er delt inn i seksjoner, seksjonene har virksomheter. Seksjonen for økonomi og organisasjonsutvikling er en stabsfunksjon og har blant annet sekretariatsfunksjonen for politisk og administrativ ledelse. Seksjon for utdanning og oppvekst har virksomhetene skoler og barnehager, samt barnevern, helsevern for barn og unge og PP-tjenesten. Seksjon helse og velferd er en stor seksjon og har blant

annet ansvaret for botiltak til voksne og omsorgsboliger, ingen av disse er egne virksomheter, samt NAV. Seksjon for kultur, miljø og byutvikling har virksomheter knyttet til by- og næringsutvikling, bærekraftig samfunnsutvikling, miljø og landbruk, kultur og kulturtiltak for barn og voksne, inkludert fritidsklubber, idrettslag, kulturskolen og biblioteket. I tillegg er det en virksomhet for geomatikk. Seksjon for regulering og teknisk drift har blant annet virksomheter innenfor bygg og eiendom, park, vei, vann og avløp, renovasjon, boligforvaltning, parkering og transport og regulering og byggesak. Seksjonene ledes av kommunalsjefer.

I denne kommunen arbeides det mye på tvers av seksjoner og virksomheter. Dette avspeiler seg på forskjellige måter. For det første slås det fast at rådmannen er øverste administrative ansvarlige for folkehelsearbeidet. Videre pekes det på at det er de forskjellige seksjonene som er ansvarlige gjennom sitt plan- og budsjettarbeid som skal gis en folkehelseorientering. Det vises også til at virksomhet 'Bærekraftig samfunnsutvikling' har ansvaret for å lede en tverrsektoriell arbeidsgruppe som møtes månedlig – en koordinerende arbeidsgruppe. Det er også vedtatt at alle politiske saker skal vurderes mht. konsekvenser for levekår og folkehelse. Dette er inkludert i saksbehandlerstøtten kommunen gir.

Kommunens saksbehandlere har et selvstendig ansvar for å vurdere folkehelse, men seksjon kultur, miljø og bærekraftig utvikling har et overordnet ansvar for å påse at det tas hensyn til dette i plansaker. Folkehelse er også en del av politikeropplæringen som gis til nye representanter hvert 4. år. (Kommune 3, kommunedelplan for folkehelse: 39-40, intervju 27.10.15). Videre slås det fast i rådmannens rundskriv til kommunalsjefer der befolkning, levekår og folkehelse er nedfelt som første prioriterte punkt knyttet til kommuneplanens innsatsområder. Senere i dokumentet pekes det på at folkehelse og levekår har to overordnede mål som er å bedre folkehelsen og redusere sosial ulikhet i helse. utfordringene knyttes til tidlige leveår og utdanning, levekår, helserelatert atferd og flere eldre (Fredrikstad kommune, notat 25.06. 2015).

Folkehelse karakteriseres som å dreie seg om boligpolitikk (intervju 15.09.2015). Det har vært ansatt en folkehelsekoordinator i kommunen siden 2002 og det er etablert et godt samarbeid med det regionale nivået. Kommunen har laget en kommunedelplan for folkehelse som bygger på en levekårsutredning som nå er

gjennomført for andre gang. I levekårsutredningen ble kommunen delt i mange små soner, og det ble tydelig at levekårsproblematikken var knyttet til soner. Det ble trukket en konklusjon om at den dermed også var knyttet til bolig. Kartleggingen viste at utleieboliger og kommunale boliger var lokalisert i de samme områdene, at dette var avgrenset til noen få områder i kommunen og at dette kunne medføre opphopning av sosiale utfordringer i disse avgrensede områdene. Levekårsutredningen brukes inn som et grunnlag for oversikten kommunen skal lage etter § 5 i folkehelse-loven, og den er brukt som et grunnlag for å lage både kommunedelplan for folkehelse og for bolig. Kommunedelplan folkehelse er oversiktsdokumentet og kunnskapsdokumentet i ett (intervju 15.09.15, 30.10.15 og 27.10.15).

Levekårsutredningen ble laget på grunnlag av data fra Statistisk sentralbyrå, og bearbeidet av et team satt sammen fra ulike seksjoner og virksomheter – både kultur, miljø og byutvikling og helse og velferd hadde med representanter i dette arbeidet. Fra kultur, miljø og byutvikling deltok folkehelsekoordinatoren, en kommunelege og en planlegger. Disse representerer virksomheten 'Bærekraftig samfunnsutvikling' som er rammen for aktivitetene bærekraftig utvikling som inkluderer miljø, folkehelse, lokal-samfunn og samfunnsmedisin, samt kommuneplanenes samfunnsdel. Fra helse og velferd deltok vedkommende som har ansvaret for boligsosial handlingsplan. Det er kommuneleger plassert både i seksjonene kultur, miljø og byutvikling og helse og velferd. De bidrar både til arbeidsområdene folkehelse og miljørettet helsevern. Det oppfattes det hen at å ha gjennomført levekårskartleggingen medfører at diskusjonene knyttet til planlegging blir mer nyansert og at det øker treffsikkerheten knyttet til å prioritere de rette sakene (intervju 21.09.15, 27.10.15).

Knyttet til bolig har det nylig vært en reorganisering der det er etablert et tildelingskontor som har ansvar for å tildele alle typer kommunale boliger. Kontoret skal også se behovet i alle enheter i sammenheng. Seksjon for regulering og teknisk drift har ansvaret for å skaffe fram boliger, samt for forvaltningen av boligene, den har også ansvaret for eventuelt kjøp av tomter. Boligforvaltning er en egen virksomhet. Inntil nylig var dette arbeidet spredd på de forskjellige virksomhetene som hadde behov for boliger, mens vedkommende som arbeider med boligsosial handlingsplan er lokalisert i seksjon helse og velferd. Kommunen bruker

Husbankens ordninger, den har et boligsosialt handlingsprogram, er i gang med et «Housing first»-opplegg, og den skal i gang med bolig for velferd. Det er etablert et team som arbeider med den boligsosiale handlingsplanen. Teamet har vært virksomt om lag et år. Det er etablert en fast boligsosial beslutningsgruppe, der medlemmene er nøkkelpersonell fra seksjoner, blant annet mellomledere og kommunalsjefer. Det pekes eksplisitt på at reguleringsjefen er med i teamet. Dette er gjort for å sikre at gruppen har beslutningsmyndighet (intervju 30.10.2015). Det oppfattes likevel som en utfordring å samhandle med private aktører på boligmarkedet, særlig utbyggere som det blir oppfattet har mye makt og kan trekke seg fra prosjekter hvis de ikke får det som de vil (intervju 27.10.15).

Knyttet til oppvekst og utdanning er det en satsning på gang på tidlig innsats overfor utsatte barn og unge. Denne starter allerede ved helsestasjonene, der det er satt i gang et familiestøtteprogram for å fange opp om barn og foreldre kan være utsatt for risiko så tidlig som overhode mulig. Det arbeides kunnskapsbasert ut fra at slike tiltak og tiltak som barnehager er sosialt utjevnende på sikt. Avdelingen plukker opp de fakta som er gitt i levekårsutredningen, den følger opp at levekår og folkehelse skal inn i plan- og budsjettarbeidet i seksjonen og konkret dykkes det inn i to av sonene der kartleggingen viste at det var levekårsutfordringer. Det samarbeides med både private aktører og aktører i tredjesektor for å få på plass tiltakene som tas i bruk (intervju 2, 22.09.15).

Seksjon for kultur, miljø og byutvikling følger opp bestemmelsen i Folkehelselovens § 5, og det ble laget en levekårsutredning som lå i bunn for oversiktsdokumentet. Arbeidet er forankret på politisk og administrativt nivå, dvs. hos rådmannen som har tatt det overordnede ansvaret for folkehelse og bolig. Det var for eksempel rådmannen som tok initiativet til at det skulle gjennomføres levekårskartlegginger. Folkehelsearbeidet er likevel delegert til seksjon for kultur, miljø og byutvikling som sørger for at også andre seksjoner og virksomheter involveres med de fagområdene de har spesielt ansvaret for. Medarbeidere som er sentrale i arbeidet har kompetanse på sitt fagfelt og de ser ut til å være ansatt og å arbeide noe «på tvers» i kommuneorganisasjonen. Det var for eksempel to kommuneleger i seksjon for kultur, miljø og byutvikling, og disse bringer den medisinske kunnskapen inn i planarbeidet. Samtidig framstår planleggere som lydhøre overfor

de medisinske argumentene. Dette resulterte i fokus på levekår knyttet til planarbeidet, og levekår er nå på veg inn i arealplanen og detaljreguleringene som gjennomføres.

Partnerskap, samarbeid og koordinering antar mange former i denne kommunen. Kommunen ansatte tidlig en folkehelsekoordinator som har ansvar for å koordinere arbeidet som gjennomføres knyttet til folkehelse, og samarbeid med kommunelegene ble tidlig etablert. Det er også etablert flere samhandlingsfora på tvers av seksjoner og virksomheter. Noen av disse har tatt utgangspunkt i gruppene som settes ned knyttet til utarbeidelse av planer og som det så er besluttet at skal videreføres. Et team bestående av folkehelsekoordinator, en av kommunelegene og en planrådgiver jobber med levekårskartleggingen og kommunedelplan folkehelse og koordinerer dette arbeidet mellom virksomheter i seksjon for kultur, miljø og byutvikling. Den boligsosiale beslutningsgruppen var satt sammen av medlemmer fra flere virksomheter i seksjon for kultur, miljø og byutvikling, ikke minst virksomhet for regulering, og fra helse og velferd. Dette gjør det mulig å se den generelle tilretteleggingen for bolig i sammenheng med det boligsosiale arbeidet.

Det er etablert et tildelingskontor for bolig som er et utgangspunkt for å se helhetlig på den sosiale boligpolitikken og bruken av Husbankens virkemidler. I tillegg er det etablert samarbeidsfora som er fleksible i natur og der deltakerne skal møtes ved behov, for eksempel grupper som skal avgi uttalelse før det vedtas nye reguleringer. Kommunen bruker altså flere modeller for tverrsektorielt samarbeid. Den har institusjonaliserte ordninger, som tildelingskontoret for bolig, de faste tverrsektorielle møteforaene, og folkehelsekoordinatoren, samt at det er etablert mer fleksible fora der medlemmene møtes ved behov. Å etablere en stilling kun for folkehelsekoordinator fremmer ikke nødvendigvis samarbeid i seg selv, i og med at vedkommende kan koordinere parter sekvensielt.

### **Melhus kommune**

Melhus kommune er en landkommune som også er en randkommune til Trondheim. Kommunen har ca. 16 000 innbyggere. Innbyggerantallet er i vekst, ca 1-1,5 prosent økning per år. Hele Trondheimsregionen er vokser, noe som påvirker boligbygging og boligpriser også i Melhus. Kommunen har en helhetlig tiltaksplan



for boligbygging, der denne veksten blir tatt høyde for i strategier og virkemidler (Melhus kommune 2015).

Melhus er en desentralisert kommune med flere sentra/tettsteder. Alle tettstedene har skole, barnehage, sykehjem, skianlegg og kunstgressbane. Mange innbyggere arbeider i Trondheim og pendler dit daglig. Kommunen har for øvrig et allsidig næringsliv, og er ikke spesielt sårbare for konjunkturedringer, slik for eksempel industrikommuner kan være. Melhus er for øvrig en av Husbankens programkommuner (2013-2016).

Melhus kommune er organisert etter formannskapsmodellen, og det er Arbeiderpartiet som har ordførervervet i kommunen. Kommunens administrasjon har en flat organisasjonsstruktur. Den består av 23 virksomheter og fire stabsseksjoner. Virksomhetene/seksjonene har en virksomhetsleder/seksjonsleder som deltar i rådmannens ledergruppe. Rådmannsteamet består av rådmannen og to assisterende rådmenn. Virksomhetene som er relevante i denne sammenhengen, er som følger:

Virksomheten *Arealforvaltning* omfatter plan- og byggesaksbehandling, GIS kart- og oppmåling, friluftsliv, landbruk, motorferdsel i utmark, landbruksvikarordning og opprydning i spredt avløp. *Bygg og eiendom* omfatter drift og vedlikehold, renhold, boligforvaltning og nybygging.

*Aktivitet og bevegelse* omfatter ergo- og fysioterapitjenesten, privat fysioterapipraksis og Melhus Sansesenter. Her finner man også ”Tverrfaglig samhandling” – adresse for koordinerende enhet for voksne, med ansvar for å ha oversikt over brukere med Individuell plan. *Bo og avlastning* omfatter hjemmetjeneste i boliger med heldøgns pleie og omsorg, avlastningstilbud for funksjonshemmede, hjemmehjelp og boveiledning. *Familie og forebygging* omfatter barnevern, PP-tjeneste, helsesøstertjeneste, familiesenter, psykisk helsetjeneste, rus- og tiltakstjeneste og NAV(kommune).

*Helse- og omsorgstjenestene* er områdeorganisert, dvs. at eldrecentre, sykehjem, hjemmesykepleie, hjemmehjelp, omsorgsboliger, trygdebolig og dag- og aktivitetssentre er organisert i hver av kommunens tre deler.

*Kultur og fritid* omfatter bibliotek, kulturskole og allment kulturarbeid som fritidsklubber, bygdetun og museer, frivillighets-sentralen, kino, kulturminnevern og teater og andre kulturtiltak. *Læring og tilrettelagt arbeid* omfatter tilrettelagt arbeid, flyktningetjeneste, voksenopplæring og overordnet ansvar for lærlinger

*Teknisk* omfatter kommunale veier og gatelys, trafikkisikkerhetsarbeid, sikringskjøring, naturskader, kommunale avgifter, eiendomsskatt, vannforsyning, avløpshåndtering og private avløpsanlegg.

Ut fra dette kan vi se at kommunen er noe fragmentarisk organisert. For eksempel har kommunen tre virksomheter for helse og omsorg. Denne oppdelingen har bakgrunn i at de tre områdene tidligere var kommuner, og virksomhetene fortsatte på sitt område etter kommunesammenslåing. Oppdelingen har blitt kritisert i en evaluering, og det er mulig kommunen vil endre på denne organiseringen (Agenda Kaupang 2015). I følge evalueringen kan denne *siloorganiseringen* av helse og omsorg hindre samarbeid på tvers. Den kan også være til hinder for mulighetene for å følge hovedprinsippene i Samhandlingsreformen, der det søkes å hjelpe innbyggerne til å klare seg selv i egen bolig så lenge som mulig, og minimere bruk av institusjonsbasert omsorg. For å nå dette målet, anbefales en enhetlig strategisk ledelse av helse- og omsorgssektoren, med effektiv ressursutnyttelse og styring av tjenestene i kommunen (ibid.:8).

#### *Kommunens folkehelsearbeid*

For å få et innblikk i hvordan Melhus kommune arbeider med og tenker rundt folkehelse, arrangerte NIBR en workshop/fokusgruppe. For å belyse folkehelsearbeidet, deltok flere personer som på ulike vis kommer i berøring med folkehelse i sitt arbeid: rådmannen, helsefaglig rådgiver, rådgiver innenfor plan, programkommuneleder for Boligsosialt utviklingsprogram, virksomhetsleder for arealforvaltning og utbygging, en rådgiver innenfor samfunnssikkerhet og beredskap, representant fra NAV med ansvar for bruk av Husbankens virkemidler, kommunelege innenfor folkehelse, enhetsleder innenfor psykiatritjenesten, og daglig leder for rustiltakstjenesten.

Her stilte vi spørsmål om kommunens organisering av folkehelsearbeid og organisering av denne. Vårt hovedinntrykk fra denne workshopen var at de oppmøtte hadde mye kunnskap og entusiasme rundt folkehelsearbeidets betydning og viktighet, og hvordan bolig kommer inn i arbeidet.

I følge representantene som møtte opp, har det lenge vært fokus på folkehelse i kommunen. Men koordineringen har vært mangelfull. Det er nå en tydelig nysatsing på feltet. Dette gjenspeiles også i kommunens økonomi- og handlingsplan. Her kommer det klart frem at kommunen ønsker å synliggjøre folkehelse som en overordnet oppgave fremover. To gode symbolske eksempler på dette er for det første at folkehelse som budsjettpost får økt bevilgning fremover. For det andre er feltet administrativt flyttet fra rammeområdet for helse og omsorg, til administrativ støtte og utvikling; med andre ord til rådmannsnivå. På denne måten ønsker kommunen å løfte fokuset på folkehelse et hakk opp, der rådmannstaben har ansvar for koordineringen av arbeidet (Melhus kommune 2014). Kommunen definerer også i kommuneplanens samfunnsdel folkehelse som et viktig område på linje med brukermedvirkning, miljø, klima og energi, samt samfunnsikkerhet og beredskap. Her kan vi se et eksempel på at planene er forankret i hverandre (Melhus kommune 2009, 2014).

Kommunen er i gang med å implementere et folkehelseforum i de politiske prosessene. En folkehelseundersøkelse er bestilt. Denne skal legge grunnlag for en folkehelseplan.

Hva sier deltakerne i fokusgruppen om kommunens folkehelsearbeid? Et poeng som ble gjentatt flere ganger, er at kommunen er for fragmentarisk organisert. Det er en liten stab som skal fungere som overbygning for 23 virksomheter. Det er utviklingsseksjonen i rådmannstaben som står for det meste av samordningen, herunder av folkehelsearbeidet.

En nyansatt kommuneoverlege har folkehelse som ett av sine ansvarsområder, denne er som nevnt plassert i rådmannens stab. Kommuneoverlegen deltar i møtene i folkehelseforum når det lar seg gjøre, og deltar i forberedelsen av saker i til folkehelseforum når kompetansen er påkrevd.

Kommunen har dannet et folkehelseforum. Dette har imidlertid ikke kommet skikkelig i gang etter kommunevalget, man er usikker

på hvem som bør delta (folkehelseforum oppnevnes hvert 4. år, i tilknytning til kommunevalget). I dette forumet skal representanter fra administrasjonen delta sammen med politikere, frivillige organisasjoner og andre som har en relevant posisjon. Meningen er å knytte sammen kommunen med aktører ”ute i samfunnet”.

Folkehelsearbeidet, i den formen det er ment å få fremover, er med andre ord i oppstartfasen. To viktige milepæler fremover blir arbeidet med et oversiktsdokument, samt ansettelse av en person som skal ha ansvar for folkehelse i plan. Dette er imidlertid ikke en fulltids ”folkehelsestilling”, snarere en person som har ansvar, men som også har ansvar for andre planrelaterte spørsmål. Det er en sterk bevissthet rundt folkehelse i kommunen. Folkehelseforumet har eksistert over lang tid, det som har manglet er koordineringen, i følge deltakerne på workshopen. Det har ikke vært ressurser til koordinering, folkehelsearbeid har vært noe ansatte har hatt i tillegg til det daglige arbeidet.

Hvilke møteplasser eksisterer for diskusjoner rundt dette arbeidet? Virksomhetslederne for helse og omsorg, skole og barnehage, kultur og aktivitet, teknisk møtes en gang i måneden. Det eksisterer også andre grupper som samhandler på tvers. Også her har den overordnede koordineringen manglet, ifølge representantene fra kommunen.

### 3.4 Gode modeller for organisering - noen avsluttende kommentarer

Alle de tre største kommunene vi har sett nærmere på i denne casestudien har fanget opp de styringssignalene som gis om partnerskap og samarbeid knyttet til bolig og folkehelse, selv om måten dette er innarbeidet på i organisasjonsstrukturen varierer. Felles for i alle fall de to største kommunene, Bergen og Kristiansand, er at folkehelse i begrenset grad er formelt samorganisert med ansvarsområdet for bolig. Sentralt er imidlertid at folkehelseansvarlig kommuniserer med øvrige ansvarlige sektorer relatert til bolig. I Kristiansand er dette søkt ivaretatt gjennom å samlokalisere folkehelsekoordinatoren med by- og samfunnsutviklingsenheten under teknisk sjef. I tillegg er det etablert fora, som for eksempel Arbeidsutvalg for folkehelse i

Kristiansand, som også arbeider tverrsektorielt, gjennom representasjon fra hele bredden av kommunale sektorer.

Folkehelseansvarlige kan også sitte tett på de andre sektorene gjennom å være gitt uttalerett til planarbeider av noe størrelse, herunder også reguleringsplaner.

Helsevernetaten i Bergen har god nytte av å være samlokalisert med kommuneoverlegen, for slik å gi en medisinskfaglig tyngde til sine uttalelser. I Kristiansand har en ikke en tilsvarende tett organisasjonstilhørighet med kommuneoverlegen, men én av våre informanter karakteriserer allikevel samarbeidet som tett. Dette har ikke minst sammenheng med at de er fysisk samlokalisert.

Det er imidlertid ikke bare kontaktflaten sektorene imellom som er viktig i forhold til å kommunisere folkehelseperspektiver inn i boligarbeidet. Således driver for eksempel avdelingen for miljørettet helsevern i Bergen kommune også en betydelig publikumsrettet informasjons- og veiledningsvirksomhet. Denne er blant annet rettet mot spørsmålet om hvordan benytte boligene, noe som særlig kan være relevant for personer med kort botid i Norge. Samme avdeling tar også i mot henvendelser vedrørende mangler og problemer med tildelte boliger etc.

Kommunenes rolle i boligpolitikken er imidlertid kjennetegnet av at ikke bare et bredt spekter av kommunale sektorer, mål og aktører er relevante, men også at dette er et område hvor kommunene, i alle fall innenfor den generelle boligpolitikken, mer har rollen som tilrettelegger og planmyndighet, enn som faktisk utbygger. Dette setter også visse begrensninger på mulighetene for å implementere de intensjoner som ligger i det kommunale folkehelsearbeidet. Det skal vi følge opp i neste kapittel. Her skal vi imidlertid nøye oss med å vise til at ettersom markedet fungerer som den viktigste fordelingsmekanismen for bolig er det også en nødvendighet å samhandle med private aktører på dette området. Dette kan være en utfordring.

Det viktigste verktøyet i møte både med andre sektorer og private aktører, er planverktøyet. Vi vil derfor i neste kapittel se nærmere på kommunenes arbeid både med å utvikle en folkehelseoversikt som kan belyse helsestatus og bakenforliggende påvirkningsfaktorer for helse, samt hvordan en slik oversikt benyttes til å kommunisere tverrsektorielt i kommunene.

---

## 4 Planlegging

### 4.1 Innledning

Planlegging er et viktig virkemiddel for kommunene. Som vi skal se i dette kapitlet er et godt utarbeidet og systematisk planverktøy et meget viktig verktøy for å koordinere bolig og folkehelse, utover de muligheter som ligger i en integrert organisasjonsmodell. Både bolig- og folkehelsepolitikken i kommunene knyttes tett til planleggingen. Dette er særlig relevant innenfor boligpolitikken, gitt at denne først og fremst dreier seg om arealbruk og båndlegging av arealer i kommunene. Planarbeid er også viktig innenfor den sosiale boligpolitikken, både fordi planarbeidet her må basere seg på et bredt spekter av sektorer, men også fordi kommunens sosiale boligpolitikk har betydning for den geografiske fordelingen av levekår i kommunen.

Folkehelsepolitikken står sentralt i kommunenes virksomhet, fordi sentrale trekk ved befolkningens helse og trivsel, samt det å skape gode sosiale og miljømessige forhold for befolkningen i kommunene, ikke kan ses løsrevet fra andre aspekter ved kommunal virksomhet. Boligpolitikk er slik sett viktig for velferd utviklingen i en kommune. Den er også et av de viktigste virkemidlene en kommune har for å redusere sosiale ulikheter. Folkehelsepolitikken har som målsetting å redusere sosial ulikhet, og arbeidet skal blant annet gjennomføres ved å lage en oversikt over helsetilstand og positive og negative faktorer som påvirker helsen etter FHL § 5.

## 4.2 Det kommunale plansystemet og folkehelse

PBL krever at alle kommuner skal vedta en kommuneplan. Aarsæther (2013) peker på at grunnstrukturen i plansystemet er at det utarbeides og vedtas en planstrategi. Denne prioriterer de områdene det skal lages planer på, og den skal vedtas ett år etter valget. Planstrategien ligger til grunn for kommuneplanens samfunnsdel, som sier noe om status, utfordringer, mål og strategier for kommunen fremover. Denne igjen ligger til grunn for at det utarbeides en arealdel med områdeplan og detaljplaner, samt handlings- eller økonomiplan som også sier noe om kommunale investeringer (Aarsæther, 2013:70). Staten styrer den kommunale planprosessen på forskjellige måter: for det første styrer loven *når* prosessen skal starte lokalt, for det andre bidrar den inn mot styring av hvilke planer som skal lages og hvilken rekkefølge det skal skje i. Dette er viktig i vår sammenheng fordi det er planstrategien som først og fremst knytter sammen folkehelse og bolig. For oss er også den tredje faktoren viktig: staten ved Kommunal- og moderniseringsdepartementet setter opp noen forventninger til kommunal og regional planlegging. Disse forventningene ble vedtatt som dokumentet «Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging» og vedtatt ved kongelig resolusjon 12. juni i år (KMD 2015). Disse sier noe om hva som bør prioriteres i den kommunale planleggingen.

I dokumentet er det satt opp ti punkter, og mange av dem er interessante for vår problemstilling. Det første punktet sier blant annet at kommuner og fylkeskommuner «gjennom planleggingen skal trekke langsiktige grenser mellom by- og tettstedsområder og store sammenhengende landbruks-, natur- og friluftsområder». Det andre sier blant annet at de skal «legge til rette for tilstrekkelig og variert boligbygging, lokalisert ut fra hensynet til samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging». I det tredje punktet heter det at: «Kommunene sikrer høy arealutnyttelse rundt kollektivknutepunkt, tilrettelegger for økt bruk av sykkel og gange i dagliglivet, og sikrer sammenhengende gang- og sykkelforbindelser av høy kvalitet. Potensialet for fortetting og transformasjon utnyttes før nye utbyggingsområder tas i bruk». Det syvende punktet sier blant annet at: «Kommunene tilrettelegger for etablering av boliger, arbeidsplasser, handel, service og sosiale møteplasser i sentrum. Et

forpliktende samarbeid mellom kommunen og privat næringsliv bør vektlegges». De tre siste punktene vektlegger at: «Kommunene sikrer trygge og helsefremmende bo- og oppvekstmiljøer, frie for skadelig støy og luftforurensning». «Kommunene tar vare på naturverdiene og legger til rette for fysisk aktivitet og trivsel for hele befolkningen ved å sikre sammenhengende grønne strukturer, åpne vannveier og nær tilgang til områder for lek, idrett, rekreasjon og nærfriluftsliv» og at «Kommunene legger prinsippene om tilgjengelighet og universell utforming til grunn i planlegging av omgivelser og bebyggelse» (KMD, 2015:23).

For vårt formål er punktet om helsefremmende bo- og oppvekstmiljøer særlig relevant. Generelt er dette punktet nært relatert til våre observasjoner i rapporten «Bolig og folkehelse – hva er sammenhengen?», der vi observerte at litteraturen argumenterer for at den kompakte byen – variert bygningsmasse som gir tilgang til boliger og arbeidsplasser innenfor et avgrenset område, tilgang til offentlige og private tjenester, samt sammenhengende grøntstrukturer, gang- og sykkelveier – er positiv for både den fysiske og den mentale helsen. Dette er ikke ny kunnskap for planleggere og samfunnsmedisinere, men nå argumenteres det for at den bør ligge til grunn for utarbeidelse av kommunale og regionale planer. Elementer som knytter an til reduksjon av sosial ulikhet i helse er i liten grad omtalt som forventninger, lest med velvilje kan helsefremmende bo- og oppvekstmiljøer peke i den retningen, men reduksjon av sosial ulikhet i helse er ikke et av de temaene det pekes eksplisitt på.

Et viktig element i plansystemet er altså planstrategien som utarbeides hvert 4. år etter valget. Denne skal si noe om planbehov og vurdere hvilke planer som skal prioriteres den neste 4-årsperioden (PBL, 2008: § 10-1). Den skal også omfatte en drøfting av kommunenes strategiske valg knyttet til samfunnsutvikling, blant annet langsiktig arealbruk, miljøutfordringer og sektorenes virksomheter. Strategien leverer input til kommuneplanens samfunnsdel og dens handlingsdel, samt til kommuneplanens arealdel. Samfunnsdelen inneholder og trekker opp kommunens langsiktige utfordringer, mål og strategier for kommunesamfunnet som helhet (PBL, 2008: § 11-1). Arealdelen er juridisk bindende. Den viser sammenhengen mellom framtidig samfunnsutvikling og



arealbruk, og den innebærer en kartfesting av den planlagte utviklingen av kommunenes areal (PBL; 2008: § 11-5).

Kommuneplanen inneholder også en handlingsdel som angir hvordan planen skal følges opp i fireårsperioden eller på lengre sikt, og den skal revideres årlig. Ved siden av disse planene kan kommuner lage kommunedelplaner. Kommunedelplaner er tematiske planer og behandler tema og virksomheter kommunene mener det er viktig å sette søkelyset på. Kommunedelplaner kan utarbeides for areal, også som plan for å regulere et område. De kan også utarbeides for andre temaer der det anses som nødvendig. I følge veilederen for PBLs § 11-1 om kommuneplanene, er det kommunestyret som avgjør om det skal settes i gang arbeid med en separat kommunedelplan eller om det aktuelle temaet behandles som et tema innenfor en samlet kommuneplan. Kommunedelplaner skal til høring. Både folkehelse og bolig er tema for kommunedelplaner i kommunene som er inkludert i dette prosjektet, og de har enten utarbeidet en kommunedelplan for helhetlig boligplanlegging eller for folkehelse, eller de er i ferd med å gjøre det.

Knyttet til folkehelse peker Folkehelselovens § 4 på at kommunene skal «fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen». Paragrafen sier videre at kommunene skal fremme folkehelse innen de oppgaver og virkemidler kommunene har og at de skal medvirke til at helsemessige hensyn tas av andre myndigheter og virksomheter.

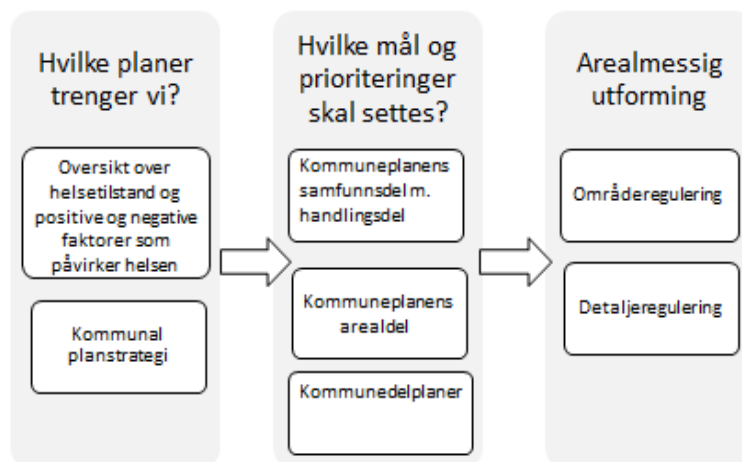
For at kommunene skal kunne ivareta disse hensynene må de være i stand til å koordinere sitt arbeid for å fremme helsen og se arbeidet i sammenheng mellom sektorer. Vi viste i forrige kapittel til noen av virkemidlene kommunene har for å få til koordinering og samordning, såkalt «whole of government-strategier». De kan ansette en folkehelsekoordinator og de kan etablere faste eller fleksible møtefora med medlemmer fra forskjellige sektorer (seksjoner, virksomheter og avdelinger er også begreper vi kan bruke på dette). De kan benytte seg av det vi kan kalle «kryssansettelser av kompetanse», dvs. at det er medisinere i avdelinger som har planlegging som hovedarbeidsområde eller vise versa. De

---

kan også reorganisere sin administrative virksomhet, slik at arbeidsområder som tidligere var lokalisert i atskilte sektorer, seksjoner eller virksomheter i stedet kan ses i sammenheng. Vi så at våre casekommuner har benyttet seg av flere av disse virkemidlene.

Et siste virkemiddel som er viktig i vår sammenheng er den oversikten over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne, som kommunene er pålagt å lage. Der skal de ta i bruk opplysninger statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig, kunnskap fra kommunale helse- og omsorgstjenester, samt kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse. Denne oversikten skal være skriftlig og den skal identifisere utfordringer, samt vurdere konsekvenser og årsaker. Den skal knyttes til og brukes som input til planstrategien.

Figuren nedenfor illustrerer hvordan folkehelse knyttes til planlegging.



Basert i H. Hofstad, oktober 2015

Figur 4.1 *Folkehelse i planleggingen*

### 4.3 Kommunenes ansvar og roller knyttet til bolig og folkehelse

Norske kommuner er generalistkommuner. Dette betyr at alle kommuner, uansett størrelse, beliggenhet eller andre kjennetegn, er forventet å ivareta det samme, brede oppgavespekteret. Det vil si at de for det første er demokratiske organer på lokalnivået, og at de skal gi innbyggerne reell mulighet til å påvirke kommunens avgjørelser. Dette skjer ved deltakelse i valg, ved direkte kontakt og andre former for deltakelse. For det andre er de ansvarlige for å yte tjenester til innbyggerne og per i dag har kommuner ansvar for langt de fleste brukerrettede offentlige tjenestene som ytes. For det tredje har kommuner ansvar for å tilrettelegge og styre samfunnsutviklingen knyttet til lokalområdet. En sentral del av dette er næringsutvikling og planlegging. For det fjerde har kommunene et ansvar for å sikre rettssikkerhet for sine innbyggere knyttet til både det materielle og prosessuelle aspektet ved de tjenester den yter.

De beslutninger som fattes om tjenesteyting skal være riktige knyttet til lover og forskrifter (materielt), og saker som kommer til behandling skal behandles uhildet og innenfor rimelige tidsfrister (prosessuelt) (Myrvold, 2001).

Boligpolitikken plasserer seg særlig innenfor kommunens rolle som samfunnsutvikler, men også folkehelsepolitikken er meget tett knyttet til denne rollen. I tillegg vil begge politikkområdene knytte an til tjenesteyterrollen, ikke minst spørsmålet om å tilby bolig til vanskeligstilte er en viktig tjeneste kommunene har ansvaret for. I tillegg gir boligpolitikken kommunene oppgaver som byggherre, tomteier, tomteutvikler, kredittgiver og annet. Også folkehelsepolitikken vil, i den grad den nedfelles som konkrete tiltak, knytte sterkt an til tjenesteyterrollen.

Det sterke fokuset på markedet som fordelingsmekanisme for bolig har endret den kommunale boligpolitikken og det er nå i stor grad private som fremmer detaljregulering av utbyggingsområder. Det vil si at de skaffer tomter og private aktører har dermed viktige roller som boligutbyggere. Privat aktører er viktige også i kraft av at de finansierer, selger, leier ut og vedlikeholder boligmassen. Kommunene får dermed rollen som forhandlingspart og kontrollør for private utbyggere. Områderegulering er, som vi så over, fortsatt et kommunalt ansvar og legger rammer for detaljreguleringen.

#### 4.4 Oversikt over helsetilstanden

Oversikt over helsetilstanden og positive og negative faktorer som påvirker denne skal altså lages av kommuner etter FHL § 5. Som vi så i forrige kapittel har denne paragrafen en egen forskrift, FOR 2012-06-28 nr. 692, og denne forskriften har en veileder. Forskriften skal altså legge til rette for et systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Den vektlegger at oversikten skal omfatte opplysninger om og vurderinger av:

- Befolknings sammensetning
- Oppvekst- og levekårsforhold
- Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- Skader og ulykker

- Helsereelatert atferd
- Helsetilstand

Det presiseres i kommentarene til § 3 at det med oppvekst- og levekårsforhold for eksempel menes økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold og utdanningsforhold. I merknadene pekes det på at levekår defineres i et samspill mellom individuelle faktorer og ressurser, og de muligheter det er til å realisere disse på arenaer som skole og arbeid. Det presiseres videre i kommentaren til § 3 at oversikten skal inneholde faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser og at den skal identifisere ressurser og folkehelseutfordringer lokalt og regionalt. Kommunen og fylkeskommunen skal være særlig oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Oversikten skal være løpende, og den skal dokumenteres på hensiktsmessig måte som del av ordinær virksomhet (§ 4). Oversikten skal foreligge ved oppstarten av arbeidet med planstrategi etter plan- og bygningsloven (§ 5). Det pekes på at som grunnlag for denne oversikten skal det foreligge opplysninger fra nasjonale kilder som er gjort tilgjengelige av Nasjonalt folkehelseinstitutt (§ 6).

Det presiseres i merknadene at begrepet systematisk peker på at kommunene definerer sine ressurser og folkehelseutfordringer. Disse skal inngå som grunnlag for planstrategien og for utvikling av tiltak. Det påpekes at dette er nødvendig for å nå målsettingen om en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse. Det innebærer også at arbeidet foregår planmessig og ikke tilfeldig. Samtidig skal det bygge på kunnskap om de faktiske ressurser og folkehelseutfordringer lokalt. Det er oversikten som skal sikre dette og oversikten er dermed kunnskapen som ligger til grunn for folkehelsearbeidet. Det er altså et lovmessig grunnlag som gjør det mulig for oss å anta at kommunene har utarbeidet oversiktsdokument og at de dermed har et kunnskapsgrunnlag for arbeidet med planstrategien.

#### 4.4.1 Kommunene og oversikten

Men så enkelt viser det seg at det ikke er. I en survey som ble sendt kommunene i 2014 kom det fram at det var 38 prosent som hadde laget en oversikt, 48 prosent som var i prosess med å lage den og

11 prosent som ikke var begynt. Resten visste ikke (Schou mfl., 2014:41-42). I casestudien spør vi derfor om i hvilken grad våre casekommuner har oversikt over helsetilstanden i sine respektive kommuner, slik det forutsettes, og hvordan de eventuelt bruker den aktivt inn mot planleggingen generelt og i boligpolitikken spesielt. Et spørsmål det kan være sentralt å stille er om den kunnskapen kommunene henter inn nedfelles i arealplaner og på den måten får legge betingelser for boligpolitikken, eller om kunnskapen kun brukes som grunnlag i kommunedelplaner som omhandler boligpolitikk eller folkehelsepolitikk.

Det store bildet er at casekommunene i høy grad arbeider kunnskapsbasert både på det boligpolitiske og folkehelsepolitiske området. De forholder seg til forskningslitteratur om feltene og knytter tiltak til lokal kunnskap om befolkningsutvikling og områder i kommunene som kan ha opphopning av utfordringer, og også knyttet til boliger for grupper man vet har det vanskelig.

I **Bergen kommune** er levekårsrapporteringen inne i en fast rutine og kommunen har gjennomført to omfattende levekårs-kartlegginger, en for 2008 og en for 2011. Befolkningen kartlegges på en rekke helse- og levekårsindikatorer. Disse spenner fra inntekt, barnefattigdom, sykefravær, røyking til tannhelse og annet, og intensjonen er å gi en så fyldig status som mulig på levekår og helse i befolkningen. I tillegg er helsejournaler fra helsestasjonene benyttet som grunnlagsmateriale for en egen levekårskartlegging for barn.<sup>23</sup> Den siste store levekårskartleggingen fra 2011 viser at selv om levealder og helsestatus har bedret seg for befolkningen som helhet, har forskjellene når det kommer til dødelighet og sykkelighet økt. Forskjellene er særlig knyttet til utdanning, yrke og inntekt, og levealder kan eksempelvis variere med opptil ti år innen ulike yrkesgrupper.

I kartleggingen av levekår deles kommunen opp i 51 levekårssoner. Denne levekårskartleggingen legges i prinsippet til grunn for alle kommunale planer, som en del av kunnskapsgrunnlaget. Slik kommuniserer i teorien levekår (herunder helsedata) med alle

---

<sup>23</sup> Bergen kommune 2014: Barn og unge i Bergen. Helseatferd og påvirkningsfaktorer.

andre planarbeider og sektorer i kommunen. Dette gjelder også kommunens boligsosiale handlingsplan.

Levekårskartleggingen viser store forskjeller mellom de ulike sonene innad i Bergen kommune, og i kommunedelens arealplan prioriteres de ti sonene som kommer dårligst ut i denne kartleggingen. Nettopp områdesatsning som verktøy for å utjevne levekår i Bergen, er et sentralt grep, som også kommer til uttrykk organisatorisk gjennom opprettelsen av Byrådsavdelingen for nettopp sosial, bolig og områdesatsning, som vi har sett ovenfor.

I Bergen er folkehelseplanen det sentrale grunnlagsarbeidet.<sup>24</sup> Den både definerer folkehelse og faktorene som påvirker denne, den peker på særlige behov i kommunen og den formulerer kommunens innsatsområder og tiltak for å bedre folkehelsen.

Også **Kristiansand kommune** jobber med plan ut fra en systematisk oversikt over levekår i kommunen. Med utgangspunkt i et såkalt ”utfordringsbilde”, utarbeider kommunen sin oversikt over levekårsutfordringer med bakgrunn i oversikter over ulike demografiske, sosiale og økonomiske indikatorer.<sup>25</sup> Her omtales blant annet en rekke forhold knyttet til støy, radon etc, som påvirkningsfaktorer på folkehelsen. Dette er samtidig forhold som er høyt korrelert med boligstrukturen (Kristiansand kommune 2015:55). For å skaffe seg oversikt over blant annet støy i relasjon til bosetting, har kommunen fått utarbeidet et eget støykart med støy fra veitrafikk, industri og havnevirksomhet. Ut fra dette er det blant annet utarbeidet, i ”utfordringsbildet” (Kristiansand kommune 2015:1), en oversikt over hvor folk bor og hvor mange som er utsatt for støy. Soner der det ikke er tilrådelig å anlegge støyfølsom bebyggelse, som boliger og sykehus, skoler og barnehager, er avmerket i kart.

Også innenfor andre tiltaksfelt, som luftkvalitet, radon og annet, er det utført liknende målinger, skjønt det varierer i hvilken grad dette er presisert på bomiljø.

---

<sup>24</sup> Bergen kommune 2015: Folkehelseplan for Bergen kommune 2015-2025. Aktiv by – friske bergensere.

<sup>25</sup> Kristiansand kommune 2015 (1): Kristiansands utfordringsbilde 2015. Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter.

Utemiljøer i boområder er et annet tema som behandles i Kristiansand kommunes utfordringsbilde. Kommunen har jobbet for å etablere et helhetlig system for lokalisering og utforming av arealer for lek, rekreasjon og utendørsaktiviteter, som er forankret i kommuneplanen. (Kristiansand kommune 2015:1: 60). Det heter blant annet i ”utfordringsbildet” at:

Kommunen har valgt lokalisering av nærmiljøparker/  
kvartalslekeplasser og sandlekeplasser som en viktig  
indikator for godt bomiljø i kommunens folkehelsearbeid.

I ”utfordringsbildet” identifiseres derfor boligområder med manglende leketilbud innenfor kommuneplanens arealkrav, og et mål er å bøte på dette. Her vises det også til viktigheten av å etablere gode rutiner rundt rekkefølgekrav.

Utfordringsbildet danner grunnlaget for den såkalte SPEILmelding 2030, melding om Kristiansand kommunes kunnskapsgrunnlag for strategisk utvikling av fremtidsrettede tjenester på helse- og omsorgsfeltet,<sup>26</sup> hvor kommunen trekker opp rammene for en strategisk utvikling av kommunen. En problemstilling her er blant annet hvordan kommunen kan forberede seg frem mot år 2030 på den voksende andelen eldre i kommunen. Hvilke innretninger krever det av både bolig- og tjenesteplanlegging?

Strategiene i SPEILmeldingen 2030 defineres deretter i form av mer kortsiktige, men konkrete målsettinger. Disse tas inn i kommunens handlingsprogram. Dette vedtas politisk og rulleres hvert år. Handlingsprogrammet for Kristiansand kommune 2016-2019 er eksempelvis nettopp vedtatt. Bolig er meget sentralt i Handlingsprogrammet.

Ved rulleringen av handlingsprogrammet baserer en seg på rulleringer i kommunens utfordringsbilde. Blant annet har en jobbet med å utarbeide gode indikatorer på boligarbeidet, for å kunne følge hvorvidt arbeidet de utfører gir resultater. Dette kan for eksempel være antall utkastelser eller tall for hvor lenge personer er bosatt i midlertidige boliger.

---

<sup>26</sup> Kristiansand kommune, Rådmannen 2015.



I tillegg har kommunen her utviklet en såkalt Helsefremmingsplan, som er en plan for folkehelse, forebygging og rehabilitering.<sup>27</sup>

Dette er en tidsbegrenset plan som må rulleres. Her er det ikke noe fireårsperspektiv. Planen er tverrsektoriell, som alle sektorer er ment å forholde seg til når sektorplaner utarbeides. Hensikten er at disse andre sektorene, i sitt planarbeid, skal ivareta folkehelseperspektivet ved utforming av mål og tiltak. Folkehelse ses her i et livsløpsperspektiv, og omfatter helsefremmende arbeid for hele befolkningen. Planen foreslår hvordan samtlige sektorer kan jobbe mer systematisk og kunnskapsbasert med folkehelsearbeid, for slik å bidra til at kommunen kan nå de målene og forpliktelsene som følger av den nye folkehelseloven.<sup>28</sup> Det fundamentet planen her legger, er ment bygget videre på i fagplaner på områder som psykisk helse, rus og annet.

Planen bygger på en idé om helse som påvirket av et sett av påvirkningsfaktorer, blant annet miljø og fysiske omgivelser.

For boligsektoren handler dette blant annet om å planlegge for et aldrende samfunn. Hva vil det kreve av Kristiansand kommune å sikre at eldre skal kunne bo i egne hjem så lenge som mulig? Her må en planlegge tverrsektorielt, siden dette handler om både tjenester, nærmiljøutvikling, tilstedeværelsen av ulike frivillige tjenester og funksjoner som eldre benytter seg av og annet. Et stikkord kan her være helsefremmende bomiljøer.

Et særlig fokus når det kommer til bolig som påvirkningsfaktor for helse, er det i Helsefremmingsplanen et særlig fokus på bomiljø og universell utforming (Kristiansand kommune 2013:5). Det tas her utgangspunkt i den kunnskap kommunen har om forskjeller boligområder imellom, og det understrekes at det er viktig at ”å unngå at forskjellene forsterkes og at boligområder får en negativ utvikling”.<sup>29</sup> Det heter videre at:

Trygge og funksjonelle nærmiljø er særlig viktig for de yngste og de eldste innbyggerne. En viktig del av planleggingen av morgendagens samfunn vil handle om å gjøre

---

<sup>27/27</sup> Kristiansand kommune 2013: Helsefremmingsplanen. Plan for folkehelse, forebygging og rehabilitering. Vedtatt i bystyret 10. april 2013.

<sup>28</sup> Kristiansand kommune 2013:1.

<sup>29</sup> Kristiansand kommune 2013:5,

---

boliger og omgivelser gode å bo i på tross av nedsatt funksjonsevne.<sup>30</sup>

Det anbefales derfor i Helsefremmingsplanen at en øker det tverrsektorielle samarbeidet om tjenester og tiltak som kan bidra til sosial utjevning, økt tilhørighet og trivsel i områder med negativ levekårsutvikling. Videre at samhandlingen øker mellom teknisk sektor og helse- og sosialsektoren om universell utforming. Også mer systematisk planlegging av boligområder anbefales, med nærmiljø og møteplasser som stimulerer til sosial kontakt, fysisk aktivitet og lek for alle aldersgrupper. Også utvikling av fremtidsrettede løsninger for bomiljø, boliger og institusjoner i samarbeid med relevante kunnskapsmiljøer og private aktører anbefales.<sup>31</sup>

Disse intensjonene og anbefalingene begynner å materialisere seg i konkrete tiltak, blant annet innenfor utbyggingspolitikken i retning av mer nyansert boligmasse. Helt konkret handler det blant annet om å legge til rette for utbygging med leiligheter i områder med mange eneboliger med eldre beboere. Dette skal åpne for at eldre skal kunne flytte over i en tilpasset bolig, uten å måtte flytte fra sitt nærområde. Denne boligutviklingen ser kommunen som viktig i et folkehelseperspektiv, da den tar opp i seg ønsker og preferanser blant de eldre beboerne, og med det demper uro og usikkerhet knyttet til det å måtte flytte på sine eldre dager. Dette kan også bidra til at eldre kan bo i egen bolig lenger, og slik representere en avlastning på behovet for sykehjemsplasser.

I en tid hvor den demografiske utviklingen går mot stadig flere eldre (Schmidt mfl., 2014), vil dette kunne representere et viktig grep for kommunene også for å få oversikt over boligmassen. Kristiansand kommune søker å supplere denne utbyggingsstrategien med å legge til rette for at også nødvendige funksjoner bygges opp i nærområdet, som kommunale tjenester, velferdstiltak, vaktmestertjenester og annet. Dette er også et eksempel på en kommune som trer aktivt inn i mellomfasen mellom enebolig og sykehjem, for eldre innbyggere. Dette er også et område der en legger opp til drøftelser med kommunens ansvarlige innenfor helse- og sosial, for å legge opp til gode og helhetlige boligforløp.

---

<sup>30</sup> Kristiansand kommune 2013:5.

<sup>31</sup> Jamfør Kristiansand kommune 2013.5.

På denne måten legger Kristiansand opp til en styrt boligutvikling på områdenivå, som er tilpasset demografiske kjennetegn og helsesituasjonen til befolkningen. Dette er blant annet aktuelt for eneboligområder bygget ut på 1960- og 70-tallet.

**Fredrikstad kommune** har valgt å gjennomføre en 'levetår-utredning', der kommunen ble delt i mange små soner og befolkningens levetår ble kartlagt i disse sonene. Som nevnt i kapittel 3 synliggjorde utredningen at levetårproblematikken var knyttet til visse soner i kommunen. På denne måten ble det også åpenbart at levetårutfordringer var knyttet til bolig og boområder: utleieboliger og kommunale boliger var lokalisert i de samme områdene, noe som bidro til opphopning av sosiale utfordringer i disse avgrensede områdene. Levetårutredningen brukes inn som et grunnlag for oversikten kommunen skal lage etter § 5 i folkehelseloven, og den er brukt som et grunnlag for å lage både kommunedelplan for folkehelse og for bolig.

Levetårutredningen ble laget på grunnlag av data fra Statistisk sentralbyrå, og bearbeidet av et team satt sammen fra ulike seksjoner og virksomheter. Representanter fra kultur, miljø og byutvikling og helse og velferd deltok i arbeidet med utredningen. Fra kultur, miljø og byutvikling deltok folkehelsekoordinatoren, en kommunelege og en planlegger. Fra helse og velferd deltok den som har ansvaret for den boligsosiale handlingsplanen. Informanter i Fredrikstad mener at det å ha gjennomført levetårkartleggingen medfører at diskusjonene knyttet til planlegging blir mer nyansert og at det øker treffsikkerheten knyttet til å prioritere de rette sakene (intervju 21.09.15, 27.10.15).

I Fredrikstad er kartleggingen gjennomført to ganger, den siste i 2014, og den er bygget opp rundt 18 indikatorer for helse som viser til den sosiale sammensetningen av boligområder. Det er blant annet andelen barn og innvandrere, personer og barn i lavinnteksthusholdninger, hvor mange som lever på ulike typer stønader, andel aleneboende, leide boliger og boligtyper.

I Fredrikstad kommune er levetårkartleggingen delt inn 40 soner. Den gir da et nokså detaljert bilde av de sosiale forholdene i kommunen og kan benyttes for å si noe om fordeling av utfordringer knyttet til bolig. Dette ligger bak utsagnet om at «folkehelsepolitikk er boligpolitikk» (intervju 15.09.15). Det ble poengtert av intervjupersoner at kartleggingen bare var statistikk,

den hadde enda ikke vært gjenstand for diskusjoner knyttet til årsaker og vurderinger. Før den kunne danne et kunnskapsgrunnlag for planstrategien, men spesielt for arealplan og reguleringer, burde det gjennomføres drøftinger. Folkehelsekoordinatoren pekte på at en strategi var å hele tiden peke på at virksomhet for regulering var en av de viktigste folkehelsevirksomhetene (intervju 27.10.15, 15.09.15).

Levekårskartleggingen i Fredrikstad er brukt som grunnlag for kommunedelplanene om folkehelse og bolig. Det var et bevisst valg å lage kommunedelplaner for disse temaene fordi det er høringsprosesser knytte til dem. Folkehelseplanen tar opp elementet fra KMDs forventningsdokument knyttet til helsefremmende bo- og oppvekstvilkår, og har med en del informasjon fra levekårskartleggingen. Ellers er fokuset på ressurser, utfordringsbilde, mål og strategier. Strategiene er ikke detaljerte, men viser til overordnede strategier som å bedre det tverrsektorielle samarbeidet, å styrke foreldremestring eller å redusere fattigdom. En viktig kunnskap våre informanter har lest ut av levekårskartleggingen er at tidlige leveår er viktig og at ikke alle får en så god start som de kunne fått. Et annet viktig poeng de får frem er at rammer og ressurser er ujevnt fordelt i befolkningen. Fokus på sysselsetting og tilfredsstillende boforhold for alle, i tillegg til reduksjon av fattigdom, kan bidra til å sikre likere fordeling. Planen har også et avsnitt om tilrettelegging for sunne helsevaner og knytter dette opp mot sosiale ulikheter, for eksempel ved å peke på at møteplassene der sosiale og kulturelle aktiviteter kan gjennomføres, skal være gode. Aktivt sentrum, gode nærmiljø, områdeløft og strøksheving er begreper som brukes for å omtale dette. Det pekes også på at folkehelseperspektivet har en viktig plass i arealplanleggingen (Fredrikstad, Kommunedelplan for folkehelse: 31-36).

Kommunedelplan for bolig tar opp flere problemstillinger som reises i KMDs forventningsdokument. Blant annet diskuteres det hvordan det kan økonomiseres med arealene, hvilke utfordringer fortetting kan gi knyttet til eksisterende infrastruktur som skoler og barnehager i områder som er nokså grisgrendt bebyggt, men som likevel har et tettsted, og at det i all hovedsak bygges eneboliger og småhus i slike områder. Den diskuterer transformasjonsprosjekter som er sentrumsnære og den diskuterer boliger til vanskeligstilte. Her er bruk av Husbankens virkemidler sentralt, for eksempel

tilskudd til utleieboliger, men det er utvikling av egen eiendom som framheves som hovedstrategien i dette arbeidet, dernest samarbeid med private. I dette arbeidet påpekes det at utjevning av levekårsforskjeller skal kunne gjennomføres ved å bruke bolig som virkemiddel (Fredrikstad, kommunedelplan for bolig: 30). Av tiltak knyttet til befolkningsutviklingen er det boliger til personer i etableringsfasen som nevnes, samt boliger for eldre. Det er en målsetting at eldre skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. Heving av boligstandard, samt universell utforming som innstallering av heis, nevnes som slike virkemidler.

Det finnes per i dag ingen omfattende kartlegging av innbyggernes levekår og helse i **Melhus kommune**, men kommunen planlegger å gjennomføre en slik kartlegging våren 2016. I 2006 gjennomførte imidlertid kommunen en spørreundersøkelse (HEPRO-undersøkelsen) om innbyggernes selvopplevde helse. Resultatene fra denne viste at innbyggerne i 2006 hadde en bedre score på selvopplevd helse, enn landsgjennomsnittet. Det var en lavere score (under gjennomsnittet) på andre helsebeskyttende faktorer og livskvalitet, på felter som kulturtilbud, tilgang til fritidsaktiviteter, møteplasser og deltakelse i foreningsliv enn for de andre kommunene som ble undersøkt. Når det gjelder opplevd trygghet i boligområder scoret innbyggerne høyt, mens det var utfordringer i forhold til støy på arbeidsplassen, samt overvekt, røykevaner og alkoholvaner. Menn i kommunen hadde gjennomgående høyt sykefravær, mens kvinner i større grad meldte om stressrelaterte lidelser (Melhus kommune 2009:18).

Det er nødvendig med en ny undersøkelse av folkehelsesituasjonen i kommunen. I mellomtiden kan vi vende oss til Folkehelseinstituttets folkehelseprofil<sup>32</sup> for å få en viss oversikt over tilstanden i Melhus kommune. Denne viser, kort fortalt, at:

- Kommunen har en lavere andel lavinntektshusholdninger enn gjennomsnittet for Norge og for Sør-Trøndelag.
- Kommunen scorer lavere enn landsgjennomsnittet på frafall i videregående skole.

---

<sup>32</sup> URL:

<http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=1653&sp=1&PDFAar=2015>

- Antall arbeidsledige eller uføretrygdede ligger omtrent på landsgjennomsnittet.
- Innbyggerne har en bedre (registrert) psykisk helse enn landsgjennomsnittet.
- Det er færre i Melhus som får hjerte- og karsykdom eller type 2-diabetes, men flere enn landsgjennomsnittet som utvikler lungekreft.

Selv om Folkehelseinstituttets oversikt ikke kan sammenlignes direkte med HEPRO-undersøkelsen, kan disse to undersøkelsene likevel gi en pekepinn på hva som kan være utfordringer i kommunen.

Melhus kommune opererer med flere temaplaner og en overordnet økonomi- og handlingsplan samt en planstrategi. Kommunen har kommuneplan (arealdel og samfunnsdel), arealplan, reguleringsplan, boligplan og andre reguleringsplaner. Melhus har også hatt en egen boligsosial handlingsplan fra 2001, denne er imidlertid moden for rullering. Kommunen arbeider for tiden etter Husbankens programplan i og med at Melhus er en av Husbankens programkommuner.

På boligfeltet forholder kommunen seg også til den nasjonale strategien *Bolig for velferd*; at alle skal ha et godt sted å bo, at alle med behov for tjenester skal få hjelp til å mestre boforholdet, og at den offentlige innsatsen skal være helhetlig og effektiv (KMD 2014).

Kommunen definerer følgende mål på folkehelseområdet i sin økonomi- og handlingsplan:

Sikre at kommunens virksomheter og aktiviteter bidrar til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller.

Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse (Melhus kommune 2014:56).

Noen hovedutfordringer for å nå målet, ifølge kommunen, er at kommunen opplever sterk befolkningsvekst. Kommunen møter også i dag nye plikter etter Samhandlingsreformen. Kommunen

definerer et behov for mer systematisering og tilgang på kompetanse i folkehelsearbeidet. De definerer også viktigheten av å holde oversikt over befolkningens levekår (Melhus kommune 2014:58). Melhus er også pilotkommune i ”Helse i plan” i Sør-Trøndelag. Vi finner også at folkehelse er gjennomgangstema i Kommuneplanens samfunnsdel. Kobling og forankring planene imellom på folkehelsefeltet finner vi også i Helhetlig tiltaksplan for boligbygging og kommuneplanens arealdel. I boligbyggingsplanen definerer kommunen følgende mål:

Melhus skal være en foregangskommune innenfor folkehelsearbeid og skal ha fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid, trivsel og livskvalitet for alle grupper av befolkningen. Dette skal gjenspeiles i kommunens planlegging, drift og tjenesteproduksjon (Melhus kommune 2015).

Dette målet er også gjenspeilet i økonomi- og handlingsplanen (Melhus kommune 2014:5, 2015:20). I sistnevnte plan har også kommunen tatt innover seg frivillig sektors rolle på folkehelsefeltet. Dette viser de med å øke tilskuddene til ulike lag og organisasjoner i kommunen, der de begrunner økningen med frivillighetens bidrag til folkehelse og integrering, både for de som gjør en frivillig innsats, og de som møter frivillige organisasjoner gjennom idrett, kultur eller andre hjelpetjenester (Melhus kommune 2014:9; Trætteberg & Sivesind 2015).

#### 4.4.2 Boligsosialt arbeid

Dialogen mellom folkehelse og bolig kan spores i det generelle boligpolitiske arbeidet, men det er gjerne i det boligsosiale arbeidet møtepunktet blir tydelig. Planer kan være en erstatning for dialog i faktiske møter mellom seksjoner, virksomheter og avdelinger, og i hvilken grad dette skjer kan være avhengig av kommunestørrelse, men det kan også være avhengig av organisasjonsstruktur, så vel som organisasjonskultur. I Bergen går dialogen mellom folkehelse og bolig først og fremst via planer, og en har i mindre grad opprettet et formelt organisatorisk samarbeid mellom helsevern-etaten og de som jobber boligpolitisk i kommunen, særlig i byrådsavdelingen for sosial, bolig og områdesatsning.

Innenfor den sosiale boligpolitikken benytter **Bergen kommune** levekårsoversikten som et viktig grunnlagsmateriale for

beslutninger om plassering av nye kommunale boliger. Ofte kan det være en viss korrelasjon mellom det å ha mange kommunale boliger i en levekårssone, og levekårene. Kommunen oppretter imidlertid ikke flere boliger for vanskeligstilte i de ti levekårssonene som kommer dårligst ut i kartleggingen. Dette for å bidra til å jevne ut levekårsforskjellene i kommunen. Her er det mer en strategi å selge unna kommunalt eide boliger eller avvikle de på annen måte, i den grad en ser et behov for det.

En informant i Bergen kommune understreker imidlertid når det gjelder sammenhengen mellom salg av kommunale boliger og levekår i en gitt bydel, at det at kommunen selger, betyr ikke nødvendigvis at levekårene bedres. Dette avhenger av hvem som kjøper de boligene som selges eller hvem som for øvrig kjøper seg inn i bydelen. En jevn fordeling av kommunale boliger er imidlertid et av de virkemidler som er tilgjengelige for kommunen for å bidra til å utjevne levekårsforskjeller. På mange måter vil også det at boliger leies ut i regi av kommunen kunne representere en trygghet for bomiljøet. Kommunen som aktør på boligmarkedet er i mange tilfeller tettere på når det gjelder vedlikehold og oppfølging enn det private utleiere i noen tilfeller kan være, selv om det er vanskelig å generalisere rundt dette.

**I Kristiansand kommune** jobber en for å integrere den boligsosiale handlingsplanen bedre i boligprogrammet. I denne sammenhengen jobbes det for å integrere også folkehelse i boligprogrammet. I dag kommer disse dokumentene som separate planer.

**I Fredrikstad kommune** er det boligsosiale arbeidet nedfelt i en boligsosial handlingsplan. Den viser til reorganiseringen knyttet til boligtildelingsarbeidet, som det også ble vist til i forrige kapittel, der alle tildelinger av kommunale boliger, så nær som omsorgsboliger, gjennomføres. Handlingsplanen omtaler videre Husbankens tilskuddsordninger som kommunen bruker aktivt. Som utgangspunkt for egne analyser bruker kommunen aktuelle data fra levekårskartleggingen. Disse er utgangspunkt for drøftinger av lokalisering av kommunale boliger og behovet for slike boliger. Den viser til planlagte utbyggingsprosjekter, til at det bør ytes tjenester i boliger og til at det er ventelister for innmeldte bolig- tjenestebehov, samt målgrupper for kommunal boligtildeling (Fredrikstad kommune, boligsosial handlingsplan:30-33). Det har



nylig vært en endring i kommunens politikk og tiltak overfor de som har behov for tjenester i bolig. Med utgangspunkt i målsettingen om å øke tryggheten for beboerne selv, men også for nære omgivelser, er det innført turnus slik at det kan ytes tjenester også på natt og i helger (intervju 30.10.15).

Det kan se ut til at det er en viss bevissthet rundt at kommunen selv må utvikle boområder og boliger, og tilrettelegge for at det kan etableres kommunale boliger av ulike typer. Kommunens boligmasse er ikke av en slik karakter at det kan kjøpes boliger på det åpne markedet. Tilrettelegging av tomter er derfor en sentral del av kommunens boligpolitikk og det er også etablert det som kalles en «tipsordning» der kommunen mottar tips fra publikum om egnede tomter de eventuelt kan gå til innkjøp av for å utvikle (intervju 30.10.15).

Slik det er vanlig i de fleste kommuner, opererer **Melhus kommune** med et skille mellom den generelle utbyggingen og den boligsosiale delen av boligpolitikken. Dette gjenspeiles i at kommunen fram til i dag har hatt en egen boligsosial handlingsplan som ble vedtatt i 2011. Denne må imidlertid rulleres. Melhus kommune eide pr. mars 2010 267 kommunale boliger fordelt på 224 tilrettelagte boliger (inkludert boliger for psykisk utviklingshemmede), og 42 sosiale boliger (og en prestebolig).

Kartleggingen av boligbehov i befolkningen foregår gjennom instansene som til daglig har ansvar for håndtering av bolig-søknader og fordeling av boliger. Dette vil si de fire virksomhetene for helse og omsorg, samt Familie og forebygging. Flyktninger kommer i tillegg.

Den boligsosiale handlingsplanens hovedmål er å

Skape et mer oversiktlig, strukturert og fremtidsrettet boligsosialt arbeid på alle plan i kommunen, som bidrar til å sikre varig botilbud til vanskeligstilte som trenger det (Melhus kommune 2011).

Godt internt samarbeid mellom virksomhetene som arbeider med boligspørsmål, og bedre utnytting av virkemidler og ansvarsplassering, ble formulert som gode strategier for å nå dette målet i 2011. Andre virkemidler som ble nevnt var blant annet god og

framtidens arealplanlegging og godt samarbeid med private aktører om utbyggingsprosjekter.

Vi kan dermed se at den boligsosiale handlingsplanen fra 2011 foreslår en ny samhandlingsstruktur for å nå målene. Blant annet foreslås det et felles inntaksteam for å sikre oversikt over alle søknadene om kommunal bolig, slik at boligmassen kan utnyttes best mulig.

Under NIBRs workshop i kommunen kom det fram at kommunen har kommet et stykke på vei etter anbefalingene i den boligsosiale handlingsplanen fra 2011, gjennom å ha opprettet et inntaksteam for boliger, med 10 deltakere fra relevante instanser.

*Felles inntaksteam* er sammensatt med representanter fra enhetene Bygg- og eiendom, Helse- og omsorg, Familie- og forebygging (NAV, rus- og psykiatrienheten), Læring og tilrettelagt arbeid (flyktningeenheten) og Enhet for bo- og avlastning. Tidligere bar tildelingen preg av at hver enhet argumenterte for "sine" brukere. Her er det fokus på å finne brukeren som trenger bolig mest. Tildelingen av boliger har dermed blitt mer tverrfaglig sammensatt. Deltakerne på workshopen uttrykte at dette er en bedre organisering som gir en bedre forvaltning av boligtildelingen.

Kommunen har hatt fokus på å få flere over fra leie til eie, og dermed skape større rullering i de kommunale boligene. Med aktiv bruk av Husbankens økonomiske virkemidler har de fått 14 husstander over på eie den siste tiden, i følge en informant på NIBRs workshop.

I likhet med mange andre norske kommuner, har Melhus en utfordring i forbindelse med bosetting av flyktninger. Kommunen har sagt ja til et økt antall flykninger i forbindelse med flyktning-krisen, 52 personer i 2015 og 2016, der familiegjenforening kan komme i tillegg senere. Her har kommunen et samarbeid med private for bosetting, men mange har behov for kommunal bolig. Det blir behov for bygging av flere bolig for denne gruppen, i tillegg til et tjenesteapparat som kan møte flyktningenes behov.

Kommunen ønsker å være en aktiv utbygger og oppkjøper for å kunne gjennomføre sin sosiale boligpolitikk. Dette gjøres ved å følge med i markedet for å ha oversikt over eiendommer eller arealer for oppkjøp. Sentrumsnære bygg er særlig interessante for

kommunen. Kommunen bevilget i 2009 5 millioner kroner til kjøp av boliger til vanskeligstilte. Dette ga kommunen mulighet til å handle raskt når relevante boliger ble tilgjengelige for kjøp. Kommunen vurderer å gjenta slike bevilgninger. De ønsker også å gjøre det lettere for beboere i kommunal bolig å kjøpe sin bolig, der salgssummen går inn i et fond som kan finansiere kjøp av andre egnede boliger for vanskeligstilte. Kommunen ønsker også å gjøre mer bruk av Husbankens boligtilskudd for å bygge flere utleieboliger for vanskeligstilte (Melhus kommune 2011).

Generelt er kommunen opptatt av å ta i bruk Husbankens låne- og tilskuddsordninger i større grad for å nå de boligsosiale målene. Dette gjelder både å ha kunnskap nok til å benytte seg av tilskuddsordninger til utbygging, og å formidle mulighetene for startlån og bostøtte ut til befolkningen.

Boligrådgivning/bo-oppfølging er et annet virkemiddel for kommunens måloppnåelse. Kommunen har innført en boveiledningstjeneste for mennesker som trenger bistand til å tilegne seg grunnleggende bokompetanse. Dette kan ha flere positive effekter, da det kan forebygge eskalerende problemer for beboeren, nabolagskonflikter, slitasje i boligen, husleierestanser og utkastelser.

Et spesifikt prosjekt i Melhus kommune er verd å nevne som et eksempel på deres tilnærming til den nasjonale strategien Bolig for velferd. Prosjektet har blitt kalt *Ut av fattigdomsfella* (Gjersvold & Verstad 2015). Dette prosjektet har hatt fokus på å hjelpe kommunale leietakere videre i boligkarrieren. Prosjektet har hatt vekt på motivasjon og brukermedvirkning.

#### 4.4.3 Helhetlig boligpolitikk

I hvilken grad knyttes så den allmenne boligpolitikken til levekårssituasjonen i kommunene? Benyttes oversikten over levekårene som input også her? Dette varierer noe mellom casekommunene. Ser vi på **Bergen kommune** legges levekårsrapporten til grunn for prioriteringen av for eksempel områdeløftene. Som i tilfelle med plasseringen av boliger for vanskeligstilte, velger kommunen også her blant de ti levekårssonene som kommer dårligst ut i levekårskartleggingen, når de skal iverksette et områdeløft.

Også i **Kristiansand kommune** er en bevisst på å legge område-satsninger der de sosioøkonomiske utfordringene er størst. Gjennom områdesatsningene søker en å bedre et områdes status, forhindre at områder forfaller og gjøre en innsats for å oppgradere bomiljøet. Herunder hører også tiltak for å heve standarden på bygninger. Dette har kommunen meget positive erfaringer med, noe vi blant annet ser på Slettheia, hvor en rekke tilrettelagte tiltak har bidratt til å heve områdets status. Til dette hører også renoveringen av et skolebygg, fokus på grønne områder samt ryddig av området, hvor en har fjernet forfalne garasjebygg og annet som har hatt en negativ innvirkning på bomiljøet.

Dette gjøres også i **Fredrikstad kommune**. Der er områdesatsninger en viktig del av bolig- og folkehelsepolitikken og gjennomføres for å heve noen områders status. Satsningene kan involvere etablering av torg og ulike typer møteplasser, renovering av hus og uteområder, oppkjøp av tomter, satsning på skole og barnehager, samt fritidsaktiviteter og tidlig innsats. Den brukes også som grunnlag for å avgjøre hvor det ikke skal lokaliseres boliger for diverse grupper av mennesker. Særlig er det knyttet til lokalisering av nye kommunale boliger. Knyttet til noen av tiltakene er det gjennomført medvirkningsprosesser for innbyggere i området der det ble spurt hva de var interessert i at skulle gjøres for å heve deres områdes status.

Et moment som påvirker **Melhus kommunes** utbyggingspolitikk, er at E6 nylig har blitt flyttet ut av Melhus sentrum. Dette har gitt rom for stor utbyggingsaktivitet her. Kommunen har lagt seg på en langsiktig knutepunktstrategi, der de er opptatt av å ha et godt samarbeid med grunneiere, næringsaktører, og lag og foreninger. Dette gjenspeiles i kommunens helhetlige tiltaksplan for boligbygging, der man ser nærmere på kommunens rolle i boligbyggingen.

Ansvaret rundt boligbygging er plassert hos virksomhet for arealforvaltning, med bistand fra Utviklingsseksjonen. Det politiske ansvaret ligger hos formannskapet som planmyndighet, og hos kommunestyret når det er spørsmål om større bevilgninger. Det er behov for en satsing på utbyggingsavtaler mellom utbyggere, grunneiere og kommunen i en situasjon der det legges stadig større press på utbyggingsområder (Melhus kommune 2015:26).

Kommunen har i følge tiltaksplanen ingen spesifikk politikk på strategiske tomtekjøp, noe som kunne vært et ledd i utviklingen av attraktive sentrumsområder i tettstedene i kommunen. Den helhetlige tiltaksplanen er også koblet til kommuneplanens arealdel. Denne har sikret ulike typer areal for boligbygging, mens tiltaksplanen ser mer konkret på kommunens rolle som pådriver og tilrettelegger for å sikre at boligbyggingen foregår i tråd med øvrig planverk.

På 1970- og 1980-tallet var det vanlig at kommunene kjøpte opp arealer for utbygging, og samtidig tok ansvar for å sørge for infrastruktur. Dette er mindre vanlig i dag. Også i Melhus kommune er det slik at boligforsyningen (utbygging og forvaltning) i stor grad er privatisert, der Melhus tomteselskap tidligere hadde en tydeligere rolle. I følge kommunen selv har dette ført til at kommunen får en mer passiv rolle som en kontrollør, der kvaliteten på de overordnede planene og bestemmelse bestemmer kommunens grad av innflytelse på boligutbyggingen. Derfor er som nevnt gode utbyggingsavtaler viktig, slik at infrastrukturen er i tråd med planverket (Melhus kommune 2015:16). Melhus tomteselskap eies av kommunen, og har den siste tiden fått mulighet til igjen å ta en større rolle i utbyggingen.

Vi ser av våre case-kommuner at folkehelseperspektivet kommer inn i den helhetlige boligpolitikken på alle de områder hvor helsefokus har et geografisk eller demografisk nedslagsfelt. I Bergen kommune er det således utarbeidet både et støysonekart og et luftforurensningskart. Dette legger helt klare føringer på hvor det er tilrådelig å bygge. Det samme har en jobbet med i Kristiansand kommune. Der soneangivelsene markeres med høy støybelastning skal det ikke bygges støyfølsom bebyggelse som boliger, skoler, sykehus etc. Dette markeres med rødt i områdekartene. Støy, luftforurensning og radon følges systematisk opp i både Bergen og Kristiansand.<sup>33</sup>

Føringer lagt på den generelle boligpolitikken, med utgangspunkt i kartlegginger av støy og luftforurensninger, kan stride mot andre

---

<sup>33</sup> Krav til kommunene når det gjelder oppfølging av støy, luft etc følger av blant annet støyforskriften og forskrift for miljørettet helsevern, med tilhørende veileder. Jmfør for eksempel veileder for luftforurensning.

mål kommunen har satt seg. For eksempel har en i Bergen kommune, i kommuneplanens samfunnsdel, satt som et mål at byen skal ”videreutvikle en kompakt bystruktur med et nettverk av senterområder”.<sup>34</sup> Dette kan lett komme i konflikt med et mål om å unngå de mest støybelastede områdene. På den andre siden har også Bergen et mål om å utvikle seg som en ‘gåby’, hvor ”transportsystemene og arealdisponeringen skal utvikles med tanke på nullvekst i personbiltrafikken”.<sup>35</sup>

Planmessig åpner disse målene for mange kompleksiteter. Skal en for å redusere støy og bedre luftkvaliteten legge opp til økt bruk av sykkel og at innbyggerne tar seg frem til fots, må også viktige funksjoner som helsetjenester, detaljhandel etc. legges innenfor gå- og sykkelavstand. Dette motvirkes av andre trender i samfunnsutviklingen, som for eksempel trenden med å etablere store kjøpesentre utenfor bykjernen, som lett øker bilbruken, om det ikke legges godt til rette for kollektivtransport.

Dette viser noe av kompleksiteten ved å implementere ulike folkehelsefremmende målsettinger, når vi kommer til den generelle boligpolitikken. Her tar imidlertid våre casekommuner noen interessante grep. Bergen kommune har en for eksempel lagt inn i arealplanen hvor mye som kan tillates bygget i de ulike støysonene. Samtidig bygger en ut bybane, for slik å knytte bydelene tettere til bykjernen ved bruk av kollektivtransport. Gitt at en innenfor den generelle boligpolitikken er så avhengig av samspillet med private aktører, gjenstår det å se hvordan markedet reagerer på de ulike føringene som ut fra et folkehelseperspektiv legges på boligutbyggingen. Dette vil være med å bestemme tempoet i implementeringen av disse til dels motstridende folkehelsebaserte perspektivene.

## 4.5 Kobling folkehelse og bolig i plansystemet

Kommunenes planstrategier skal drøfte langsiktige behov for planer, spesielt om kommuneplaner og arealplaner har behov for

---

<sup>34</sup> Bergen kommune 2015: Bergen 2030. Kommuneplanens samfunnsdel: 33.

<sup>35</sup> Bergen kommune 2015: Bergen 2030. Kommuneplanens samfunnsdel:33.

revidering. Der gjøres da valg knyttet til langsiktig areal-disponering, miljømessige utfordringer og administrative aktiviteter (Hofstad, 2011; PBL, 2008 § 10-1). I Fredrikstad kommune kommer planstrategien inn som et krav som i ettertid lovregulerer den arbeidsformen de allerede har valgt. Det var etablert rutiner for å gjennomføre drøftinger av hvilke planer og saker som skulle prioriteres. I Fredrikstad ble kommunedelplan for folkehelse brukt som et samlet oversikts- og kunnskapsdokument. Det ble fattet beslutning om å lage levekårskartleggingen, som ligger til grunn både for kommunedelplanen og andre planer, før det kom en lovbestemmelse om oversiktsdokument i FHL (intervju 15.09.15, 1 22.09.15, 27.10.15).

Samfunnsdelen i kommuneplanen diskuterer utfordringer kommunen har på lang sikt, generelle behov og strategier i kommunene og for kommunal administrasjon (Hofstad, 2011). Kommuner som ikke har en egen kommunedelplan for folkehelse omtaler gjerne folkehelse i denne planen. I vårt materiale gjelder det for Bergen kommune og Melhus kommune.

Økonomiplanen er i all hovedsak en oversikt over ressursfordelingen, og den skal revideres årlig. Den er pliktig etter Lov om kommuner og fylkeskommuner, og skal gi oversikt over inntekter, forventede utgifter og skal prioritere mellom saker. Denne kan være den samme som handlingsplanen (Hofstad, 2011).

Arealdelen legger føringene for hvor i kommunen ulike satsninger skal lokaliseres (Aarsæther, 2013:75). Arealdelen er juridisk bindende og er redskapet kommunene tar i bruk for å kontrollere bruk av arealer, beskytte naturområder og omgivelser og etablere, bygge og vedlikeholde den tekniske infrastrukturen (Hofstad, 2011:395). Et spørsmål er om det er mulig å gjennomføre område-satsninger, spesielt som utbygging av torg og møteplasser, uten at det er nedfelt i arealplanen.

Dette ser vi blant annet i Bergen kommune hvor man som i en del andre større norske byer, har ambisjoner i retning av en såkalt knutepunktstrategisk byutvikling. Her planlegges og utvikles kommunene innenfor et helhetlig system, definert ved såkalte knutepunktlinjer. Dette henger sammen med utbygging av

logistikksystemene i byen, og anlegg av offentlig kommunikasjonslinjer. Langs disse linjene og særlig i tilknytning til holdeplasser, legges det til rette for boligutvikling, ved til dels høy grad av fortetting.

Slike strategier har mange folkehelsepolitiske sider. For det første er det positivt i et folkehelseperspektiv ved at en sprer bebyggelsen og slik demper luftforurensningen i sentrum. Dette er et folkehelseperspektiv som blant annet Bergen kommune er bevisst på ved utarbeidelse av sin knutepunktstrategi. Dette støttes også opp av en solid satsning på kollektivtransport, som i Bergen særlig knytter seg til opprettelsen av den såkalte bybanen. Ved å oppfordre til og legge til rette for redusert bilbruk, ved utvidelse av kollektivtilbudet, legger kommunen inn et folkehelseperspektiv i den allmenne boligpolitikken.

Også fortetting i sentrum og konsentrasjon av arbeidsplasser bygger opp under et slikt folkehelseperspektiv i den allmenne boligpolitikken. I en rekke av våre større kommuner er det en rekke bytransformasjons- og boligfortettingsprosjekter på gang som springer ut av blant annet en strategi for å redusere luftforurensning ved redusere arbeidsreiser.

Flere av våre casekommuner har av samme grunn prioritert opprettelse av gang- og sykkelveier. I Bergen er dette blant annet tatt i kommuneplanens arealdel. Dette er et folkehelseiltak som både generelt kan bidra til å redusere luftforurensningen, men som også kan bidra til folkehelse gjennom å stimulere til mosjon. Fortetting i sentrum og rundt knutepunkter har imidlertid også noen folkehelserelevante omkostninger, som i noen kommuner kanskje undervektes i et folkehelseperspektiv. Dette er blant annet relevant for det kulturminnepolitiske feltet, der en del kommuner på veien mot fortetting bygger ned store deler av sine historiske sentrum. Dette kan ha store omkostninger for innbyggernes følelse av tilhørighet og identitet, muligheter for rekreasjon og mental ro, som mange søker nettopp i eldre bygningsmiljøer (se Holm 2015, kommer).

Dette understreker at det i folkehelse ligger mange dimensjoner, og det vi vinner med å legge til rette for redusert luftforurensning, og med det bedret fysisk helse, kan vi tape når vi ser på f.eks. psykisk



helse, hvor mange søker harmoniske bomiljøer, med blant annet historisk stedforankring.

### **Kobling folkehelse og tiltak rettet mot enkeltbrukere og beboere**

Folkehelsearbeid på det boligpolitiske området kan også være et resultat av tiltak rettet mot enkeltbrukere og –beboere. Dette kan dels være et resultat av overordnede statlige retningslinjer, som implementeres kommunalt, som for eksempel universelt utformede boliger og utvikling av omsorgsteknologi, eller det kan være resultat av kommunale prioriteringer, eventuelt kombinert med statlige støtteordninger, som etterinstallering av heis og rehabilitering av boliger. Dette vil alle være tiltak for å bedre levekårene, og med det folkehelsen i kommunen.<sup>36</sup>

To av våre casekommuner understreker betydningen av dette arbeidet i et folkehelseperspektiv. Hvorvidt dette oppleves av kommunene som et boligsosialt tiltak eller et mer allment tiltak for å bedre folkehelsen for befolkningen generelt vil variere avhengig av hvilke boliger som rehabiliteres og utvikles. Tiltak som universell utforming retter seg imidlertid først og fremst mot personer med bevegelseshemming. Dette gjelder også etterinstallering av heis, selv om Holm med flere (2012) viser at dette er et tiltak som også bedrer levekårene for et bredere lag av befolkningen, som småbarnsforeldre, store husholdninger etc.

Etterinstallering av heis, utvikling av ulike nye modeller for omsorgsteknologi og universell utforming kan også bidra til mer sammensatte bomiljøer, nettopp ved at de legger til rette for at også personer med bevegelseshemming, eldre og barnefamilier kan fortsette å bo i eller bosette seg i de bomiljøene de finner passende og foretrekker. Bedret folkehelse, gjennom bedring av bomiljøer kan også være et resultat av rehabilitering av boliger. Dette gjør områder mer attraktive og kan gi beboerne bedre trivsel i sitt nærmiljø. Dette kan bidra til å bedre befolkningens opplevelse av

---

<sup>36</sup> Jamfør for eksempel studien om Heis og Levekår, foretatt av Holm, Nørve og Karvel, som drøfter betydningen av etterinstallering av heis for beboernes levekår, Holm, Nørve og Karvel (2012),

---

det å bo i et gitt miljø, på samme måte som bevaring av kulturminner i et nærmiljø, opprettelse av parker og grønne lunger med videre. Dette framheves i alle casekommunene i materialet.

## 4.6 Avsluttende kommentarer

De utvalgte kommunene synes med dette å ha et fokus på å analysere helsetilstanden i sin befolkning og finne frem til faktorer som påvirker folkehelsen, for så i neste omgang å innarbeide dette i planer og styringssystemer. Selv om kommunene i ulike grad har kommet i gang med arbeidet på en systematisk måte, er de på vei. En viktig forutsetning slik det fremkommer her, er imidlertid at sektorene tilføres kunnskap og relevante data for at de skal kunne legge sektorplaner som ivaretar folkehelseperspektivet. Innenfor boligfeltet ser vi at dette er særlig viktig innenfor det boligsosiale, samt når det kommer til områdesatsninger, luft, støy og annet.

Kommunene må med andre ord etablere kunnskap om særlig helsetilstanden og ikke minst ulikhet i helse, både i et demografisk og i et geografisk perspektiv, for at kunnskapen skal kunne være anvendbar i boligpolitikken. Kommunene synes bevisst på at det er store sosiale forskjeller i personer og gruppers muligheter for å utvikle god helse, og at den varierer systematisk mellom ulike soner av kommunene.

Våre casekommuner er i gang med det store arbeidet det er å utvikle en folkehelseoversikt, som kan belyse befolkningens helsestatus og de bakenforliggende påvirkningsfaktorene. Særlig fokus synes det å være på miljø, fysiske omgivelser, utsatte gruppers levekår, støy og luftkvalitet.

Kommunene møter imidlertid mange kryssende forventninger. I det videre arbeid med folkehelse og bolig er det derfor viktig at det legges til rette for kreative løsninger og modeller, for at kommunene i et boligpolitisk perspektiv skal kunne møte de mange kryssende forventningene de møter fra hensyn som folkehelse, klima- og miljøpolitikk, luftforurensning, støy, kompakt by og kulturminnevern.

## 5 Oppsummering og drøfting

Bolig som påvirkningsfaktor på folks helsesituasjon er slått fast i flere studier. Dette fremgår av litteraturstudien om sammenhengen mellom bolig og folkehelse, som dannet utgangspunktet for denne studien.<sup>37</sup> Der ble det med en mengde referanser til internasjonal litteratur vist til sammenhenger som støtter opp under en antakelse om en «sirkeleffekt», der helsesituasjonen henger sammen med boligsituasjonen, som igjen har sammenheng med sosioøkonomiske størrelser som inntekt og utdanning, og som igjen påvirker handlingsmulighetene på boligmarkedet.

I denne studien har vi funnet sammenhenger som viser at det også i en norsk kontekst er forbindelseslinjer mellom helse og boligsituasjonen, formidlet gjennom folks egenrapporterte opplevelse. Dette aktualiserer også spørsmålet om hvordan kommunene jobber med sammenhengene mellom folkehelse og bolig. Dette blir særlig aktuelt, gitt at den nye folkehelseloven legger folkehelsearbeidet til kommunene som sådan, og ikke til kommunenes helsetjeneste, slik det tidligere var i henhold til kommunehelsetjenesteloven. Dette åpner folkehelsearbeidet mot hele bredden av kommunale sektorer, også bolig.

I dette avslutningskapitlet vil vi kort summere opp hvordan vi i kvantitative analyser finner en sammenheng mellom bolig som påvirkningsfaktor på helse, og dernest hvordan kommunene organisatorisk og planmessig forsøker å legge til rette for et folkehelseperspektiv inn i boligpolitikken.

En begrensning i denne studien er at vi kun beveger oss på et aggregert nivå i vår tilnærming til kommunene. Vi følger ikke implementeringskjeden helt ut, for å se hvorvidt intensjoner om å inkorporere folkehelseperspektiv i boligpolitikken faktisk lar seg realisere. Vi vil derfor helt til slutt påpeke noen utfordringer

---

<sup>37</sup> Helgesen m.fl. 2014.

kommunene kan møte i det konkrete implementeringsarbeidet, når folkehelseperspektiver ønskes koblet på boligpolitikken.

## 5.1 Bolig som påvirkningsfaktor på helse

Med utgangspunkt i selvrapporterte belastninger knyttet til støy og luft- og drikkevannskvalitet finner vi i denne studien klare tegn til at slike trekk ved boområdet har konsekvenser for den enkeltes helse. Ikke bare er slike belastninger assosiert med større forbruk av helsetjenester (dvs. kontakt med fastlege, legevakt og sykehus), men de rammer også særlig utsatte grupper og boområder: Støy-, luft- og drikkevannsproblemer rammer lavinntektsgrupper og sentrumsområder som verst.

For kommunene – som har det overordnede ansvaret for folkehelsearbeidet – betyr dette at boligvirkemidler (boligbygging, regulering mv.) blir viktige verktøy, og at en i dette arbeidet ikke bare må være særlig opptatt av levekår generelt, men at man også må ha et spesielt fokus på *levetårsskjeller* i seg selv og på hvordan levekår kan variere geografisk. Med andre ord setter det store krav til kommunene med hensyn til hvordan et *boligsosialt* perspektiv tilpasses regulering og planlegging for *boligbehov* generelt *innenfor et folkehelseperspektiv*.

Det kan altså argumenteres for at folkehelse- og boligpolitikken i stor grad *må* ses i sammenheng, noe som innebærer at flere ulike «organisasjonsvalg» står på trappene for kommunene: Gode oversikter over (varierende) levekår i kommunen blir mest sannsynlig viktig å fremskaffe. Men hvordan gjør man det på best mulig måte? Og hvordan forankres og spres kunnskapen som ligger i slike oversikter utover i kommuneorganisasjonen, og viktigere: Hvordan kan ulike deler av kommuneorganisasjonen best arbeide sammen for å planlegge for fremtiden og for å nå målene i en «enhetlig» bolig- og folkehelsepolitikk? For mange kommuner er en formell, eller i alle fall praktisk virksom, kobling mellom bolig- og folkehelseområdet ganske ny (jf. diskusjonen i innledningen av rapporten), så det interessante spørsmålet er: Hvordan gjør de det? Finner vi allerede nå noen «arbeidsformer» som peker seg ut som spesielt nyttige? Finnes det skjær i sjøen?

## 5.2 Kommunale strategier for å koble folkehelseperspektivet på boligpolitikken

Kommunene, slik vi har sett med utgangspunkt i våre casekommuner, følger i hovedsak to strategier på veien mot å koble folkehelse og bolig. Den ene knytter seg til organisering, den andre til planleggingsapparatet. Dette blir særlig tydelig når vi sammenlikner kommuner som befinner seg på ulike stadier i prosessen mot tettere kobling mellom folkehelse og bolig. I utgangspunktet handler folkehelse og bolig i stor grad om å legge folkehelseperspektivet inn, ikke bare i boligplanleggingen, men også i det bredere byutviklingsarbeidet som også handler om transport, nærmiljøer, møteplasser, park og idrett, planlegging av skoler med videre. For å sikre at folkehelseperspektivet kommuniserer med disse andre sentrale dimensjonene ved bolig- og byutviklingen velger våre kommuner å flytte folkehelsearbeidet ut av helse- og omsorgssektoren og over til enheter som jobber bredere mot byutvikling, og som også inneholder plan, samfunn og utvikling. Vi ser det for eksempel i Kristiansand, hvor folkehelsekoordinatoren flyttes fra helse- og sosial, til by- og samfunnsenheten under teknisk sektor. Likeledes ser vi at det er den veien Melhus kommune planlegger å gå, når de nå tar stegene mot en sterkere koordinering av folkehelse og boligarbeidet. Veien mot økt grad av koordinering går imidlertid ikke bare horisontalt i kommunene, men også i noen grad vertikalt, noe vi finner preger strategiarbeidet i Melhus kommune, der kommunen ønsker å flytte fokuset på folkehelsearbeidet opp til rådmannsnivå. Med forankring på rådmannsnivå øker muligheten for bred koordinering på tvers av kommunens sektorer og tjenester. I tillegg til disse grepene, etablerer også flere av våre casekommuner tverrsektorielle 'folkeforum' på tvers, som skal ha et ansvar for å kommunisere, koordinere og drøfte folkehelseperspektiv inn mot ulike relevante sektorer. Kristiansand har således etablert et Arbeidsutvalg for folkehelse, og Melhus er på vei med et folkehelseforum. Den organisatoriske forankringen av folkehelsearbeidet er imidlertid avhengig av et kunnskapsgrunnlag som belyser befolkningens helsestatus og bakenforliggende påvirkningsfaktorer. Dette er et svært viktig grunnlag for å

kommunisere folkehelseperspektivet inn i bredden av kommunale sektorer, herunder også bolig. Dette synes også å være en bærebjelke inn i våre casekommuners arbeid for å integrere folkehelseperspektiver inn i en helhetlig boligpolitikk. Bergen kommune har således allerede gjort sin andre kartlegging, publisert i en egen rapport om «Levekår og helse i Bergen 2011», Kristiansand har gjort tilsvarende, publisert som «Kristiansands utfordringsbilde 2015», og en kommune som Melhus, som er i en tidligere fase i dette koordineringsarbeidet, planlegger en kartlegging av innbyggernes levekår og helse i 2016.

Dette arbeidet synes svært viktig som en innfallsvinkel til å se helse, og ikke minst ulikhet i helse, opp mot ulike innsatsfaktorer, herunder bolig. Dette er også i samsvar med de forventninger som ligger i Folkehelseloven §5, hvor kommunene forventes å ha den nødvendige oversikten over faktorer som virker inn på befolkningens helsetilstand.

En grunnleggende strategi i kommunene synes i forlengelsen av dette å være at kunnskapen som fremgår av disse oversiktene kommuniseres inn i alt relevant kommunalt planarbeid. Hvorvidt en faktisk når frem, med en kunnskapsbasert og helhetlig boligpolitikk som integrerer folkehelseperspektivet på en måte som ivaretar utfordringene knyttet til bolig som påvirkningsfaktor for helse, vil imidlertid avhenge av et helt sett av faktorer, dels utenfor kommunens handlingsrom.

### 5.3 Kommunenes handlingsevne i grenseflaten mellom bolig og folkehelse

Våre casekommuner har en bevisst holdning til å integrere folkehelseperspektivet i boligpolitikken, og jobber kunnskapsbasert og systematisk for å implementere dette. Hvorvidt dette faktisk gir en boligpolitikk som tar opp i seg denne kunnskapen, er imidlertid et annet spørsmål. Her er vi dels over i spørsmålet om den kommunale virkeligheten og hvilket handlingsrom denne opererer innenfor.

Dette handler på boligpolitikkenes område for det første om at kommunene er satt til å ivareta et helt sett av forventninger, som dels kan være motstridende. Disse forventningene kan dels være

definert av staten, blant annet i forskrifts- og lovs form. Dels kan forventningene komme til uttrykk i kommunalt definerte målsettinger på andre politikkområder. Resultatet av slike målkonflikter når det kommer til konkrete handlingsvalg, kan både være vanskelig å forutse og ikke minst vanskelig å håndtere for kommunene. Resultatet kan bli at folkehelseperspektivet i boligpolitikken blir svekket, på tross av kunnskap om sammenhenger, fordi andre hensyn vektet tyngre.

For å illustrere dette, kan det for eksempel i et folkehelseperspektiv, være ugunstig å bygge boliger inne i bykjerner, på grunn av luft- og støypoblemer. Dette kan imidlertid være ønskelig ut fra en fortetningsstrategi. Hensyn knyttet til kulturminnepolitikk, klima og miljø, vil også kunne legge føringer på spørsmålet om fortetting i by, hvilket kan utfordre klare folkehelseperspektiver inn i boligpolitikken.

Også innenfor den delen av boligpolitikken som retter seg mot utsatte grupper, som personer med rus og/eller psykiske vansker, vil de kommunale beslutningsprosessene være komplekse, hvor ulike hensyn og mål legger ulike føringer på for eksempel spørsmål om plassering og innretning av boligene. Bosettingsprosesser ut av personer ut fra institusjon og fengsel kan illustrere hvor komplekse slike prosesser kan være, og hvordan bosetting til syvende og sist blir et pragmatisk spørsmål om hva som er tilgjengelig (Holm, Helgesen og Lid 2015).

I tillegg til begrensninger knyttet til tversektorielle målkonflikter innenfor den kommunale virksomheten, utfordres også folkehelseperspektiver i boligpolitikken av at en her må formidle og implementere folkehelseperspektiver inn i en sektor som ligger i grenseflaten mot de private aktørene. Kommunene bygger lite selv, men er først og fremst reguleringsmyndighet innenfor boligpolitikken. Samtidig har private aktører fått en tilsvarende fremtredende rolle. Det er i stor grad private aktører som tar initiativ til bygging, utarbeider forslag til reguleringsplaner og som har ansvar for å gjennomføre selve utbyggingen. Overordnede hensyn knyttet til folkehelse, må derfor formidles også til disse aktørene, og igjen er det rimelig å anta at det blir som planmyndighet kommunene først og fremst kan fremme sine folkehelserelaterede forventninger til boligpolitikken.

I sum betyr dette at selv om kommuner har gjort et godt arbeid både med å bygge et solid grunnlag for en folkehelsebasert boligpolitikk, og tatt høyde for dette i sin organisasjonsstruktur og

---

i sine handlingsplaner, vil målkonflikter og interessenmotsetninger både innad mellom sektorer i kommunen, samt i relasjonen mellom kommunen og private, kunne komplisere prosessene på veien mot en helhetlig boligpolitikk, som også ivaretar folkehelseperspektivene på en ønsket måte.

De to områdene som så langt særlig viser seg som boligpolitiske satsninger der folkehelseperspektivet og ulikhet i levekår og helse inngår som en klar del av beslutningsutfallet, er når det kommer til områdesatsninger og fordeling av boliger for vanskeligstilte. Her finner vi en tydelig bevissthet i de større casekommunene omkring det å sette i verk områdeløft i de sonene som scorer lavest på kartleggingen av helse og levekår, samtidig som en her også unngår å plassere flere boliger for vanskeligstilte. Dette vil samtidig være tiltak hvor kommunene selv tar mye av ansvaret. Når det kommer til større boligprosjekter, er det rimelig å anta at en oftere kommer i situasjoner preget av målkonflikter. Det er her det særlig blir viktig at det folkehelsebaserte kunnskapsgrunnlaget, i form av helse og levekårs kartleggingen, støysonekart og oversikter over luftforurensning, formidles til alle relevante aktører i prosessen.



## Litteratur

- Agenda Kaupang (2015): Melhus kommune: Gjennomgang av økonomi og tjenesteorganisering i de tre helse- og omsorgsvirksomhetene og i Bo- og avlastning. Stabekk: Agenda Kaupang.
- Axelsson, R. og Axelsson, S. B. (2007): Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer og samhällssektorer. Studentlitteratur, Lund
- Baker, E., Bentley, R. og Mason, K. (2013): “The Mental Health Effects of Housing Tenure: Causal or Compositional?”, *Urban Studies* 50(2): 426-442.
- Baldersheim, H. og K. Ståhlberg, K. (2002): «Guided democracy or multi-level governance? New trends in regulatory regimes in central-local relations in the Nordic countries», *Local Government Studies* 28, 2002: 74-90.
- Barlindhaug, R., Johannessen, K. og Kvinge, T. (2011): Boligkarriere for startlånsøkere. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. NIBR-rapport 2011:15.
- Bergen kommune (2008) Levekår og helse i Bergen 2008.
- Bergen kommune (2011) Levekår og helse i Bergen 2011.
- Bergen kommune (2014) Etat for helsetjenester. Årsmelding 2014.
- Bergen kommune (2014:2) Boligmelding 2014-2020.
- Bergen kommune (2014:3) Barn og unge i Bergen. Helseatferd og påvirkningsfaktorer.
- Bergen kommune (2015) Bergen 2030. Kommuneplanens samfunnsdel.
- Bergen kommune (2015:2) Folkehelseplan for Bergen kommune 2015-2025. Aktiv by – friske bergensere.

- Bray, I. og Gunnell, D. (2006): «Suicide rates, life satisfaction and happiness as markers for population mental health», *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 41: 333-337.
- Christensen, T. og P. Lægroid, P. (2007): «The Whole-of-Government Approach to Public Sector Reform», *Public Administration Review*, November/December 1059-1066.
- Cingolani, L. og de Crombrughe, D. (2012): «Techniques for Dealing with Reverse Causality between Institutions and Economic Performance», UNI-MERIT Working Paper #2012-034, Maastricht Graduate School of governance, Maastricht University.
- Dahlgren, G. og Whitehead, M. (1991/2007): Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Working paper, Institute for Future Studies; 2007:14.
- Departementene (2014): Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014–2020) Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet (Strategi. H-2312 B)
- Fimreite, A. L., Flo, Y. og Selle, P. (2007): «Når sektorbandene slites. Utfordringer for den norske velferdsmodellen», *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 48 (2):165-196.
- Fimreite, A. L., og Lægroid, P. (2009): «Samordning – flernivåstyringens store utfordring», i Helgøy, I. og Aars, J. (red.): *TFlernivåstyring og demokrati*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fordyce, M. W. (1988): «A Review of Research on the happiness Measures: A Sixty Second Index of Happiness and Mental Health», *Social Indicators Research* 20(4): 355-381.
- FOR-2014-12-19-1726 «Forskrift om konsekvensutredninger for planer etter plan- og bygningsloven», Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Oslo.
- FOR 2012-06-28 nr. 69 «Forskrift om oversikt over positive og negative faktorer som påvirker helsen», Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.
- FOR-2003-04-25-486 «Forskrift om miljørettet helsevern», Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.

- Gjersvold, A. I., & Verstad, T. I. S. (2015):. Ut av fattigdomsfella. Prosjektrapport. Melhus: Melhus kommune.
- Hanssen, G. S., Helgesen, M. K. og Holmen, A. K. T. (2014): «Den forhandlende kommune i samhandlingsreformen – forhandlingspraksis og lederegenskaper», Norsk statsvitenskapelig tidsskrift. Nr. 2, 108-130.
- Hanssen, G.S. og Helgesen, M.K. (2012): Hvordan påvirker statlige juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler prioriteringene i den kommunale omsorgssektoren? Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. NIBR-rapport 2012:26.
- Helgesen, M. og Hofstad, H. (2014): «Determinants in Norwegian local government health promotion – institutional perspectives», Research in the Sociology of Health Care, Volume 32, 143-180.
- Helgesen, M., Holm, A., Monkerud, L. C. og Schmidt, L. (2014): Bolig og folkehelse – hva er sammenhengen? NIBR-rapport 2014:16.
- Helsedirektoratet (2013): God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Helsedirektoratet, Oslo.
- Helsedirektoratet (2010): Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle. Helsedirektoratet, Oslo.
- Hjern, B. (2007): «Samverkan – inneord eller en utmaning för den svenska modellen» i Axelsson og Axelsson (2007): Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer. Studentlitteratur. Lund.
- Hood, C. (1991): «A Public Management for All Seasons?», Public Administration Vol. 69. Spring 1991 (3-19).
- Hofstad, H. (2011): Healthy Urban Planning: Ambitions, Practices and Prospects in a Norwegian Context. Planning Theory & Practice,12:3, 387-406.
- Holm, A, S. Nørve og E. Karvel (2012) Heis og Levekår. Nibr-rapport 2012:19.

- Huxham, C. og S. Vangen, S. (2005): *Managing to Collaborate. The theory and practice of collaborative advantage.* Routledge, New York.
- KMD (2014): Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging. Retningslinje, 26.09.2014. Kommunal og moderniseringsdepartementet, Oslo.
- KMD (2014): Bolig for velferd. Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020). Oslo: KMD. Retrieved from [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/boby/nasjonal\\_strategi\\_boligsosialt\\_arbeid.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/boby/nasjonal_strategi_boligsosialt_arbeid.pdf).
- KMD (2015): Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (H-2347 B)
- Kristiansand kommune (2013) Helsefremmingsplanen. Plan for folkehelse, forebygging og rehabilitering.
- Kristiansand kommune (2015) Kristiansands utfordringsbilde 2015. Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter.
- Kristiansand kommune (2015:2) Melding om Kristiansand kommunes kunnskapsgrunnlag for strategisk utvikling av fremtidsrettede tjenester på helse- og omsorgsfeltet. Speilmelding 2030.
- LOV 2011-06-24 nr. 29: Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven, FHL), Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.
- LOV-2008-06-27-71: Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven, PBL), Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Oslo
- Lu, L. og Shih, J. B. (1997): «Personality and Happiness: Is Mental Health a Mediator?», *Personality and Individual Differences* 22: 249-256.
- Meld. St. 17 (2012-2013) Byggje – bu – leve. Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Oslo.
- Melhus kommune. (2009):. Kommuneplanens samfunnsdel 2025. Melhus: Melhus kommune.
- Melhus kommune. (2011):. Boligsosial handlingsplan. Melhus: Melhus kommune.

- Melhus kommune. (2014):. Økonomi- og handlingsplan 2015-2018. Melhus: Melhus kommune.
- Melhus kommune (2015):. Helhetlig tiltaksplan for boligbygging. Melhus: Melhus kommune.
- Midtbø, T. (2010). Regresjonsanalyse for samfunnsvitere. Med eksempler i SPSS. Universitetsforlaget, Oslo.
- Moulton, B. R. (1990). «An Illustration of a Pitfall in Estimating the Effects of Aggregate Variables on Micro Units», *The Review of Economics and Statistics* 72(2): 334-338..
- Myrvold, T. M. (2001). Smått og godt? Om de minste kommunenes evne til å imøetkomme generalistkommunekravet. En kunnskapsoversikt og indikatordiskusjon. NIBR-rapport 2001: 1.
- Ollila, E. (2011): «Health in All Policies: From rhetoric to action», *Scandinavian Journal of Public Health*, 2011;39 (Suppl 6): 11-18.
- Osborne, S. (2010): Introduction. The (new) public governance: A suitable case for treatment? In: Osborne (ed). *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. London: Routledge, 2010.
- Piero, A. (2007): «Happiness, satisfaction and socioeconomic conditions: some international evidence», Kapittel 20 i Bruni, L. og Porta, P. L. (red.): *Handbook on the Economics of Happiness*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Pierson, P. og Skocpol, T. (2002): «Historical Institutionalism in Contemporary Political Science» i Katznelson, I. og Milner, H.V. (red.): *Political Science. The State of the Discipline*. New York: W.W. Norton & Company.
- Power C. og Kuh, D. (2006): «Lifecourse development of unequal health», i Siegrist, J. and Marmot, M. (2006): *Social inequalities in health. New evidence and policy implications*. Oxford University Press, Oxford.
- Powdthavee, N. (2007): «Happiness and the standard of living: the case of South Africa», kapittel 21 i Bruni, L. og Porta, P. L. (red.), *Handbook on the Economics of Happiness*. Cheltenham: Edward Elgar.

- Ryff, C. D. (1989): «Happiness Is Everything, or is it? Explorations on the meaning of Psychological Well-Being», *Journal of Personality and Social Psychology* 57(6): 1069-1081.
- Sellers, J. M. og Lidström, A. (2007): «Decentralisation, local government and the welfare state. Governance», *International Journal of Policy Administration*, 2007;20:609-32.
- Schou, A., Helgesen, M. K. og Hofstad, H. (2014): Samhandlingsreformens effekt på kommunene som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. En nasjonal oversikt over status i kommuner to år etter reformoppstart med et spesielt blikk på innvandrerrike kommuner. NIBR-rapport 2014:21.
- St.meld. nr. 23, (2003-2004): Om boligpolitikken. Kommunal- og regionaldepartementet, Oslo. St.meld. nr. 50 (1998-99): Utjamningsmeldinga.
- Sørensen, E. og Torfing, J. (2013): «Enhancing Social Innovation by Rethinking Collaboration, Leadership and Public Governance», *Social Frontiers*. The next edge of social innovation research.
- Sørensen, E. og Torfing, J. (2007): *Theories of Democratic Network Governance*. New York: Palgrave Macmillan.
- Sørensen, E. (2006): «Metagovernance: The changing role of politicians in processes of democratic governance», *American Review of Public Administration* 36(1): 98–114.
- Torfing, J. (2001): «Path-dependent Danish Welfare reforms: The contributions of institutionalisms in understanding evolutionary change», *Scandinavian Political Studies*, 24(4), 277-309.
- Thorsen, L. R. og Revold, R. K. (2014): Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2013. Tema: Idretts- og kulturaktiviteter. Dokumentasjonsrapport, Notater 2014/7.
- Trøttestad, H. D., & Sivesind, K. H. (2015):. Ideelle organisasjoners særtrekk og merverdi på helse- og omsorgsfeltet. Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.

- Vedung, E. (1998): Utvärdering i politik och förvaltning. Studentlitteratur, Lund.
- Vrålstad, S., Wiggen, K. S. og Thorsen, L. R. (2013): Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2012. Tema: Bolig og boforhold, og utsatthet og uro for lovbrudd. Dokumentasjonsrapport SSB Notater 22/2013.
- Wells, N. M. og Harris, J. D. (2007): «Housing quality, psychological distress, and the mediating role of social withdrawal: A longitudinal study of low-income women», *Journal of Environmental Psychology* 27:69-78.
- Wiggen, K. S. (2012): Samordnet levekårsundersøkelse 2008-2010. (EU-SILC) – Panelundersøkelsen, Dokumentasjonsrapport SSB Notater 70/2012.
- Aarsæther, N. (2013): «Ny giv for kommunal planlegging», i Aarsæther, N., E. Fallet, T. Nyseth og R. Kristiansen (red): *Utfordringer for norsk planlegging. Kunnskap, bærekraft og demokrati*. Cappelen Damm, Høyskoleforlaget, Oslo.

---

# Vedlegg 1 Intervjuguide

## Intervjuguide (folkehelsekoordinator el.)

### Før intervju

Info om prosjektet  
Informasjonsskriv  
Anonymitet  
Spørsmål  
Samtykke  
Tidsperspektiv  
Båndopptaker

### Innledning

Kan du fortelle litt om hvordan stillingen din er organisert og hvilket ansvar/oppgaver du har som .... folkehelsekoordinator?

Hvor involvert er du i din posisjon som rådmann?  
Folkehelsearbeidets forankring?

Dere har fokus på boligområder i kommuneplan. Boligområder karakteriseres knyttet til levekår. Karakteriseres boligmasse? Bolig og unge, bolig og eldre? Hvordan tenkes det om sammenhengen mellom bolig og helse?

Inkluderer folkehelsearbeid bolig og evt. hvordan?  
Hvordan er bolig knyttet opp mot levekår eller sosial ulikhet i kommunen? Er levekår en utfordring? Er bolig en utfordring?  
Har dere arenaer/møtesteder for læring/kunnskapsformidling om folkehelse?

Hvordan fungerer de, er bolig inkludert?



Hva er evt. planavdelingens rolle? Rollen til andre enheter som arbeider med folkehelse/bolig.

Har synet ditt på folkehelsearbeid endret seg? Hva kan være årsaker?

## **Bolig og folkehelse, temaets legitimitet som arbeidsfelt**

Inngår en helhetlig boligpolitikk i folkehelsearbeidet? I tilknytning til spørsmålet: Kan du nevne noen av de viktigste folkehelseiltakene som er gjennomført i kommunen det siste året?

I hvilken grad mener du at folkehelsearbeidet har legitimitet/aksept/blir prioritert i administrasjonen i kommunen når du ser det i forhold til andre tema?

Hvorfor er det slik? Tilknytningen til bolig, har det legitimitet som politikkområde?

Er det forskjeller mellom enheter?

Hva er gjort for å øke folkehelse/boligs legitimitet i administrasjonen?

I hvilken grad mener du at folkehelsearbeidet har legitimitet/aksept/blir prioritert blant politikere i kommunen når du ser det i forhold til andre tema? For eksempel bolig.

Hvorfor er det slik?

Opplever du at det er forskjeller mellom de ulike partiene? Evt. hva har dere gjort for å øke legitimiteten til politikkområdene blant politikerne? Pådrivere for dette? Barrierer, suksesskriterier?

I hvilken grad mener du at kommunens folkehelsearbeid tilfredsstillende følger folkehelseloven og andre statlige retningslinjer for folkehelsearbeidet?

Å knytte sammen bolig og folkehelse; vil det ha økonomiske konsekvenser? Vil det redusere noen utgifter?

## **Forankring i plan**

Har dere rutiner/verktøy/møteplasser for tverrfaglig samarbeid om folkehelse internt i kommunen? Er bolig inkludert? Funksjon, utfordringer, suksesskriterier, aktører eksterne for kommunen? Er noen av dem viktigere enn andre?

Hvordan og i hvilken grad er folkehelsearbeidet og bolig integrert/forankret i planlegging og i plan- og planleggingsystemet? Delplaner som Boligsosial plan, helhetlig boligplanlegging?

Spørsmål til planlegger evt. angjeldende politikere og ledere: Ved forhandling med utbyggere, inkluderes spørsmål som ellers er definert som boligsosiale? Brukes utbyggingsavtaler? Brukt lenge? Hva inneholder de? Har dere en tomtepolitikk? Inkluderer den evt. kommunale boliger?

Hvordan har dere gått fram for å utarbeide oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer? Er bolig inkludert? Evt. hvordan?

Type aktører Involvert, type kunnskap innhentet, hvordan karakterisere utfordringsbildet, er bolig en del av det? Er gjennomførte tiltak knyttet til bolig basert i utfordringsbildet?

I hvilket planverk inngår kommunen sine mål for folkehelsearbeidet? For bolig?

Hvordan har dere gått fram for å utforme mål og strategier i folkehelsearbeidet? Hva har blitt mål og strategier i arbeidet, for eksempel angående avveiningen mellom levekår og individperspektivet knyttet til fysisk aktivitet, kosthold, rus og røyk? Involverte aktører, hvilke utfordringer har dere hatt, hva har vært viktig for å lykkes? Hvem har eierforhold til målene? Baserer de seg på utfordringsbildet?

Omfatter levekår at det tilbys boligområder med varierte omgivelser og som har tilgang på et variert sett av offentlige og private tjenester, evt. til «nærfriluftsliv»? Er kommunen opptatt av at boområder skal bidra positivt til bygging av tillit mellom beboere og at de skal redusere sykdom/kriminalitet? Er det noe dere tenker på når reguleringsplaner lages, evt. godkjennes?

Hvordan er medvirkningsprosesser organisert? Er det medvirkningsprosesser knyttet til spesifikke tema? Hva kan være barrierer for medvirkningsprosesser?

Viser folkehelse/boligmålene igjen i økonomiske prioriteringer i økonomiplanen og i fordeling av arealressurser i arealplan? Hva gjør dere for å sikre at arealplanen tar hensyn til at det skal bygges boliger til alle grupper av innbyggere? Hva skal til for å oppnå forankring i disse planene?