

Marit K. Helgesen
Arne Holm
Lars Monkerud
Lene Schmidt

Bolig og folkehelse – hva er sammenhengen?

En litteraturstudie



NIBR

Norsk institutt for by- og regionforskning

Bolig og folkehelse – hva er
sammenhengen?

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2014:3	Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner
NIBR-rapport 2013:18	Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) – KS` etter- og videreutdannings- program for helse og planlegging
NIBR-rapport 2013:17	Kommunal variasjon i statlige veiledere og retningslinjer
NIBR-rapport 2013:23	Bedre tverrfaglig Innsats (BTI). Følgeevaluering
NIBR-rapport 2012:13	Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselinestudie
NIBR-rapport 2012:4	Kommunalt psykisk helsearbeid 2012

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

Publikasjonene
kan også skrives ut fra
www.nibr.no
Porto kommer i tillegg til de oppgitte
prisene

Marit K. Helgesen
Arne Holm
Lars Monkerud
Lene Schmidt

Bolig og folkehelse – hva er sammenhengen?

En litteraturstudie

NIBR-rapport 2014:16

Tittel: **Bolig og folkehelse – hva er sammenhengen? En litteraturstudie**

Forfatter: Marit K. Helgesen, Arne Holm, Lars Monkerud og Lene Schmidt

NIBR-rapport: 2014:16

ISSN: 1502-9794
ISBN: 978-82-8309-035-2

Prosjektnummer: 3316

Prosjektnavn: Bolig og folkehelse

Oppdragsgiver: Husbanken

Prosjektleder: Marit K. Helgesen

Referat: Prosjektet er en litteraturstudie og tar for seg artikler som sier noe om sammenhengen mellom bolig/boområde og helse. Litteraturstudien finner at det er en sammenheng mellom bolig/boområde og helse, og at det å bo i en dårlig bolig påvirker helsen negativt, både den fysiske og den mentale helsen. Denne sammenhengen kan overstyres av variablene utdanning og inntekt. Det tyder på at det er sosiale forskjeller i fordeling av bolig som er de bakenforliggende årsakene.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: Novermber 2014

Antall sider: 143

Pris: kr 250,-

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21,
0349 OSLO
Telefon: (+47) 22 95 88 00
Telefaks: (+47) 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no
<http://www.nibr.no>

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>

Trykk: X-ide
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2014

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. Hovedproblemstillingen i rapporten er derfor om boligområde legger betingelser for folkehelsen – determinerer bolig på noen måter helsetilstanden til befolkningen i Norge? Det finner vi at bolig gjør på flere måter.

Leder for prosjektet har vært Marit K. Helgesen, medvirkende ellers har vært Arne Holm, Lene Schmidt og Lars Monkerud.

Husbankens kontaktpersoner har vært Rune Flessen og Øyvind Ustad.

Vi vil takke vår bibliotekar for medvirkning i gjennomførte litteratursøk.

Oslo, november 2014

Trine M. Myrvold
Forskningsjef

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt.....	4
Figuroversikt	4
Sammendrag.....	5
Summary	12
1 Innledning og bakgrunn	19
1.1 Innledning.....	19
1.2 Helse, bolig og styring.....	20
1.2.1 Historisk riss	22
1.2.2 Styring av helse- og boligpolitikk.....	25
1.3 Problemstilling.....	33
1.4 Gangen i rapporten.....	34
2 Metode	36
2.1 Kausalitet.....	37
3 Kvaliteter ved nabolag og bomiljø – livet mellom husene	45
3.1 Innledning	45
3.2 Nabolag og fysisk helse	46
3.2.1 Urban form, fysisk aktivitet og helse.....	47
3.2.2 Bomiljø, tilgang til grøntområder og helse.....	50
3.2.3 Nabolag og sosial ulikhet i helse	51
3.2.4 Tiltak på områdenivå.....	54
3.2.5 Tiltak på områdenivå i Norge	57
3.3 Nabolag, barn og fysisk helse.....	58
3.3.1 Nabolag, barn og helse i Norge	63
3.4 Nabolag og mental helse.....	67
3.4.1 Sosial kapital og mental helse	71
3.4.2 Nabolag, barn og mental helse.....	76
3.5 Nabolag, fysisk og mental helse blant vanskeligstilte	78

3.5.1	Bomiljø og helse for vanskeligstilte – noen generelle refleksjoner	79
3.6	Kausalitet mellom bomiljø og helse	84
4	Kvaliteter ved boligen	86
4.1	Innledning	86
4.2	Bolig, fysisk og mental helse	87
4.2.1	Sammensatte effekter	90
4.3	Barn, bolig og fysisk og mental helse	92
4.3.1	Astma blant barn	94
4.3.2	Boligens påvirkning på barns mentale helse	95
4.3.3	Trangboddhet og påvirkning på helse	97
4.4	Vanskeligstilte, bolig og psykisk/fysisk helse	99
4.4.1	Innledning	99
4.4.2	Psykisk utviklingshemmede	99
4.4.3	Økonomisk vanskeligstilte	101
4.4.4	Landbakgrunn	108
4.5	Disposisjonsform og helse	109
4.6	Oppsummering	115
5	Oppsummering og diskusjon	117
5.1	Problemstillinger og hypoteser som er belyst i litteraturen	117
5.1.1	Funn angående boligområder og boliger	118
5.1.2	Funn i fordypningstemaene	119
5.2	Datakilder og metoder	120
5.3	Implikasjoner for norsk politikk for å sikre folkehelse og bolig	122
5.3.1	Problemstillinger for videre forskning	127
5.3.2	Data og metode for videre forskning	128
	Litteratur	132

Tabelloversikt

Tabell 1.1	Endring i styringspraksis	26
Tabell 2.1	Hypoteser om forholdet mellom bomiljø og helse.....	42
Tabell 5.1	Hypoteser om forholdet mellom bomiljø og helse.....	117

Figuroversikt

Figur 1.1	Helsens påvirkningsfaktorer	21
Figur 1.2	Det systematiske folkehelsearbeidet.....	30
Figur 2.1	Kausal relasjon og reversert kausalitet mellom bolig og helse	43
Figur 4.1	Sammenhenger mellom rus, bolig og mental helse.....	107

Sammendrag

Marit K. Helgesen, Arne Holm, Lars Monkerud og Lene Schmidt

Bolig og folkehelse – hva er sammenhengen?

En litteraturstudie

NIBR-rapport 2014:16

Innledning og bakgrunn

Ut fra kunnskapen om at bolig og boområder er en viktig påvirkningsfaktor for helse har vi gjennomført en studie av litteratur utgitt etter ca. 2010. Tema har vært bolig og boområde og konsekvenser for helse. Problemstillingene for studien har vært:

- Kan det spores en sammenheng mellom bolig/bomiljø og folkehelse i litteratur om disse temaene? Hva betyr bolig/bomiljø for fysisk helse? Hva betyr bolig/bomiljø for psykisk helse. Hvis bolig har betydning; i hvilken retning går sammenhengen?
- Hva vet vi om norske boliger og bomiljø og konsekvenser for folkehelsen generelt, og for barn og vanskeligstilte spesielt?

Litteraturstudien har tatt utgangspunkt i at folkehelse og bolig historisk, så vel som i dag, har et møtepunkt i kommunene. Historisk har krav til boliger vært bygget inn i helselovgivningen, i dag utgjøres møtepunktet av Folkehelseloven og Plan- og bygningsloven som begge omtaler folkehelse og tiltak kommunene kan sette i verk for å bedre denne. Bolig er ett slikt tiltak.

Rammen rundt det kommunale arbeidet er en liberal reguleringspolitikk for bolig der kommunal planlegging er rullet tilbake, og en satsning på planlegging innenfor folkehelsearbeidet – en styrking av det systematiske folkehelsearbeidet.

Metode

Vi har valgt å avgrense studien nedad til år 2010 for å knytte an til forskningsfronten. Studien er også avgrenset til å gjelde litteratur basert på studier i vestlige land. Den har oppmerksomhet mot hvordan litteraturen behandler kausalitet i spørsmålet om bolig som påvirkningsfaktor for helse. Det tas utgangspunkt i fire forståelser av kausalitet:

1. Kausalitet som regularitet
2. Kausalitet som generativ prosess
3. Kausalitet som kontrafaktisk hendelse
4. Kausalitet som manipulasjon

Mye litteratur stiller ikke spørsmål om kausalitet, men slår fast at bolig og boområder påvirker helse. Annen litteratur, særlig den sosialepidemiologiske, er begynt å stille spørsmål om kausalitet, delvis på basis av at det tas i bruk analyseverktøy som tillater analyser av data over tid og flernivåanalyser. Når det kontrolleres for variable som utdanning og inntekt viser det seg at de overstyrer bolig og boligområde som forklaring på helse. Vi har funnet mye internasjonal litteratur, men lite nordisk og norsk.

Kvalitet ved nabolag og bomiljø

Nabolag og bomiljø påvirker både den fysiske og mentale helsen. Fysisk helse blir påvirket av urban form, for eksempel om det er variert bygningsmasse med arbeidsplasser, offentlige og private tjenester, tilgang til kultur og handel, om det er tilrettelagt for å gå og sykle, om det er møteplasser og tilgang til friluftsliv og grøntområder. Alt dette fremmer fysisk aktivitet i nabolaget og fysisk aktivitet har vist seg å styrke kontakten mellom naboer. Slike funn gjøres ikke for Oslo. Nabolag som har mye utslipp, er dårlige langs dimensjoner som forsøpling og kriminalitet, og der det er en opphopning av mennesker som tilhører en lav sosioøkonomisk gruppe (SES) er dette årsak til sykdom, spesielt astma og luftveissykdommer, men også til diabetes, samt mentale lidelser.

Barn er mer utsatt enn voksne fordi barn vokser og puster inn mer luft per kilo kroppsmasse enn det voksne gjør. Å bo i dårlige nabolag påvirker barn negativt også mht skoleprestasjoner og deres

sosiale miljø i form av å tilbringe tid med venner, ble også negativt påvirket. Dette har altså konsekvenser for barnas mentale helse.

Hvilket nabolag en person bor i er bestemt av den sosioøkonomiske gruppen vedkommende tilhører. Dette bestemmes av flere faktorer, utdanning og inntekt er viktig, men også landbakgrunn, alder og kjønn er utslagsgivende. Personer med ikke-hvit bakgrunn kommer dårligere ut mht bomiljø enn ”hvite”, enslige forsørgere og eldre kommer også dårligere ut enn andre mht å bo i et bra, eller et mindre bra boområde.

En del litteratur viser til at tiltak på områdenivå har positive konsekvenser for helse, både fysisk og mental. Det er i stor grad de samme årsakene, nemlig at boligområder rustes opp, som medvirker til at både fysisk og mental helse blir bedre. Her er det en del norsk litteratur, og denne viser til at varierte tiltak innenfor slike satsninger også har positive konsekvenser for helsen til beboere av områdene. Det gjelder både for økt deltaking i nærområdene, samt for økt fysisk aktivitet. Personer som tilhører en lav sosioøkonomisk gruppe har positive helseeffekter av å flytte til bedre boligområder.

Barn er spesielt utsatt for helserisiko ved å bo i belastede boligområder. Dette gjelder både for utslipp, støy, konsentrasjon av fattigdom og mangel på tilgang til grønn- og friluftsområder. Barn som bor i belastede områder har større sjanse for å ha overvektsproblemer enn andre barn. I Norge er det vist til at mange barn ikke har tilgang til leke- og rekreasjonsområder, samt at de bor i områder som er trafikkfarlige. Det er forskjeller mht foreldres utdanningsnivå og geografi. Det vises til at barn generelt påvirkes av å bo i utrygge bomiljøer.

Sosial ekskludering av innvandrere finner sted, også i Sverige som vi har funnet en studie fra. Utforming av nabolag kan legge til rette for økt sosial kapital. Personer som bor i dårlige nabolag har dårligere egenrapportert helse enn andre, tilrettelegging for medvirkning og deltagelse er observert å endre dette.

Vanskeligstilte på boligmarkedet har vi funnet en del norsk litteratur om. Vanskeligstilte er ikke en ensartet gruppe, og det er en hovedinndeling i litteraturen mellom økonomisk vanskeligstilte, en problemstilling som grenser tett til sosial ulikhet i helse, samt at personer er vanskeligstilte på grunn av sosialpsykologiske forhold.

Grensene mellom disse er ikke klare. Bolig er en sentral betingelse for eksempel ved LAR-behandling, og å trygge bosituasjonen bedrer effekten av tiltaket. Å skape stabile bomiljøer for grupper av vanskeligstilte har positiv effekt for helse. Det er også et poeng å skape bomiljøer der det er avstand til andre grupper som også har problemer. Vanskeligstilte er også i større grad enn andre utsatt for hendelser av negativ karakter i tilknytning til boligområdet, men også selve boligen, og de som har dårlig helse er igjen mer utsatt enn andre. Vanskeligstilte har mer grunnleggende problemer knyttet til boligområde enn andre, som for eksempel å få tak i mat slik at de kan ha en tilstrekkelig diett. Det er i liten grad sett på betydningen av sosial kontakt for vanskeligstilte.

Kvaliteter ved boligen

Å skille boligens påvirkning på helse fra bomiljøets kan være vanskelig, vi har likevel valgt å dele denne litteraturstudien inn i bomiljø og bolig som påvirkning på helse. I spørsmål om boligens påvirkning på helse har vi funnet flere studier som har eksperimentdesign, men samtidig færre norske studier. Vi har funnet en oversiktsstudie som inkluderer tall fra Norge. Boligens påvirkning på helse dreier seg i stor grad om innemiljø.

Hovedfunn fra denne delen av litteraturstudien er at dårlige boliger påvirker både fysisk og mental helse negativt og at forbedringer av boligen også bedrer helsen. Dette siste dreier seg også om både fysisk og mental helse. Trekk ved bolig som virker negativt er fysiske mangler ved eksteriør, sanitæranlegg, systemer for oppvarming, ventilasjon og luftrensing. Det er fukt, råte, trangboddhet og utøy som mus, rotter og kakerlakker. Slike mangler ved boligen fører til luftveissykdommer hos barn og voksne, astma og allergier brukes som eksempler, men også til hjerte-karsykdommer. Slike tilstander fordeles også sosialt knyttet til inntekt, og norske husholdninger med lav inntekt er mer utsatt for fukt enn husholdninger med middels inntekt. Norske husholdninger er på den annen side mindre utsatt for fukt enn husholdninger i EU.

Utbedringer av boliger bedrer også helse og litteraturen finner at når inneklime bedres er det færre innleggelse i sykehus og kontakt med helsevesenet på grunn av astma og luftveisinfeksjoner.

Spesielt for barn finner vi litteratur som peker på at det har negative helsekonsekvenser å være utsatt for både miljøgifter i boligen og trangboddhet, samt andre negative faktorer knyttet til bolig. Dette påvirker deres kognitive funksjoner og deres sosiale liv. Det øker også deres sjanse for å få astma. For eksempel finner en amerikansk studie at barn i kommunale boliger har mer astma enn barn som bor i andre typer leieboliger, samt i eieboliger. Barns mentale helse påvirkes også i større grad enn andres av boligfattigdom (to av fem boligulemper: trangboddhet, fukt, trekk/kulde, dårlig materiell standard og støy fra trafikk og naboer). De skammer seg over boligen og de tar ikke venner med hjem.

Bolig for vanskeligstilte, særlig de med sosialpsykologiske problemer, er en del av den statlige helse- og sosialpolitikken og boligpolitikk for slike grupper ses til dels som en del av Samhandlingsreformen. Norske studier finner likevel at personer med rus-psykiatriproblemstillinger er overrepresentert blant dem som har svak tilknytning til boligmarkedet og blant dem som kommer i en utkastelsessituasjon. Personer med komplekse behov har nytte at å bo i bolig med støttefunksjoner.

Økonomisk vanskeligstilte er heller ikke en ensartet gruppe og de utsettes ofte for relativ fattigdom. Personer som utsettes for relativ fattigdom har hyppigere mentale lidelser enn andre. Det bedrer ikke deres situasjon om de flytter til andre nabolag.

Sammenhengen mellom bolig og helse for vanskeligstilte er den minst entydige sammenhengen i litteraturen vi har lest. Feltet preges også av reversert kausalitet, dvs. at det er dårlig helse som er utgangspunktet for bosituasjonen.

Leietakere skiller seg systematisk fra eiere angående sosiodemografiske kjennetegn. Leietakere er unge, enslige og har lavere inntekt enn andre. De har også oftere mentale lidelser. De som leier offentlig bolig kommer dårligere ut enn de som leier privat. Men de som leier offentlig bolig bedrer ikke sin helse ved å endre leieforhold til privat. Personer som har en svak eieposisjon bedrer heller ikke sin selvrapporterte helse ved å gå over til en leieposisjon på boligmarkedet. Det som slår ut ser ut til å være bomiljøet og dets affordability, altså om beboere har råd til å kjøpe eller leie bolig der, samt benytte seg av butikker og tjenester i det samme området som de bor i. Personer med annen landbakgrunn enn

majoriteten i et land har ikke nødvendigvis helsefordeler av å eie egen bolig. I Norge har antallet barn og inntekt viktige effekter for om personer med annen landbakgrunn kjøper bolig.

Datakilder og metoder

Det er et klart flertall av kvantitative studier i materialet vi har basert vår litteraturstudie på. Det er innslag av kvalitativt materiale, men det er lite og i stor grad knyttet til forskningsrapporter. Spørsmålet om kausalitet kan belyses ved hjelp av begge typene materiale, men kausalitet påvises tydeligst ved bruk av kvantitativt materiale. Data som inngår i studiene er surveyer som er gjennomført for formålet og slike kobles ofte til nasjonale registre for å finne årsaker. Analysene gjennomføres i flere steg der første steg er bivariate analyser og neste steg er å gjennomføre regresjonsanalyser der en kontrollerer for stadig flere variable i stadig flere modeller. De fleste studiene er tverrsnittsanalyser som er gjennomført på denne måten. Det er noen studier som bruker data over tid, disse er sikrere mht årsaker enn analyser basert på tverrsnittsdata. Analysene som blir oppfattet som å etablere de mest troverdige årsaksforholdene er RCT-studier (randomised controlled trials) som er eksperimenter i med et design som det som innledningsvis kalles manipulasjon. Det er også benyttet tidsserier og det er benyttet kvasiekperimentelle design med baseline og etterstudier. Noen av de kvalitative studiene har benyttet et kontrafaktisk design for å kunne diskutere kausalitet. Vi har forholdt oss til sosialepidemiologisk litteratur og der eksisterer et klart hierarki med RCT-studier på topp, deretter tidsserier, aller helst panelstudier, kvasiekperimentelle design, tverrsnittsanalyser og med de kontrafaktiske studiene nederst. Kvalitative studier vurderes ofte ikke som gangbare i denne forskningstradisjonen.

Implikasjoner for norsk politikk

Boligmarkedet er avregulert, markedet er blitt den viktigste fordelingsmekanismen for bolig og kommuner har fått en viktig rolle å spille i å sikre en kvalitativt god boligtilgang for sine innbyggere. For å gjennomføre dette må kommuner inngå i samarbeid med statlige aktører, spesielt Husbanken, og i forhandling med private aktører lokalt. Kommuner kan ha behov for myndighetsstøtte i slike forhandlinger mht verdier, standarder for og utbredelse av den lokale boligbyggingen. Myndighetsstøtte

kan være retningslinjer og veiledere som behandler forskjellige spørsmål knyttet til boligbygging.

Folkehelseloven og Plan- og bygningsloven (PBL) møtes i all hovedsak i oversikten som kommuner skal lage over positive og negative faktorer som påvirker helsen. Denne skal utarbeides i tråd med Folkehelseloven og skal i følge PBL legges til grunn for den kommunale planstrategien, men kan også ligge til grunn for andre planer kommunene skal lage. De fleste av de funnene vi har gjort i litteraturstudien er trekk ved bolig som påvirker helsen og som derfor kan inkluderes i en slik oversikt. Dette kan medføre at bolig kommer høyere på den kommunale agendaen og inkluderes i den generelle planleggingen.

Ettersom det er funnet lite litteratur om norske forhold anbefales det at det gjennomføres forskning basert i levekårsdata fra The European Union Statistics on Income and Living Conditions, EU-silc- materialet, for å finne utbredelsen av forskjellige helsetilstander knyttet til boligområde og bolig. Vi anbefaler også at det gjennomføres kvalitative studier i kommuner for å studere nærmere hvordan kommunene arbeider med sine boligproblemstillinger.

Summary

Marit K. Helgesen, Arne Holm, Lars Monkerud og Lene Schmidt

Does Housing determine health?

NIBR-rapport 2014:16

Introduction and background

Based in the knowledge that housing is an important determinant for health we have conducted a study of literature from 2010 and onwards. The theme for the study has been consequences of neighbourhoods and housing for health. Research questions are:

- Does the literature demonstrate a causal relation between neighbourhoods/housing and health? How important is neighbourhoods and housing for physical and mental health? If it is considered important – in what direction is the causal relation demonstrated to go?
- What do we know about Norwegian housing policies and consequences for public health in general? What do we know about housing policies and the wellbeing of children and families? What do we know about social inequalities and housing?

The study takes its departure in the fact that the pathways of housing and public health, in history as well as today, crosses at the local level. Historically housing and local housing policies has been regulated by the laws on community and public health. Today the policies are regulated in the Public Health Act (PHA) and the Planning and Building Act (PBA). Both laws consider public health and measures municipalities can implement to better public health. Housing can be considered one such measure.

The municipalities` housing policies are framed by a liberal and deregulated housing market, and municipality` planning activities according to housing are rolled back. Simultaneously there is a

focus on planning within both laws and they specifies how planning, and within this, the systematic public health work, is to be carried out.

Methods in the literature study

2010 is chosen as the last year we will search for literature as we aspire to find the articles and studies that are in the research front. Our literature study is as well limited to studies from western societies to make it relevant for Norwegian circumstance. The study is preoccupied with how causal relations between housing and health are treated. Four understandings of causality is included:

1. Causality as regularity
2. Causality as generative processes
3. Causality as contra factual events
4. Causality as manipulation

In some studies questions according to causality is not posed, they simply states that housing determines health. Other studies, especially the social epidemiological studies, pose these questions, partly based in the fact that analyses can be carried out as complex analyses of longitudinal data and multilevel analyses. Variables as education and income are confounding variables for housing as determinants for health. We have found many international studies and few Nordic and Norwegian studies.

Qualities of neighbourhoods and housing environments

Neighbourhoods and housing environments determine both the physical and mental health of residents. The physical health is determined by urban form. Examples are mixed environments with work places, public and private services, access to culture and shopping, whether housing environments are walkable and bicycles can be used, if there are possibilities for meeting fellow residents and access to parks and recreational areas. Such factors promote physical activity among neighbourhood residents and physical activity as well promotes contact between them. Such findings are not relevant for Oslo. Neighbourhoods that are exposed to air and water pollutants as well scores low according to dimensions as litter and criminal offenses. Neighbourhoods with

poverty concentrations determine health negatively and illnesses as asthma and respiratory diseases as well as diabetes and mental illnesses are more prevalent in such neighbourhoods than in others.

Children are more vulnerable than adults as they, according to their state of growing, breathes more air per kilo body mass than adults. To live in degraded neighbourhoods influences the health of children negatively as according to school results and their prevalence to be with friends. Living in such neighbourhoods thus, influences the mental health of children.

The neighbourhood in which a person lives is socially determined. Education and income is important, so are ethnicity, age and gender. Persons with a non-white background lives in more degraded neighbourhoods than white persons. Single mothers and old people as well live in more degraded neighbourhoods than others.

Some literature shows that area level measures determine physical and mental health positively. When neighbourhoods are regenerated betterment of health can be observed. Some Norwegian studies show that a variegated set of measures influences the health of inhabitants positively. This is found for strengthened participation as well as physical activity. Persons belonging to a lower SES-group experiences positive effects on their health by moving to better off neighbourhoods.

Children are especially vulnerable to live in degraded neighbourhoods. They are exposed to toxics, noise, poverty concentration and a lack of parks and access to recreational areas. Children in degraded living environments as well are more prevalent to be obese than other children. For Norway we find that many children do not have access to playgrounds and recreational areas and they live in areas exposed to heavy traffic. There are differences according to parental education and there are differences according to geographic location. In general children's health is negatively determined by living in unsafe environments.

Immigrants are socially segregated in living areas. This is found also for Sweden. Urban form can positively determine social capital. Persons living in degraded neighbourhoods report less

good self- assessed health than others. If participation in neighbourhoods is facilitated this is observed to change.

There are some Norwegian studies on groups with housing disadvantages. Housing disadvantaged people does not form a homogenous group and a main division is in use between economically disadvantaged people, this is close to the definition of social inequalities, and people being disadvantaged because of social psychological relations. The borders between them are not clearly drawn. Housing is an important determinant, for example according to medical assisted rehabilitation of substance abusers (LAR). To secure the living environment betters the effects of the rehabilitation. To ensure stable living environments for housing disadvantaged groups has a positive effect for health. It is also made a point to create living environments in which people in rehabilitation programs are not exposed to other disadvantaged groups that are not in rehabilitation. Disadvantaged as well are more exposed to insults according to housing and living environments. They as well have more basic problems according to living environments than others as they for instance can have difficulties keeping a proper diet.

Housing qualities

According to the influence of housing on health we have found studies that have an experimental design. In this area, however, we found fewer Norwegian studies. We found one overview that included Norwegian data. The influence of housing on health to a great extent is about indoor environments.

The main finding from this part of the study is that degenerated housing determines physical and mental health negatively and that housing regeneration also betters health. Characteristics of housing that determines both physical and mental health negatively are exterior and interior physical defects, defect sanitation and lack of possibilities to heat the home properly, lack of ventilation and exposures to indoor toxicants. Moreover damp and crowded housing, mice, rats and cockroaches as well are found to determine health negatively. Such housing circumstance heightens the prevalence of respiratory diseases as asthma and allergies in both children and adults, as well as ischaemic heart diseases. Such diseases are socially distributed and also Norwegian households belonging to lower SES-groups are more exposed to damp and

crowded housing than others. Norwegian households on the other hand are less exposed to damp and crowded housing than households in the EU.

Housing regeneration is found to better health and studies find that when indoor environment becomes better there are not so many hospital admissions due to asthma and infections in the respiratory system.

Especially according to children the studies find negative influence of health from exposure to indoor toxicants and crowding, as well as from other negative housing characteristics. The cognitive functions of children are negatively influenced as is the social life of children, crowding increases the prevalence of children to acquire asthma. For instance it is found in an American study that children living in public housing more often have asthma than children living in private housing, even if these as well are rented housing. The mental health of children as well is influenced more than adults of housing poverty. They are ashamed of their housing and do not bring friends home.

Housing for disadvantaged groups in Norway, especially for those being social psychological disadvantaged, to a great extent is part of public housing programs within the health and welfare administrations in municipalities. Housing for these groups is considered a part of the Coordination Reform. Norwegian studies however find that persons with abuse/mental health conditions are over represented among those who are weakly connected to the housing market and that are evicted from their housing. Persons with complex need profits from supported housing.

Economically disadvantaged neither are a homogenous group and they are exposed to relative poverty. Persons exposed to relative poverty more often have mental disorders than others. They do not profit from moving to better off neighbourhoods.

Causal relations between housing and health for disadvantaged groups are less obvious than such relations for other groups.

Norwegian studies found that renters differ systematically from owners according to socio demographic characteristics. Renters more often are young, single and have lower income than others. They as well more often have mental disorders than others. Those

who rent public housing are less well off than those who rent private housing. They are nevertheless not better off shifting their status from public to private housing. Persons with a weak position as owners do not better their self-reported health by becoming renters. This is explained by the housing environments and their affordability. That is whether or not residents of a living area in fact can afford to live there, do their shopping etc. and use services locally. Persons with different ethnic backgrounds than the majority population do not necessarily have health gains from owning their housing. In Norway factors as the number of children and income in immigrant families affects their probability of becoming house owners.

Data material and methods in the read literature

It is a marked plurality of quantitative studies in the material. There are some qualitative studies, but they are not many and they are mostly found in the grey literature. The question of causality can be cast light on by both kinds of analyses, but causality can most easily be stated by use of quantitative data material and the analytical methods accompanying them. Included data often is surveys carried out for the purpose of the study in question. They are often analysed in connection with national registry data to be able to say something about causal relations. The analyses are carried out in more steps. The first step is bivariate analyses to find robust associations between variables. The second step is to carry out regression analyses in which more variables are controlled for in different models.

Most studies are cross sectional. Some studies use longitudinal data, with such data causal relations can be stated more securely. The analyses that are considered to be the best according to state causal relations are the Randomised Controlled Trials (RCT). These often are experiments and the cause for an effect of an intervention can be manipulated. This way the cause is always controlled and it is possible to state exactly what causes better health. Studies also used quasi experimental designs with baselines and follow up studies. Some studies use a contra factual design to discuss causal relations. We have read quite a few social epidemiological studies and in this bulk of literature there is a marked hierarchy of methods and analytical perspectives. The RCT-studies are ranked highest, longitudinal data material is

ranked second, most preferable is panel data, third is studies based in quasi-experimental and contra factual designs. Qualitative studies are very often not considered part of the evidence base.

Implications for Norwegian housing policy

The housing market is deregulated and the market is the most important mechanism for distribution of good housing. Municipalities have designated tasks and an important role to play to ensure qualitative good housing for their inhabitants. To accomplish this municipalities have to collaborate with central state actors, especially the Norwegian State Housing Bank, and with private actors locally. Municipalities may need institutional support when entering into such collaborative networks. Such support can be values, standards for quality and the frequency of local housing projects. Guidelines that treat different aspects of local housing policies can be elaborated.

The PHA and PBL both accommodate the elaboration of local health profiles in which factors that determines health positively and negatively is to be included and considered. The health profile is to be a point of departure for prioritising local plans in the planning strategy – the decisions on what plans are to be made in municipalities. The health profile as well can be a point of departure for other plan types. Most findings in our study are that special housing characteristics determine health. Such characteristics can be included in health profiles. Probably housing and housing environments will climb the ladder of the local government agenda and be included in the general planning activities to be carried out.

As we found only few studies including Norwegian relations we suggest that research should be conducted. As a point of departure data material on living conditions found in the harmonised European Union Statistics on Income and Living Conditions, EU-silc, registers should be used to demonstrate if there are housing related problems for health in Norway and the extension of such problems. Secondly we suggest that qualitative case studies are carried out to study how Norwegian municipalities work with housing related questions.

1 Innledning og bakgrunn

1.1 Innledning

Helse skapes innenfor rammene av folks hverdagsliv, der de lever og bor. Helsen skapes også ved at innbyggerne settes i stand til å ta vare på seg selv og andre, og ved at de kan delta i å fatte beslutninger og ta kontroll over faktorer som påvirker livet og livsførselen, samt sikre at samfunnet skaper forhold som tillater at alle kan ha så god helse som mulig (WHO, 1986). Helsen er altså avhengig av flere faktorer, blant annet den boligen og det nabolaget vi bor i. Å sikre befolkningen god helse har lenge vært et av velferdsstatens viktigste mål og boligpolitikk har vært ført for å nå dette målet. Dette påpekes i dagens norske boligpolitikk og å sikre innbyggerne en tilfredsstillende bolig og boforhold er en del av den større velferdspolitikken (Meld. St. 17. 2012-2013).

Som Meld. St. 17 (2012-2013) påpeker henger bolig sammen med utdanning, inntekt og arbeid, som på sin side er viktige faktorer for å bestemme hvilken bolig det er mulig å skaffe seg og hvilket boområde det er mulig å etablere seg i. Fra fødselen av vil en rekke miljømessige, økonomiske og sosiale determinanter påvirke individuell helse (Dahl mfl., 2014, WHO 2008). 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 (Power og Kuh, 2006). Det er for eksempel etablert en sammenheng mellom lav husholdsinntekt og utilstrekkelige boligforhold. Likeledes vil egenskaper ved det sosioøkonomiske oppvekstmiljøet ha helsemessige konsekvenser i et livsløpsperspektiv. Dette er uavhengig av eventuelt senere boligforhold (Braubach og Fairburn, 2010; Curtis og Riva, 2008). Videre er tilgang til grønne områder, naturlige omgivelser og tjenester positivt knyttet til god helse, også mental helse (O'Campo mfl., 2009). Oppvekstmiljøet vi tilbyr små barn, som

inkluderer bolig, har altså langtrekkende samfunnsmessige konsekvenser med implikasjoner for hvordan helseulikheter utvikler seg i voksenlivet (Chen mfl., 2007; Marmot mfl., 2010).

I Meld. St. 17 (2012-2013) fremheves tre mål for boligpolitikken i Norge:

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

Ser vi dette i sammenheng med Ottawa charterets beskrivelser av hva som gir god helse, er alle tre målene viktige. Gode bomiljøer kan bidra til bedre helse, og omvendt kan dårlige bomiljøer bidra til dårlig helse. Bolig ses som et viktig element når vi snakker om velferd fordi en fast og god bolig gir livskvaliteter som tilhørighet, stabilitet og trygghet, og mangel på bolig, eller dårlige boforhold, kan medføre at en får dårligere livskvalitet. I litteraturen om bolig og helse er det imidlertid diskusjoner om metode, og om det er mulig å trekke en sikker konklusjon om at bolig faktisk påvirker helse, og på hvilken måte.

Hovedsiktemålet med denne rapporten er derfor å presentere resultater av en litteraturstudie der sammenhengen mellom bolig og helse studeres nærmere. Før litteraturstudien presenteres i kapitlene tre og fire vil vi imidlertid trekke opp noen teoretiske perspektiver på sammenhenger mellom styring, velferd og bolig, og presentere rapportens problemstillinger.

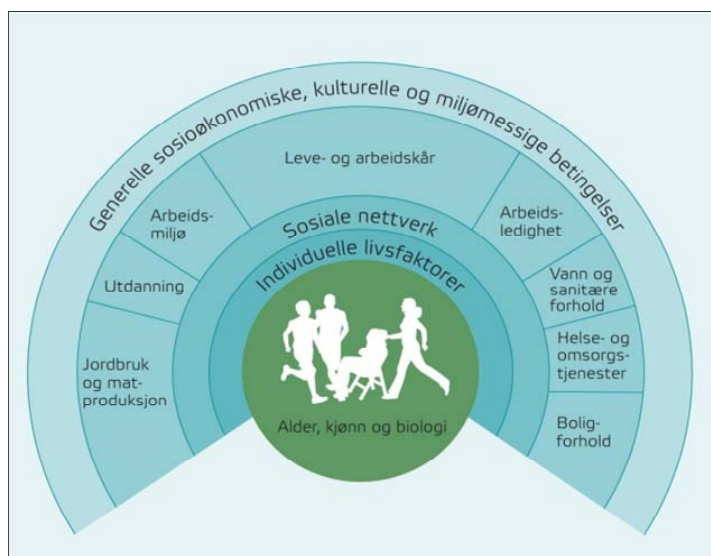
1.2 Helse, bolig og styring

Helse defineres som en ressurs for hverdagslivet. WHO definerer det som ”ikke bare fravær av sykdom, men en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære” (WHO 1986:1).

Helse er derfor et positivt begrep som vektlegger sosiale og personlige ressurser, så vel som fysisk kapasitet. Folkehelse defineres av Helsedirektoratet (2011; 2010) som ”befolkningens helsetilstand og fordeling av helse i befolkningen”. Denne definisjonen er opptatt av fordelingen av sykdom og hvem eller hvilke grupper i befolkningen som har ulike sykdommer. Folkehelsearbeid defineres som ”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; samt arbeider for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen”. Dette er en veldig vid definisjon av folkehelsearbeid og omfatter de fleste områder av kommunal og statlig virksomhet. Dette samsvarer med påvirkningsperspektivet på folkehelse. Det vises i figur 1.1 under.

Figur 1.1 *Helsens påvirkningsfaktorer*



Kilde: Helsedirektoratet

Figuren viser helsens påvirkningsfaktorer og hvordan de ligger lagvis utenpå hverandre som betingelser for de liv menneskene kan leve. Innerst i ringen er våre individuelle kjennetegn som kjønn og alder og andre biologiske faktorer. I ringen utenfor ligger de individuelle livsfaktorene som direkte påvirker de valgene vi tar mht levevaner – fysisk aktivitet, rus, tobakk og kosthold. Disse valgene er individuelle, men de påvirkes også av faktorer som kan styres politisk, for eksempel byplanlegging som innvirker på våre levekår. Mellom individuelle livsfaktorer og levekår ligger sosiale nettverk som er de nettverk som utgår fra familie, venner og kjente. Levekårene – de materielle og sosiale betingelsene for

måten vi kan leve våre liv – spesifiserer påvirkningsfaktorene. Figuren viser til at disse omfatter jordbruk og matproduksjon, utdanning, arbeid, sanitærstrukturer, (kommunale) tjenester og bolig. Bolig inngår altså her på lik linje med andre påvirkningsfaktorer og for eksempel kan bolig og bomiljø legges til rette for å bygge sosiale nettverk.

1.2.1 Historisk riss

Både politikken for å bedre helsen og politikken for å bedre boligkvalitetene har endret seg mye de siste 100 årene. Politikk rettet mot bolig og helse har et felles utgangspunkt i Sundhedsloven av 1860. Der ble det stilt krav om sundhedskommisjoner og allerede i 1859 ble det bestemt at det systematisk skulle innhentes kunnskap om befolkningens helsetilstand. Sunnhetskommisjonene skulle ha sin oppmerksomhet på:

... Boliger som ved mangel paa Lys eller Luft, ved Fugtighed, Urenlighed eller Overfolkning med Beboere have vüst sig at være bestemt skadelige for Sundheden (Sosialdepartementet 1960).

Sundhedskommisjonene ble erstattet av helseråd i alle kommuner i 1905, og sammen med distriktslegen og amtene utgjorde de en romlig sammenknytning av Norge til ett ”helsesrike”. Fra 1912 inngikk distriktslegen i styringslinjen der vedkommende, i tillegg til å sende informasjon om befolkningens sykdomstilstand oppover i systemet, også skulle være ansvarlig for å iverksette tiltak lokalt. Utviklingen av styringslinjen falt sammen med det som er kalt den materielle perioden i byggingen av velferdsstaten. Her ble ansvaret for helse løftet fra individ til samfunn gjennom den kollektive utbyggingen av infrastruktur for vann og kloakk, samt utviklingen av tiltakene i velferdsstaten (Makenback, 2012; Elstad, 2005). Bolig ble en del av denne infrastrukturen og dårlige boforhold ble et viktig utgangspunkt for arbeidet med å bedre folkehelsen og redusere de store epidemiene. Dette ble fulgt opp med et fokus på lys og luft i boligpolitikken, blant annet i den funksjonalistiske perioden på 1930-tallet og i gjenreisningen etter krigen. Målet for boligpolitikken var å sikre en ”sosialt forsvarlig bolig” til en ”sosialt forsvarlig leie” (Reiersen og Thue, 1996). Målene ble iverksatt gjennom utarbeidelse av helt konkrete normer og krav til boligen. Formålet med kravene var å skape sunne boliger. Dette

kravet til sunne og ”helsebringende” boliger la også mye av grunnlaget for et stilhistorisk paradigmeskifte i arkitekturhistorien. ”Funksjonalistiske” bygg og funksjonalismen utviklet seg: Rene flater som ikke samlet støv, åpne rom, lys inn i hjørnene ved å ha hjørnevinduer, etc. skaper den nye stilen som utvikler seg til å bli modernismen. Dette kunsthistoriske poenget understreker oppmerksomheten det var på sunne boliger på 1930-tallet. For eksempel kom det også egne innredningsbøker som anbefalte lette møbler som kunne flyttes og dermed vaskes under.

En sosialt forsvarlig bolig til en sosialt forsvarlig leie ble konkretisert til å være en familiebolig på 80 kvm til en leie som ikke skulle overstige 20 prosent av en gjennomsnittlig industriarbeiderlønn. Rimelige statssubsidierte husbanklån ble gjort tilgjengelig for alle, forutsatt at visse areal- og kostnadsgrenser ble overholdt. Målet var at også de med begrenset inntekt skulle kunne etterspørre en kvalitativt bedre bolig enn inntekt alene skulle tilsi. Boligpolitikken i etterkrigstiden er beskrevet som ”Ein juvel i den sosialdemokratiske orden” (Furre, 1996:380). Bolig ble altså vurdert som et viktig velferdsgode.

Etter hvert var det ikke lenger slik at forbedringer av velferdsstatlige ordninger også bedret befolkningens helsetilstand. Sykdommer som kreft, hjerte-karsykdommer, kols og andre sykdommer som rammet luftveiene, diabetes og fedme ble knyttet til individuell atferd og knyttet sammen i begrepet livsstilssykdommer eller ikke-smittsomme sykdommer. Utryddelsen av slike sykdommer henger sammen med endringer i individuelle levevaner og fokuset på helse og folkehelse ble igjen flyttet fra samfunnsnivået til individnivå. Det individuelle ansvaret for å holde seg frisk og unngå sykdom ble understreket (Heløe, 2010; Elstad, 2005).

Dette nye fokuset på helse kom dels litt før, og falt dels sammen med, avreguleringen av kreditt- og boligmarked på 1980-tallet (Barlindhaug m.fl., 2014), og bolig falt i stor grad ut i sammenhenger der en fokuserte på årsaker til helse og uhelse. På 1990-tallet ble det igjen satt spørsmålsteget ved det individuelle synet på helse, og det pekes på at det er mulig å se at helse er sosialt fordelt etter utdanning, arbeid og inntekt (St. meld. nr. 20, 2006-2007; Robertson og Minkler, 1994). Forståelsen av helse som sosialt fordelt retter oppmerksomhet mot at det finnes noen

forutsetninger (prerequisites) for god helse (Raphael, 2012, WHO, 1986). Det som kalles de bakenforliggende årsakene (root causes) til fordelingen av helse og uhelse kommer i fokus, og det anføres at fordelingen kan endres ved politiske beslutninger (Marmot, 2007). Elstad (2005) kaller dette den neo-materialistiske forståelsen av folkehelse. I denne forståelsen knyttes den individuelle livsstilen til samfunnsskape forskjeller mellom enkeltindivider og grupper i befolkningen. Det anerkjennes at risiko for sykdom ikke bare skapes individuelt, men at den måten vi organiserer samfunnet i sterk grad bidrar til forskjeller i helse (Strand og Fosse, 2010, Strand og Næss, 2010). Som vi så i figur 1.1 inngår bolig i det som kalles helsens påvirkningsfaktorer og vurderes altså til å inngå som en av de bakenforliggende årsakene som skaper helse og uhelse.

I den norske boligpolitikken har vi sett en endring i retning økt liberalisering. De normer og regler som ble utarbeidet i etterkrigstiden og som medførte at boligpolitikken i Norge etter hvert hvilte på tre bein: Offentlige myndigheters fortrinn på lokale tomtemarkeder der kommunene gjennom arealpolitikk kjøpte grunn som ble innlemmet i kommuneplanen og utviklet til boligbygging, en finansieringspolitikk med subsidierte lån til oppføring av boliger og prisregulering på omsetting av subsidierte boliger, har falt bort (Barlindhaug m. fl., 2014; Nordahl, 2013). Boligpolitikken karakteriseres som å ha vært investeringsorientert – rimelig boligforsyning var sentralt i et system der subsidiene som ble gitt gjennom Husbankens låneordninger var knyttet til boligen også ved videresalg (Nordahl, 2012). På 1980-tallet startet avreguleringen, prisreguleringen på boliger ble opphevet, og med omleggingen av Husbanken i 1996 falt de direkte rentesubsidiene i husbanklånet så godt som bort. Markedet ble den viktigste reguleringsmekanismen for boliger og dette ble endelig slått fast i boligmeldingen fra 2003:

Ett av boligpolitikkenes hovedmål og hovedstrategier er å legge til rette for at boligmarkedene skal fungere best mulig. Et velfungerende boligmarked skal ideelt imøtekomme alle behov for bolig på en økonomisk effektiv, sosial rettferdig og miljøvennlig måte. Boligmarkedet vil framskaffe boliger med de ønskede kvaliteter til en lavest mulig kostnad for samfunnet. Det offentliges oppgave er å legge til rette for at

markedene skal fungere best mulig (St.meld. nr. 23, 2003-2004:6).

Det ble også sett som en målsetting å redusere veksten i byggekostnader og å forenkle byggesaksbehandlingen, samtidig som det ble rettet økt oppmerksomhet mot vanskeligstilte på boligmarkedet og miljøvennlige og universelt utformede boliger. Boligpolitikken gikk med dette fra å finansiere boliger for folk flest til et fokus på boligsosialt arbeid og inkludering av bevegelsehemmede på boligmarkedet. Statlig boligpolitikk ble i stor grad spisset mot vanskeligstilte grupper. De viktigste virkemidlene var startlån, subsidier til utleieboliger, samt bostøtte og boligtilskudd (ibid), i 2009 peker Fordelingsutvalget på at bostøtten er økt og at det er en økt satsning på bygging av utleieboliger (NOU 2009:10:262). Disse skulle forvaltes i samarbeid med kommunene og et viktig virkemiddel i iverksettingen av det boligsosiale aspektet ved boligpolitikken ble at kommuner skulle utarbeide boligsosiale handlingsplaner (Dyb m.fl., 2008). Det boligsosiale arbeidet består dermed av diverse målrettede støtteordninger som Husbanken iverksetter i tett samarbeid med kommunene. Kommunene blir dermed viktige aktører i det boligsosiale arbeidet. Dette er understreket i Meld. St. nr. 23 (2012-2013) der det også vektlegges at kommunene er tjenesteytere i boligpolitikken og at de skal legge til rette for god utformig av bygde omgivelser, bomiljø og gode oppvekst og levekår. Med gode bomiljøer, presiseres det, menes mange nok boliger og god kvalitet i boligene og i nærmiljøet.

1.2.2 Styring av helse- og boligpolitikk

Utviklingen som er skissert for helse viser at det politiske fokuset på folkehelse endrer karakter. Først ble folkehelse løftet opp på samfunnsnivå, deretter ble oppmerksomheten igjen rettet mot individnivået. Til sist ble oppmerksomheten rettet mot å koble det samfunnsmessige og det individuelle perspektivet på folkehelse. Utviklingen i boligpolitikken har vært om lag tilsvarende og gått fra at den var ”juvelen i den demokratiske orden” i etterkrigstiden, til å bli avregulert, dvs. til at folk flest må finne sin bolig på et marked som i liten grad er regulert. Samtidig er det et fokus på at vanskeligstilte skal ha støtte til å etablere seg på boligmarkedet og det føres en boligsosial politikk for å sikre dette. Velferdsstaten har med denne utviklingen blitt mer kompleks og tiltakene som

utvikles må ta hensyn både til individuelle og samfunnsskapt faktorer for helse. Det vil si at både helsetjenestene, men også andre tjenester som inkluderer bolig, samt ordninger som sikrer kontantoverføringer, også til boligformål, inngår i det som kalles bakenforliggende årsaker. En mer kompleks velferdsstat krever også mer komplekse former for styring. Et overordnet bilde av endring i styring vises i tabell 1.1.

Tabell 1.1 *Endring i styringspraksis*

Styringspraksis	Periode	Målsettinger	Prosedyrer	Styringsinstrumenter	Fordelingsmekanismer
Offentlig administrasjon	1945 –	Politikkutforming og iverksetting (innhold)	Beslutnings-taking, planlegging	Juridiske og økonomiske reguleringer	Hierarki, “command and control”
New Public Management (NPM)	1980 –	Styring av ressurser og utfall (resultater)	Strategisk styring, resultatkontroll	Kontroll og tilsyn	Markedet og markedsliknende virkemidler
Samstyring (New Public Governance)	1990 –	Forhandling om verdier, meninger og relasjoner (prosesser)	Design, ramme inn og tilrettelegge for nettverk	Forhandle, etablere nettverk	Nettverk og relasjonelle virkemidler

Kilder: Røiseland og Vabo, 2012; Osborne, 2010

Tabellen viser tre måter relasjonen mellom stat og kommuner kan utformes på. Den første har et sterkt fokus på offentlig administrasjon og stekker seg tilbake til ca. 1945. I offentlig administrasjon er det oppmerksomhet mot innholdet i politikken og virkeliggjøringen, eller iverksettingen, av dette innholdet på lokalnivået som er i fokus. Prosedyrene det statlige nivået tar i bruk er beslutningsfatting og planlegging, det gjøres forsøk på å planlegge nokså detaljert hva som skal være utfallet av politikken lokalt – hva innbyggerne som skal nyte godt av politikken og de tiltakene som kommer ut av den faktisk skal få, eller motta. Hierarkiet mellom stat og kommuner er viktig i denne styringsformen og kommunene ses i all hovedsak som statens forlengede arm, som den instansen som virkeliggjør statlige målsettinger. De viktigste styringsinstrumentene er juridiske

reguleringer, ofte gjennom lov og forskrift, samt økonomiske overføringer. Dette blir også omtalt som harde styringsvirkemidler.

Ved innføringen av New Public Management (NPM) ble styringen mindre hierarkisk og i stedet for å fokusere på innholdet i politikken lokalt, styrer staten i større grad resultatene slik de rapporteres fra kommunene. Staten setter mål og kommunene arbeider for å virkeliggjøre målene og styringen er dermed i større grad strategisk. Det gjennomføres kontroll og tilsyn på områder der ulike statlige organer kan ha interesser. Lov om kommuner og fylkeskommuner fra 1992 knesetter dette prinsippet og åpner også for større grad av markedsløsninger på kommunalt og fylkeskommunalt nivå enn hva som hadde vært mulig tidligere (LOV-1997-09-25-107). Blant annet kan det etableres kommunale selskaper på ulike områder.

Begrepet om samstyring er en omsetting av begrepet om New Public Governance (NPG). Målsettingen med samstyring er å inkludere andre, ikke statlige, aktører i iverksettingen av den statlige politikken. Det kan være kommuner, frivillige organisasjoner eller private aktører. Dette gjøres fordi staten ser at den er avhengig av andre for å få gjennomført politikken sin. Dermed inngår staten i forhandlinger med andre aktører om verdier, meninger og relasjoner, og setter i gang prosesser lokalt. Prosedyrene som tas i bruk er å designe eller tilrettelegge for nettverk, og styringsinstrumentene er å etablere nettverk på forskjellige områder for på den måten å forplikte de ikke statlige aktørene, som også kan være kommunene. Fordelingsmekanismerne er relasjonelle, staten inngår i forhandlinger med aktører som kan bringe inn ressurser for å iverksette en politikk. Ressurser i denne sammenhengen er økonomi, tid, personell og kompetanse. Slike nettverk kan også kalles også partnerskap, men partnerskapene er ofte formaliserte og styres av avtaler eller til og med kontrakter.

Tabellen viser altså til at det har skjedd endringer i styring mellom stat og kommuner, men endringer kan også spores innad på de forskjellige nivåene i styringssystemet. Det er ingen av periodene som er ”avsluttet”, dvs. at styringsformene og tilhørende virkemidler eksisterer parallelt. Både boligpolitikken og folkehelsepolitikken styres ved bruk av ulike virkemidler. Lov er for eksempel et hierarkisk virkemiddel og Folkehelseloven fra 2011

og Plan- og bygningsloven (PBL) fra 2008 møtes nå i et formål om å legge til rette for god helse. PBL 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).

I de statlige planretningslinjene for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging påpekes det at det skal sikres god sted- 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). Folkehelseloven fastslår i § 5 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 (Helsedirektoratet, 2013; HOD, 2011).

Flere av disse områdene vil angå bolig og tilrettelegging for boligbygging, og på bakgrunn av opplysninger samlet inn på denne måten kan kommunene planlegge og fatte beslutninger som vil bidra til å bedre innbyggernes helse. Forskrift om miljørettet helsevern (SHD, 2003) som trådte i kraft 1. juli 2003 har også medvirket til økt fokus på folkehelse i planleggingen. Forskriften er et reguleringsverktøy kommunene kan ta i bruk i sin planlegging, men det erkjennes at arbeidet med miljørettet helsevern gir ”store faglige og forvaltningsmessige utfordringer” (ibid:7). Forskriften inneholder generelle funksjonskrav vedrørende hensyn som skal ivaretas når det gjelder både fysiske, kjemiske, biologiske, sosiale og andre faktorer som virker inn på helse og trivsel. Forskriften omtaler en rekke forhold ved bomiljø som blant annet støy, luftkvalitet, stråling, ulykker og steds kvalitet, byggeskikk, kulturmiljø, estetikk og sosialt nettverk samt aktivitetsmuligheter som kan påvirke helse.

Kjennetegn ved NPM er, i tillegg til de som er nevnt i tabellen, at det foregår en utstrakt desentralisering av tjenester og delegering av myndighet til kommunalt nivå, samt spesialisering. Politikken som styrer utviklingen i helsens påvirkningsfaktorer er sektorisert og konsekvensene for helse eventuelt for uhelse er det samlede resultatet av politikk, eller mangel på politikk, på flere områder. Det understrekes at helse ikke skapes av helsesektoren alene. Strategien som vektlegges fra WHO er å føre helsepolitikk i alle sektorer, Health in All Policies (HiAP). Dette er et perspektiv på politikk som systematisk vurderer påvirkningen på helse av politikk som føres i alle sektorer. Perspektivet søker positiv samvariasjon mellom faktorer og unngår negative faktorer som påvirker helsen. Dette for å bedre folkehelsen og sikre likhet i helse (Leppo m. fl., 2013). I norsk sammenheng kalles denne strategien ”Helse i alt vi gjør” og er gjort til rammen rundt det arbeidet kommuner og fylkeskommuner skal gjøre for å ha oversikt over positive og negative faktorer som påvirker helsen. Dette er en strategi for å få til samarbeid for eksempel gjennom å etablere tverretatlige grupper eller lignende som samarbeider for å bedre folkehelsen, lokalt, regionalt eller på statlig nivå.

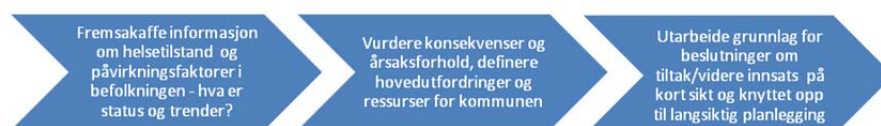
Den norske velferdsstaten er, på samme måte som de andre nordiske velferdsstatene, sterkt desentralisert. På den ene siden er kommunene velferdsstatens forlengede arm og skal iverksette statlige tiltak lokalt. På den andre er de demokratiske arenaer som ut fra innbyggernes preferanser skal prioritere mellom politiske formål (Baldersheim og Ståhlberg, 2002). Som demokratiske arenaer skal de legge til rette for deltakelse knyttet til kommunen som institusjon, men også i tilknytning til kommunale tjenester, velforeninger, idrettslag, borettslag og andre fellesskaplige arenaer.

Kommunenes rolle som iverksetter av statlige tiltak bygger på en målsetting om at tjenester skal produseres og fordeles på lavest mulige omsorgsnivå. Det betyr at kommunene har ansvaret for å produsere og fordele langt de fleste brukerrettede tjenestene i vårt velferdssystem. Det er en godt innarbeidet tradisjon i det norske styringssystemet. I tråd med dette er også store deler av boligpolitikken de siste tiårene desentralisert til kommunalt nivå, og som pekt på over, er kommunene blitt en sentral aktør i iverksetting av statlig boligpolitikk. Både på statlig og lokalt nivå vil dermed boligpolitiske aktører inngå i forhandlinger om arealdisponering og -regulering, om det skal lages boligpolitisk

handlingsplan, hvilket budsjett som eventuelt skal settes opp for det, hvilke virkemidler kommunen skal ta i bruk innenfor boligpolitikken etc. Det er for eksempel opp til kommunene selv å bestemme om de skal ta i bruk startlån, og innenfor hvilke rammer. Det gjelder også bruk virkemidlene som ble lagt til den nasjonale strategien for å bekjempe bostedsløshet. Samtidig er kommunene avhengige av private aktører for å realisere boligbyggingen og ca 90 prosent av detaljreguleringer fremmes nå av private (Hanssen og Hofstad, 2013).

Folkehelseloven legger til rette for nettverk og partnerskap blant annet ved å peke på at fylkeskommunene skal ha et ansvar for å initiere folkehelsearbeid med kommunene innenfor sitt geografiske område, men også ved å operasjonalisere deler av folkehelsearbeidet som en oversikt over positive og negative faktorer som påvirker helsen. Det systematiske folkehelsearbeidet og Helse i alt vi gjør-strategien spesielt viser nettopp til at folkehelse er et ansvar for hele kommunen og ikke bare for helsesektoren. Hensikten er at folkehelseiltak skal iverksettes i et tverrsektorielt samarbeid mellom ulike kommunale enheter, samt mellom aktører på ulike nivåer i offentlig virksomhet – eksempler er mellom kommuner og fylkeskommuner eller mellom kommuner og instanser som Husbanken. Helse i alt vi gjør-strategien peker mot partnerskapsorienterte arbeidsformer og planlegging i kommunene (Hofstad mfl., 2014). Det systematiske folkehelsearbeidet kan framstilles som i figur 2:

Figur 1.2 *Det systematiske folkehelsearbeidet*



Kilde: Helsedirektoratet 2013

Folkehelseprofilene som gjøres tilgjengelige fra Folkehelseinstituttet ligger til grunn for oversiktene over positive og negative faktorer som kommunene skal lage. Som figuren viser skal kommunene både skaffe informasjon, samt vurdere konsekvenser og årsaksforhold når de definerer sine hovedutfordringer og ressurser. På bakgrunn av dette skal det utarbeides grunnlag for beslutninger om tiltak og videre innsats på kort sikt og knyttet opp til langsiktig planlegging. (Helsedirektoratet, 2013:8). Oversikten kommunene skal lage over positive og negative faktorer som påvirker helsen utgjør altså grunnlaget for det systematiske folkehelsearbeidet og det vurderes å inkludere indikatorer for boligforhold – boligtyper, sammensetting av husholdninger og fordeling av eide og leide boliger, i profilen som Folkehelseinstituttet tilrettelegger for kommunene (Meld. St. nr. 17. 2012-2013:43). Det er først og fremst knyttet til den kommunale planstrategien Folkehelseloven påpeker at oversikten skal tas i bruk. Denne omfatter ”drøftinger av kommunenes strategiske valg mht samfunnsutvikling, arealbruk, miljøutfordringer, sektorenes virksomhet og en vurdering av kommunenes planbehov i perioden” (PBL, 2008:§10-1). Ettersom planstrategien også ligger til grunn for rullering av kommuneplanens samfunnsdel og kommunedelplaner kan oversikten tas i bruk overfor mye av kommunalt planarbeid (PBL 2008:§11-4).

Kommunene er altså det sentrale nivået for iverksetting av både folkehelse- og boligpolitikk rettet mot befolkningen. Begge politikkområdene skal bidra til å redusere sosial ulikhet i helse, dvs. arbeide for at det blir en likere fordeling av helse i befolkningen. Materielle påvirkningsfaktorer er ulikt fordelt i en befolkning (Marmot m. fl., 2010), og logikken er at desto høyere en persons sosiale status er, desto bedre er helsen og omvendt. De med en midlere sosioøkonomisk status kommer bedre ut helsemessig enn de med en lavere status, men dårligere enn de med en høyere sosioøkonomisk status (Davies og Sheriff, 2011, Marmot, 2007). Helse knyttes dermed tett til sosioøkonomisk status, og dermed til materielle livsvilkår som inkluderer bolig. Påvirkningsperspektivet etablerer nettopp dette – at levekår som utdanning, arbeid og bolig, påvirker helse. Mellom aksene helse og sosial status eller situasjon (social economic status, SES), formes det dermed en gradient som går gjennom hele befolkningen i et land – dårlig helse

rammer de mest utsatte gruppene, men likevel ikke bare dem, gradienten viser at alle innbyggerne i et land omfattes (ibid). Helseulikheter er dermed utfordringer som kan løses, blant annet ved universelle tiltak, og de er å anse som urettferdige. Gradienten bestemmes først og fremst av fordeling av utdanning, arbeid og inntekt, spesielt slår utdanning sterkt ut (Helsedirektoratet, 2005).

Faktorer som påvirker helse er mye behandlet av WHO, spesielt i kunnskapsoppsummeringer. Bolig behandles spesielt som årsak til helse og uhelse, og oppfatningen av årsaksretningen er klar – boligen og boområdet påvirker helsen (WHO, 2013; 2012; 2011; 2009). Kunnskapsoppsummeringer som er gjort i det Europeiske området av WHO viser til at helsen påvirkes av faktorer knyttet til boligen som fukt og råte, kulde, trangboddhet, stråling og utslipp knyttet til oppvarming, samt dårlig tilrettelegging av det fysiske innemiljøet som øker risikoen for ulykker. Videre påvirkes helsen av ytre faktorer som trafikkstøy og dårlig vedlikeholdt boligmasse. På bakgrunn av kunnskapen som er oppsummert etterspør WHO noen implikasjoner for boligpolitikken som føres nasjonalt og spesielt mener de at det bør introduseres det de kaller en ”helsebasert boligpolitikk”. Dette vil medvirke til å redusere først og fremst de ikke-smittsomme, men også de smittsomme sykdommene (WHO, 2011:8). Med bakgrunn blant annet i artikkel 25 i Menneskerettighetserklæringen forslås det å utvikle reguleringer som kan kommunisere med både det politiske nivået, samt med administrativt nivå, kommuner, utbyggere, de enkelte yrkesgrupper som er involvert i bolig og boligpolitikk, samt beboere.

Norsk boligpolitikk har vært at folk skulle eie sin egen bolig, likevel er det en stor andel av befolkningen, ca. 23 prosent, som er leietakere. I Norge er det store forskjeller på eie og leie. De fleste eier sin egen bolig, og leiemarkedet har vært omtalt som flyktig (Medby, 2012). Det flyktige leiemarkedet kan medføre at de som leier ikke har like stabile og trygge boforhold som de som eier boligen sin. Videre er leiemarkedet dominert av små boliger, og store familier kan ha vanskeligheter med å finne boliger som er store nok på leiemarkedet. Målsettingen om at boforhold skal fremme velferd og deltaking har et tydelig helseaspekt ved seg. I Meld. St. nr. 17 (2012-2013) tydeliggjøres dette gjennom å operasjonalisere velferd som levekår, helse og livskvalitet. For å nå målet pekes det på at boligpolitikken bør inkluderes som en del av

kommunal samfunnsutvikling, blant annet for å sikre at det ikke blir for store forskjeller mellom levekår for grupper av innbyggere (ibid:42). Innenfor denne rammen drives det områdeutvikling i samarbeid mellom Husbanken og kommuner. Dette retter seg særlig mot utvikling av områder som kan ha opphopning av dårlige levekår, mye flytting eller manglende vedlikehold av boligmassen. Slike faktorer kan medvirke til at boligområder får en negativ utvikling.

Norge har en høy boligstandard sammenlignet med mange andre europeiske land. På den andre siden er det økt press på boligens areal og standard, spesielt i byene, blant annet ved at det bygges flere ettromsboliger. Flere studier har også vist at fortettingen kan føre til press på felles utearealer, parker og friområder. Det kan derfor være behov for økt fokus på bolig og folkehelse også i Norge, ikke minst i lys av den nye SPR (statlige planretningslinjer) som legger ytterligere press på utviklingen av kompakte byer og tettsteder, blant annet ved å kreve at det i pressområder skal bygges høyere og tettere enn det som har vært vanlig. Samtidig skal en ivareta hensyn til helse og livskvalitet (KMD 2014).

1.3 Problemstilling

Begge politikkområdene vi ser på her, folkehelse og bolig, styres av tydelige lover som har reduksjon av sosial ulikhet, bærekraft og helse som målsetting, samt andre reguleringer som forskrifter, til dels også av veiledere til forskrifter. Begge områdene preges også av at finansiering ikke inngår i den kommunale rammen, men følger målrettede handlingsplaner og prosjekter. Samtidig vurderes kommunene som viktige aktører for at statlig nivå skal kunne virkeliggjøre sine politiske målsettinger på begge områdene, og det er et sterkt innslag av nettverks- eller partnerskapsstyring. Mens lokal folkehelsepolitikk ser til fylkeskommuner og frivillig sektor som bidragsyter til lokale tiltak, må lokal boligpolitikk se mot markedet og forholde seg til markedsaktører som har sterke økonomiske egeninteresser for å inngå i samhandling med kommunene.

Slike faktorer peker mot at inkludering av bolig i kommunehelseprofiler er nødvendig, men at inkludering av egen informasjon om lokale forhold i kommunenes oversikter over positive og negative faktorer som påvirker helse, kan by på noen utfordringer. Disse er

først og fremst knyttet til at utvikling av boliger og boligområder gjennomført av private aktører kan være vanskelig å forutsi, og at det dermed blir en utfordring å inkludere det i plan og i det systematiske folkehelsearbeidet. Samtidig kan det være viktig for kommunene å ha oversikt over sin eksisterende boligmasse, samt ha noen forestillinger om hvilke områder som kan bygges ut, samt hvordan det er ønskelig at de utformes. For eksempel i tilknytning til transportårer, trafikkknutepunkter, møteplasser, tjenester som skoler, barnehager og helse, muligheter for innkjøp, kulturtilbud, samt grønn- og friluftsområder. Å legge til rette for lav eksponering for ulike former for forurensning og tilgang til muligheter for aktivitet har positive konsekvenser for helsen. Det peker mot at både helse og bolig bør inkluderes i den kommunale oversikten over positive og negative faktorer som påvirker helsen, og dermed i plan og i det systematiske folkehelsearbeidet. Det er strategier kommunene kan benytte seg av i sitt arbeid. Det vil kunne sikre at helse vurderes helhetlig som et resultat av politikk som føres i alle sektorer og at bolig inkluderes som en bakenforliggende og bestemmende faktor for helse.

I denne litteraturstudien skal vi studere den kunnskapen som eksisterer angående bolig som bakenforliggende årsak til helse og vi har følgende hovedproblemstillinger:

- Kan det spores en sammenheng mellom bolig/bomiljø og folkehelse i litteratur om disse temaene? Hva betyr bolig/bomiljø for fysisk helse? Hva betyr bolig/bomiljø for psykisk helse Hvis så; i hvilken retning går sammenhengene?
- Hva vet vi om norske boliger og bomiljø og konsekvenser for folkehelsen generelt, og for barn og vanskeligstilte spesielt?

1.4 Gangen i rapporten

Videre i rapporten skal vi se nærmere på hvordan deler av litteraturen behandler bolig som en årsak til helse – som en kausal variabel for helse.

Det metodiske inntaket er en litteraturstudie, det behandles i kapittel to. I kapittel tre ser vi nærmere på boområde og nabolag og påvirkningen på fysisk og mental helse. Vi ser spesielt på

boligforhold for barnefamilier. For kapittel fire er temaet boligens fysiske utforming og hvordan den påvirker fysisk og mental helse. Vi ser spesielt på forhold for vanskeligstilte grupper. Når det gjelder bolig/bomiljø ser vi på såkalt harde dimensjoner (materielle og fysiske forhold, sosioøkonomiske forhold) og myke dimensjoner (identitet, status, mening, det sosiale). Kapittel fem oppsummerer og drøfter funn, samt vurderer problemstillinger og metoder for videre forskning.

2 Metode

Denne studien er en litteraturstudie, hvor ambisjonen er å finne frem til studier som har fokusert på, eller er relevante for å forstå, sammenhengen mellom bolig og folkehelse. Den overordnede problemstillingen er å identifisere kausalitet mellom bolig og helse slik den forstås i et utvalg artikler og bøker. Innenfor denne vil vi også fokusere to fordypningsområder.

I litteraturstudien har vi søkt gjennom norsk, skandinavisk og noe internasjonal litteratur som problematiserer relasjonen mellom bolig og folkehelse. Vi har gjennomført ulike litteratursøk etter studier, bøker og tidsskriftartikler relevant innenfor områdene bolig, planlegging, medisin og folkehelse. Vi har benyttet relevante søkeord i ulike internettbaserte søkebaser som:

- Google scholar
- Bibsys
- ISI Webb of science
- Kunnskapsenteret
- Cochrane Library
- WHO Europe

De to siste er valgt for om mulig å finne oversiktsstudier eller studier som ser sammenhengen mellom bolig og helse fra et medisinsk perspektiv. Vi fant noen studier som det er vist til i rapporten. Vi har søkt direkte hos forskningsinstitusjoner som kan ha gjennomført relevant forskning, samt at vi har gjennomført det som kalles ”håndsök” som er gjennomgang av relevante tidsskrifter (NKSHT, 2013). Relevante tidsskrifter er gjennomgått fra årgang 2010 og framover. Kombinerte håndsök og elektroniske søk er gjennomført i tidsskriftene Housing Studies, Environment and Planning, Health & Place, Health Promotion International,

International Journal of Health Services, American Journal of Public Health, Journal of Epidemiology and Community Health, Tidsskrift for den Norske Legeforening. Stikkordene vi søkte på var: Bolig og helse, boligområde og helse, bolig og sosial kapital, bolig og sosial ulikhet, sosiale og fysiske omgivelser, lys, fukt, råte, kulde, trafikk, støy, utslipp, uteområder, astma, hjertelidelser, boligpolitikk, bolig og planlegging. For å knytte an til forskningsfronten slik den ser ut i dag har vi avgrenset søket til årene etter 2010. For å finne litteratur som kan ha relevans for norske forhold har vi avgrenset oss geografisk til å søke etter studier som omhandler vestlige land. Det vil si hovedsakelig Norge og Norden, England, Canada og USA, men det er også inkludert studier fra land som Nederland og Tyskland. Vi har også forfulgt referanser i lest litteratur som har sett særlig interessante ut – vi har altså brukt snøballmetoden for å finne relevante artikler. Vi har også brukt noe eldre litteratur som har vært særlig relevant. Derfor er ikke avgrensningen nedad mot 2010 fulgt helt konsekvent.

Søkeordene bolig og helse (housing and health ble brukt) ga svært mange treff. Vi har til sammen lest ca. 500 abstracts og noe over 100 artikler og rapporter er lest og inkludert i denne studien.

2.1 Kausalitet

Hovedproblemstillingen i prosjektet og for rapporten er hvordan litteraturen vi finner fram til behandler kausalitet mellom bolig og helse. Kausalitet har en sentral plass i samfunnsvitenskapene, spesielt innenfor den kvantitative tilnærmingen. Dette gjelder også forskning innenfor sosialt arbeid, økonomi, administrasjon etc. der det i økende grad blir klart at profesjonsutøvelsen innebærer sosiale intervensjoner med effekter som må kartlegges empirisk (evidensbasert praksis). I litteraturstudien vil vi ha spesielt fokus på kausalitet og samtidig drøfte relevansen av ulike begreper om kausalitet.

Hva som skal forstås med kausalitet, er omdiskutert. Det er likevel vanlig å se det som et påvirkningsforhold mellom en årsaksvariabel og en effektvariabel, eller en forklaringsvariabel og en avhengig variabel (Midtbø, 2010, Hellevik, 2006). Hvis årsaksvariabelen endres og det påvises at dette endrer den uavhengige, altså effektvariabelen, er det vanlig å si at det er en kausal sammenheng

mellom de to variablene. Det er mulig å spesifisere fire former for kausalitet:

1. Kausalitet som regularitet
2. Kausalitet som generativ prosess
3. Kausalitet som kontrafaktisk hendelse
4. Kausalitet som manipulasjon

Å se kausalitet som regularitet, eller som robust avhengighet, er å vise til at det eksisterer statistiske sammenhenger mellom en årsaksvariabel og en effektvariabel. I robust ligger det at sammenhengen forblir signifikant også etter at det er kontrollert for relevante tredjevariable (Tuftes, 2013). Det er i all hovedsak dette som ligger i beskrivelsen over.

Denne forståelsen av kausalitet kan ses i sammenheng med en forståelse av kausalitet som prosesser eller mekanismer, eller det som også kalles en generativ prosess. Den generative prosessen bidrar med en teori, en fortelling, der kausale sammenhenger forstås som prosesser og interaksjon mellom prosesser. Mekanismene framstår som hyppige og lett gjenkjennelige årsaksmønstre som framkommer under generelt ukjente betingelser eller som har ubestemte konsekvenser (Tuftes, 2013; Dahl m.fl., 2014). Den statistisk robuste avhengigheten sier i seg selv ikke noe om hvilke mekanismer som er virksomme, det gjør heller ikke årsak som manipulasjon, som presenteres under. Det er derfor nødvendig å knytte de variablene som brukes til sosiale teorier om prosesser.

I den kontrafaktiske forståelsen av kausalitet spørres det hva som ville skjedd hvis det aktuelle tiltaket ikke hadde inntruffet, eller intervensjonen ikke var iverksatt (Mohr 1995). Ved å ta i bruk en kontrafaktisk forståelse er det i større grad mulig å isolere årsaksvariable. Den konkrete metoden for å bruke den kontrafaktiske tilnærmingen er likevel å sammenligne. Sammenligningen kan gjennomføres på to måter: å sammenligne mellom grupper som har gjennomgått en intervensjon og grupper som ikke har det eller å sammenligne den samme gruppen på to tidspunkter, før intervensjonen og etter (ibid), der før blir kontrollgruppen. Begge disse formene for sammenligning kan kalles naturlig eksperiment (Stoker, 2010).

Når det brukes begrepet manipulasjon om kausalitet viser det ofte til eksperimentsituasjoner og forskning som gjennomføres som Randomised Controlled Trials (RCT). I slike forskningssituasjoner etableres det gjerne en "tiltaksgruppe" og en "kontrollgruppe". Medlemmer i de ulike gruppene kan være tilfeldig fordelt, som det ligger i randomised, eller de kan være systematisk fordelt som i et kvasi-eksperiment. Årsaksforholdet ønskes fastslått ved å gjennomføre en intervensjon og studere resultatet under så kontrollerte betingelser som mulig (Dahl m.fl., 2014; Tufte, 2013). Årsaksvariabelen, eller intervensjonen, kan varieres på kontrollert måte, derav manipulasjonsbegrepet.

Ikke alle disse forståelsene av kausalitet er like relevante for den litteraturstudien vi har gjennomført. Ettersom bolig er et gode som i all hovedsak tilbys via markedet er bolig i liten grad utsatt for RCT-undersøkelser der individuelle deltakere er tilfeldig fordelt, dvs. at bolig blir brukt som manipulasjonsvariabel i intervensjonsstudier. Likevel har vi funnet fram til at det er gjort noen slike studier i tilknytning til at det er gjennomført renoveringsprosjekter av boliger og boligområder. Disse er inkludert i en oversiktsstudie. For de tre andre, samt kvasi-eksperimentet, ser det ut til at de er relevante i ulik grad. Både regularitetstilnærmingen og tilnærmingen som kalles kausalitet som regenerativ prosess finner vi i (sosial)epidemiologisk forskning (Goldthorpe, 2001). I denne inngår bolig og/eller boområder og nabolag som variable som undersøkes for sammenheng for å finne de mest robuste og predikere årsaker til dårlig helse, eller falsifisere hypoteser som sier noe om hva som kan forårsake dårlig helse.

Den kontrafaktiske tilnærmingen er et naturlig eksperiment (Stoker, 2011), og det er mulig å observere forskjeller i fysisk og psykisk helse ved å observere forhold ved geografisk og fysisk ulikt lokaliserte bomiljøer med ulike sosiale kjennetegn, eller i bomiljøer der sosiale og fysiske kjennetegn endres over tid.

Mekanismetilnærmingen vil her bidra med den teoretiske fortellingen og det er de geografiske, fysiske og sosiale kjennetegnene som knyttes til teorier, dvs. som er årsaksvariable.

I mye samlelitteratur om folkehelse er forståelsen av kausalitet mellom bolig og helse at boligen påvirker den individuelle helsetilstanden (Naidoo and Wills, 2010; Tones and Green, 2008). Ettersom denne litteraturen også er eksplisitt på at bolig er en av

helsens bestemmelsesfaktorer på linje med utdanning og arbeid, er det naturlig at denne oppfatningen av kausalitetsforholdet ikke problematiseres. I litteratur om sosial ulikhet i helse er en sentral forklaring på ulikhet at fordeling av materielle goder er ulik mellom grupper i befolkningen og enkeltindivider. Ulikhet er spesielt knyttet til utdanning, arbeid og inntekt (St.meld. nr. 27, 2006-2007). Det betyr at det ikke nødvendigvis er en direkte sammenheng mellom bolig og helse, sammenhengen kan medieres – styrkes eller svekkes – av de mellomliggende eller bakenforliggende variablene utdanning, arbeid og inntekt.

Som det skal kommenteres under, er det en utfordring å isolere effektene av bolig på helse. Vi stilte derfor spørsmålet hvorvidt det også kan være en sammenheng mellom dårlig helse og dårlig bolig. Har man en dårlig bolig fordi man har dårlig helse?

Forskningslitteraturen drøfter i mindre grad slike sammenhenger, men i noen studier vises det til at reversert kausalitet ikke kan utelukkes, altså at årsaken til at folk bor dårlig er at de har dårlig helse (se for eksempel Duncan et al, 2014 og Burdette et al, 2011). Det eneste designet som unngår spørsmålet om reversert kausalitet er manipulasjon (Midtbø, 2010). Reversert kausalitet vil i vår sammenheng si at det er helsetilstanden som er årsaken til at personer ikke er i stand til å finne gode boliger. Tanken er da at dårlig helse påvirker mulighet til utdanning, som igjen påvirker yrkestilknytning og inntekt som er utslagsgivende for hvilken bolig en person har mulighet til å skaffe seg. I denne forståelsen av kausalitet mellom bolig og helse vil bedre helsetjenester være løsningen – når helsen bedres, bedres også mulighetene for å skaffe seg en god bolig. Bolig og boområde som årsaksvariabler framstår derfor i noe litteratur som usikre årsaksvariable, og vi må være oppmerksom på dette fenomenet i vår litteraturstudie. Vi vil kommentere den reverserte kausaliteten når vi støter på den.

Problemet med reversert kausalitet peker også på en annen viktig utfordring når kausalitet skal fastslås, nemlig at bolig er en uavhengig variabel for helse som henger tett sammen med de uavhengige variablene utdanning, arbeid og inntekt. Disse er såkalte ”confounding variables” eller bakenforliggende variable, som i mange analyser slår ut bolig eller boområde som selvstendig årsaksvariabel for dårlig helse (se for eksempel Baker m. fl., 2014, Miles m.fl., 2011). Det kan altså være en sammenheng mellom helse og bolig/boområde som peker på at dårlig helse kan medføre

redusert inntekt og/eller usikker/ustabil tilknytning til arbeidsmarkedet som er et resultat av lav utdanning, dårlig yrkestilknytning eller sykdom og redusert arbeidskapasitet.

Ved å fokusere for tett på slike variable, eller på selvseleksjon ved valg av boligområder, vil vi redusere mulighetene for å fange opp de integrerte effektene av alle dimensjoner ved bolig på helse. Å spesifisere kausalmodellen blir dermed viktig knyttet til hvilke effekter av bolig på helse det er ønskelig å fange opp. Kvantitative analyser der bruk av regresjonsteknikker ser på effekter av enkeltfaktorer som inntekt, utdanning eller andre kvantifiserbare størrelser, samt egenskaper ved boligen, på helse, vil i noen tilfeller ikke være i stand til å fange opp de reelle sammenhengene. Bruk av slike teknikker kan redusere sammenhengen mellom bolig og helse, fordi utdanning og inntekt er sterke mellomliggende variable som i en del tilfeller henger tett sammen med resultatvariabelen, nemlig helse. Effekten av bolig reduseres da til effekten av utdanning eller inntekt, og i noen tilfeller blir effekten av bolig borte når en kontrollerer for ulike sosiale variable. Dette innebærer med andre ord at vi i vår lesning vil være kritiske til hvordan analysemodellen er spesifisert og om analyseredskapene er egnet til å belyse den på en adekvat måte.

En annen utfordring for en analysemodell er tidsdimensjonen ved boligsituasjonen. I rene kvantitative modeller, for eksempel innenfor en lineært spesifisert regresjonsmodell, vil en ikke evne å fange opp tidsdimensjonen ved den kausale relasjonen mellom bolig og helse. Effektene av en lavstandard boligsituasjon vil kunne antas å være mer alvorlige for hushold med vedvarende lav inntekt enn for hushold som har lav inntekt i en kortere periode. Tidsdimensjonen kan også få særlig betydning for barns opplevelse av bolig og bomiljø, fordi det som for voksne kan se ut som en midlertidig bosituasjon, kan oppleves om lang tid for et barn. Tid kan også ha konsekvenser som varierer med geografi: I et land som Norge der klimavariasjonene er store, både geografisk, men også ikke minst mellom årstidene, vil en vedvarende lavinntektssituasjon nord i landet antas å kunne ha en langt sterkere helseeffekt enn det å være i den samme situasjonen sør i landet.

Helseeffektene av bolig vil altså i stor grad være kontekstuel bestemt, blant annet av klima og årstider, i tillegg til tid. Dette er viktige forbehold å ta med seg i en vurdering av relevansen av funn fra ulike internasjonale studier for en norsk kontekst.

Helseeffektene av bolig vil med andre ord generelt kunne arte seg være svært ulikt avhengig av om det utspiller seg i et klimatisk stabilt og varmt område, som eksempelvis i sør Europa eller i et mer klimatisk ustabilt og skiftende område, som i våre nordligste fylker. I varme områder kan fukt og sopp være vedvarende problemer, mens i kjøligere områder vil kulde og trekk være mer aktuelt.

Poenget er å understreke viktigheten av å ta hensyn til kontekstuelle variable i spesifisering av analysemodellen i studier av sammenhengen mellom boligsituasjon og helse. Konvensjonelle tverrsnittsanalyser vil kunne ha vansker med å fange opp de mest komplekse sammenhengene. Samtidig kan slike tilnærminger også overse effektene av helt sentrale uavhengige variable som utdanning, inntekt og arbeid (jamfør Baker et.al 2014:2). Det er derfor viktig at analysemodellene er spesifisert slik at de fanger opp de ulike uavhengige variabelenes effekt på en mest mulig effektiv måte. I tabell 1 har vi satt opp noen hypoteser om forholdet mellom bomiljø og bolig på den ene siden samt fysisk og psykisk helse på den andre. Her er det ikke tatt stilling til kausalitet:

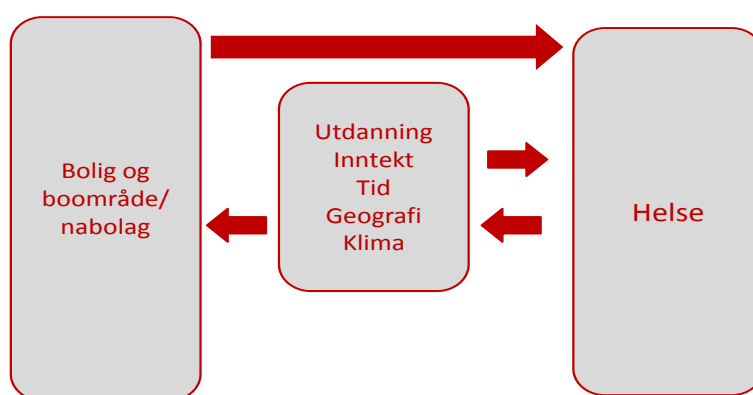
Tabell 2.1 *Hypoteser om forholdet mellom bomiljø og helse*

	Bomiljø – mellom husene	Boligen
Fysisk helse	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)
Mental helse	Identitet og tilhørighet, status, trygghet, mening, sosial kapital	Identitet og tilhørighet, trygge, boforhold disposisjonsform(eie/leie), vedlikehold

Årsakssammenhengene er uavklarte, men norsk forskning har særlig fokusert på fysiske forhold og deres påvirkning på fysisk helse, og i mindre grad på sammenhenger mellom bomiljø og psykisk helse (Grønningsæter og Nielsen 2011). Vi skal ha spesielt fokus på hvilke kausalitetsforståelser det opereres med, og relevansen av disse skal drøftes for bolig og folkehelse.

Det er altså utfordrende å fastslå entydige årsakssammenhenger mellom bolig og helse. Vi går derfor ut fra at det er et samspill mellom årsaker og virkning som kan gå begge veier. Dette vises i figur 2.1. Den store pilen viser sammenhengen mellom bolig/boområde og helse, og den lille pilen fra venstre til høyre viser at også mellomliggende variable som utdanning, inntekt, tid, geografi og klima sies å spille inn på sammenhengen mellom bolig/boområde og helse. Pilene som går fra høyre til venstre viser til at den reverserte kausaliteten, at dårlig helse kan påvirke den sosioøkonomiske posisjonen som igjen påvirker hvilken bolig man kan ha. Dårlig helse kan føre til at man har dårlig inntekt/utdanning som kan resultere i at man bor i en dårlig bolig.

Figur 2.1 *Kausal relasjon og reversert kausalitet mellom bolig og helse*



Vi vil med dette vurdere kausalitetsforståelsen i den litteraturen vi leser. Innenfor denne hovedproblemstillingen har vi har to fordypningsområder som fanger opp hypotesen om en sosial gradient som løper gjennom en befolkning med hensyn til fordeling av helse:

- Boligforhold for barnefamilier
- Boforhold blant vanskeligstilte grupper (lavinntektsgrupper, innvandrere og personer som ikke klarer å skaffe bolig på egenhånd).

Disse er gjennomgående for kapitlene, som er inndelt i forhold til boligens påvirkning på fysisk og psykisk helse, knyttet til boområde og nabolag og til fysiske trekk ved boligen.

3 Kvaliteter ved nabolag og bomiljø – livet mellom husene

3.1 Innledning

Det er en egen skole innefor litteraturen om bolig som tar for seg nabolagets effekter på helse, både den fysiske og mentale. Dette kan også i noen tilfeller benevnes et geografisk inntak til helseulikheter og refererer til at det kan være en opphopning av mennesker med bestemte kjennetegn, for eksempel etter sosialøkonomisk status, etnisitet eller alder i bestemte geografiske områder, også boområder. Mye av litteraturen søker å gi et svar på hvorfor dette skjer (Braubach og Fairburne, 2010) og knytter det til utvikling av helseulikheter og sosial status. Oversiktsstudier viser at faktorer som at nabolag har dårlig status eller er i ferd med å bli nedgradert mht status er knyttet til nabolagets påvirkning på helse.

At nabolag har en nedadgående tendens mht sosioøkonomisk status innebærer flere ting. For det første er det et kjennetegn at den fysiske bygningsmassen er av dårlig kvalitet. Det er ofte mange boliger til salgs, det er grafitti eller det er mye søppel rundt boligene. For det andre er det en opphopning av sosiale problemer med mange arbeidsledige, og for det tredje har de som bor der en vanskelig økonomisk situasjon, ofte med lav inntekt og liten eller ingen utdanning. Å vokse opp under slike forhold er påvist å ha negative konsekvenser for barn og unge, for eksempel er det større risiko for lav fødselsvekt, skader og misbruk (van Vuuren m. fl., 2014). Hvilke kjennetegn som inngår, og som dermed er hypoteser som testes i studiene, varierer mellom studier, men de fleste viser til at det er sammenheng mellom barn og unges helse og de kjennetegnene ved nabolag de har valgt å se på. Samtidig vises det

til at nabolagsfaktorer kan forklare mellom fem og 10 prosent av variasjonen i barns utvikling, velferd (wellbeing) og helse (ibid).

En slik nedadgående tendens mht sosioøkonomisk status kan også påvirke følelse av trygghet og muligheter for å være fysisk aktiv, altså både den psykiske og fysiske helsen. Andre nabolagseffekter er støy, utslipp fra industri og trafikk, samt usikkerhet mht hvordan miljøendringer vil kunne påvirke boligområdet (ras, oversvømmelse, brann og stråling). Også slike faktorer kan bidra til nedgraderingen av omgivelsene

Nabolagseffekter omfatter også tilgang til kollektivtrafikk, offentlige og private tjenester, til en differensiert struktur av bygninger (urban form) som også kan omfatte virksomheter og gi mulighet for fritidsaktiviteter som kultur og idrett, og som er tilrettelagt for både å kunne gå og sykle for å utføre nytte- og fritidsreiser (ibid, Lawrence, 2006). I kapittelet berører vi slike spørsmål i den grad det er behandlet i den litteraturen vi har som grunnlag for denne studien.

Først i kapittelet behandler vi studier om nabolagseffekter generelt mht fysisk form. Deretter går vi noe inn på tilgang til grøntområder. I avsnitt 3.2.3 tar vi for oss barn og fysisk helse. I avsnitt 3.3 ser vi på nabolags effekter på psykisk helse og i avsnitt 3.3.1 ser vi på nabolagenes effekter på barns psykiske helse. Disse avsnittene inkluderer sosial kapital.

3.2 Nabolag og fysisk helse

Vår litteraturgjennomgang viser at det finnes mye forskning som studerer sammenhenger mellom bomiljø eller nabolag og konsekvenser for den fysiske helsen. Det framstår som etablert kunnskap at det fysiske miljøet er viktig for et godt bomiljø og at tilgang til friområder er viktig som positiv påvirkningsfaktor for helse. I Norge har det fysiske miljøet vært sentralt i flere av storbysatsingene de siste tiårene, blant annet innenfor Handlingsprogrammet for indre Oslo øst (Holm 2006) og Groruddalsatsningen (Ruud m.fl. 2011). Fortetting med ny boligbygging innen eksisterende tettstedsgrense har vært et viktig mål for bærekraftig byutvikling.

3.2.1 Urban form, fysisk aktivitet og helse

Urban form eller det som også kalles bygde omgivelser, antas å påvirke muligheter for enkeltmennesker til å være fysisk aktive, for eksempel å kunne gå eller sykle ved nytte- og fritidsreiser. Slike muligheter anses som gode løsninger for å bekjempe fedme i befolkningen, samt unngå diabetes (2), samt at det vil medvirke til å redusere bilkøer og dermed redusere både lyd- og luftforurensning i nabolag (Lawrence, 2006).

I en artikkel fra 2012 argumenterer Carlson mfl., for at tilretteleggende bygde omgivelser vil øke muligheten for at nytte- og fritidsreiser blir gjennomført gående og at dette har positive effekter for helse. De er opptatt av å fange den individuelle oppfatningen av hvordan de bygde omgivelsene slår ut for valget om å gå – er omgivelsene ”gåbare” (walkable) er spørsmålet de stiller. Metoden er en survey der det spørres om både omgivelser og om selvopplevd helse. Den bygger på tidligere gjennomførte undersøkelser og replikerer spørsmål som er brukt, dvs. det er en studie som bruker allerede validerte spørsmål og der det testes hypoteser som har framkommet gjennom de studiene det bygges på. De innfører et eget element som er oppfatningen av om de bygde omgivelsene er ”gåbare” (walkable). De finner at det er en sammenheng mellom det bygde miljøet og fysisk helse og at oppfatninger av gåbarhet i de bygde omgivelsene kan endres (Carlson mfl., 2012). Studien finner sammenhenger og resultatene kontrasteres til resultater fra andre studier, noe som viser at resultatene ikke er isolerte for denne studien.

I en artikkel fra 2014 argumenterer McCormack mfl. for at det varierer mellom grupper hvem som tar i bruk gåbare omgivelser. De sammenlignet tre grupper av nabolag som var klassifisert mht høy, middels og lav grad av gåbarhet. De med høy gåbarhet hadde høy grad av sammenheng mellom gangveier, de hadde større tilbud av virksomheter, flere busstopp og flere fortau enn andre nabolag. I analysene ble dette kontrollert opp mot individuelle faktorer som kjønn, alder, utdanning og hjemmeboende barn, samt i hvilken grad husholdet har tilgang til motoriserte kjøretøyer, hadde hund, inntekt, egenrapportert helse og egenrapportert høyde og vekt. Med unntak for eldre, overvektige og hundeeiere var gåaktiviteten signifikant høyere i nabolag der gåbarheten var høy. Videre var funnene at overvektige går lite uavhengig av nabolagets gåbarhet,

mens hundeeiere går uansett om nabolaget anses som gåbart. Å ha hund resulterte også i at eventuelle sesongbaserte fluktasjoner i gåaktivitet ble redusert (McCormack mfl., 2014).

I en artikkel fra 2010 argumenterer Winters m. fl. for at ulike undersøkelser viser at tilretteleggende bygde omgivelser fremmer sykling og dermed fysisk aktivitet. Med bakgrunn i tidligere gjennomførte studier setter de fram en hypotese om at tilretteleggende bygde omgivelser øker sykling. Undersøkelsen er gjennomført i Vancouver, Canada og de har basert seg på en survey som handler om sykling i byer og som kartlegger reisemønstre. Det ble gjort en oppfølgingsundersøkelse der deltakere (1902) ble spurt om to av sine nyttereiser på sykkel, samt to nyttereiser der andre framkomstmidler ble brukt. Deltakerne ble spurt om hva som kjennetegnet utgangspunktet, selve ruten og målet de hadde for reisen.

Resultatene var at det ble syklet mest der det var tilgang til grønnområder langs ruten, der det var sammenheng mellom veiene som ble brukt, der det var mulig å sykle på eller langs en lokal vei eller egen tilrettelagt sykkelvei. Utgangspunktet for turen var en differensiert bebyggelse som også var forholdsvis tett, mens målet ofte var tilgang til kultur, arbeidsplasser, handel eller utdanningsinstitusjoner. Funnene var signifikante også når det ble kontrollert for individuelle demografiske faktorer som alder og utdanning, selv om voksne og de med høyere utdanning syklet mest. Det trekkes konklusjoner om at et tilretteleggende bygd miljø fremmer sykling, men ikke at det bedrer helse, det er en indirekte effekt (Winter mfl., 2010).

De positive resultatene for helse som disse studiene finner av å bo i tett bebygde områder ser ikke ut til å gjelde for Oslo. En fersk studie av sammenhenger mellom urban form, bærekraft og helse (Næss, 2014) har sett på den demografiske utviklingen i Oslo basert på Oslo kommunes statistikk og data fra SSB. Næss studerer sammenhengen mellom hjerteinfarkt og forventet levetid og en rekke uavhengige variable som urban strukturell form som tetthet (antall beboere pr ha), andel grønnareal, avstand til sentrum, beliggenhet inntil Marka, demografi, antall beboere som er trangbodde og andel beboere utsatt for støy, samt inntekt, formue, utdanning, arbeidsløshet. Avhengig variable er antall hjerteinfarkt per 10.000 innbyggere og gjennomsnittlig forventet levetid for

kvinner/ menn på hhv. 20, 30 og 50 år (ibid:1540). Geografisk nivå er de 15 bydelene i Oslo.

Oslostudien viser at det er en sammenheng mellom forventet levealder og hvorvidt man bor i sentrale byområder eller i drabantbyområder. Kontrollert for inntekt, formue, alder og arbeidsløshet er det en forskjell på 6,5 år i forventet levealder for en 50 år gammel mann som bor i de tettest befolkede områdene sammenlignet med en 50-åring som bor i områder med lavest tetthet. De som bor sentralt er mer utsatt for støy, forurensning og trafikkfare. På den andre siden kan de som bor sentralt ha bedre muligheter for å gå/sykle til daglige gjøremål sammenlignet med de som bor mer perifert, noe som kan ha positiv helseeffekt. Disse fordelene oppveier imidlertid ikke ulempene. På samme måte er det større sannsynlighet for at de som bor sentralt er mer utsatt for hjerteattakk selv om man kontrollerer for inntekt, utdanning, formue, arbeidsløshet og andelen som er trangbodde. Men forskjellene er små når en kontrollerer for trangboddhet (ibid:1535).

Næss viser også til en studie av Piro (2008) som diskuterer mulige helseeffekter av andre forhold i nabolaget, spesielt i Oslo indre øst som har større andel fast-food gatekjøkken og lignende som kan bidra til dårligere helse. Her diskuteres også mulige konsekvenser av beboernes opplevelse av kriminalitet og utrygghet som kan bidra til at færre beveger seg ute. Det kan få selvforsterkende effekt. Næss konkluderer med at funn må ses på med forbehold siden en bare har hatt tilgang til aggregerte data på bydelsnivå. Det konkluderes med at fortetningsstrategien en argumenterer for av miljøhensyn kan ha

...some important drawbacks seen from a public health perspektive (ibid:1524).

Nabolag, fysisk helse – astma

Det er en teori om at nabolaget man bor i kan være årsak til astma. For å finne effekter av sted har Li og Lin i en artikkel fra 2014 studert luftforurensning som årsak til astma hos voksne. Klima (kaldt eller varmt), ozon og grad av fine partikler i luften i de ulike områdene ble kontrollert opp mot en rekke variable som kjønn, alder, etnisitet, utdanning, overvekt, egenvurdert helse, røyking, tilgang til forsikring og hvor deltakerne i studien bor. Spørsmålet

som ble stilt angående bolig var om deltakerne bor sentralt i en by, i en indre eller ytre forstad, eller bor de ikke i et byområde i det hele. Funn er at forekomster av astma økte med høyere ozonnivå. Dette varierte kun moderat mellom typene boområder. Mengden fine partikler i luften ga høyere forekomster av astma i indre by og ytre forsteder. De som bor i kalde områder er mer utsatt for astma enn de som bor i varmere. Forfatterne mener at det er en risiko for astma som er romlig og kan knyttes til sted, og som det bør tas hensyn til i politikktutforming (Li og Lin, 2014).

3.2.2 Bomiljø, tilgang til grøntområder og helse

Tilgang til grøntområder har betydning for muligheter for fysisk aktivitet og dermed for folkehelsen.

WHO (2012) har sett på befolkningens tilgang til grøntområder i en rekke land, deriblant Norge. I Norge rapporterer 9 prosent om manglende tilgang til grøntområder, mens tallene for EU 15¹ landene er 32 prosent og for NMS 12² landene er 44 prosent. Sammenlignet med EU land har vi i Norge bedre tilgang til grøntområder. Det er forskjeller mht kjønn og inntekt, og disse mønstrene gjelder også for Norge. Det er flere med lav inntekt (definert som har vansker med å betale regninger) som rapporterer om dårlig tilgang sammenlignet med de som ikke har vansker med dette. Men forskjellene er små. Fordelt på kjønn er det størst forskjeller for menn, der ca 17 prosent av de med vansker og ca 7 prosent av de som ikke har slike vansker rapporterer om dårlig tilgang til grøntområder (WHO, 2012:97). Effekten av utdanning på aggregert nivå slår ut motsatt. De med høyere utdanning rapporterer om dårligere tilgang, spesielt i NMS 12 landene. Forskjellene er mindre i EU 15 landene. På landnivå kan forholdene være annerledes. I Finland er det flere med lav utdanning som rapporterer om dårlig tilgang til grøntområder sammenlignet med de med høy utdanning, hhv 17 prosent og 6 prosent (ibid:98). Om helseeffektene heter det at det så langt ikke foreligger noen kvantitativ vurdering av risiko og det vises til forskning som indikerer betydningen av tilgang til grøntområder for både fysisk og psykisk helse og livskvalitet (ibid:99). Det

¹ De 15 land som var medlemmer av EU før mai 2004

² De 12 land som ble medlemmer av EU etter mai 2004

foreslås derfor tiltak som skal bidra til å skape sunne omgivelser med tilgang til grønnområder av god kvalitet.

En tidligere WHO rapport fra 2009 basert på survey til ca 3300 husholdninger i 8 europeiske byer (ingen skandinaviske byer) viser også at det er store forskjeller mht tilgang til grønnområder. Nesten 50 prosent av de i den laveste inntektsgruppen (av i alt 6 inntektsgrupper) har ikke tilgang til slike områder, mens det gjelder 25 prosent for nest laveste inntektsgruppe. Det gjelder for mindre enn 10 prosent av husholdningene i de andre gruppene.

Næss (2014) refererer til tidligere studier som viser at beboerne i indre Oslo har ”betydelig dårligere” tilgang til grønnområder nær boligen sammenlignet med beboerne i drabantbyene. Han peker på at nærheten til slike områder har betydning for hvorvidt de brukes eller ikke. Kort vei stimulerer i større grad til å ta dem i bruk for å jogge, gå tur eller sykle. Han viser blant annet til en svensk studie der en fant ut at andelen som bruker slike områder blir omtrent halvert når avstanden øker med 8-10 minutter. Det refereres også til en dansk studie som viste at tilgang til hage eller kort vei til grønnområder ga en opplevelse av mindre stress og mindre sannsynlighet for fedme. Kombinasjonen av dårlig tilgang til grøntområder og utsatthet for støy og forurensning kan representere en helserisiko. Dette kan imidlertid oppveies av at de som bor sentralt lettere kan gå og sykle til daglige gjøremål sammenlignet med de som bor i drabantbyen. Disse fordelene oppveier imidlertid ikke ulempene. Næss refererer til flere forskere som har advart mot bilbasert drabantbyutbygging som kan få negativ helseeffekt, spesielt fedme, pga økt bilbruk og innaktivitet (Næss, 2014:1529).

3.2.3 Nabolag og sosial ulikhet i helse

Det er en teori at det er sammenhenger mellom nabolag med lav inntekt og helse (Schootmann mfl., 2007). De fant at det å bo i fattige nabolag økte sannsynligheten for diabetes, både blant ”fargede” (”blacks” i studien) og fattige hvite. Studien baserte seg på data fra 644 personer, hentet ut fra den Afrikansk – amerikanske helsestudien fra St. Louis-området, Missouri. Respondentene rapporterte selv på nabolagets attraktivitet. Studien tok utgangspunkt i tidsseriedata, og mens det å befinne seg i en fattig bosituasjon (Fair-poor housing condition) økte risikoen for å

utvikle diabetes ganske klart, var det ingen sammenheng mellom nabolag (block face conditions) eller opplevd nabolag, og risikoen for å utvikle diabetes blant middelaldrende urbane afro-amerikanere.

Schootman mfl. (2007) utfordrer dette funnet ved å gjennomføre ulike tilleggsanalyser. Blant annet analyserer de betydningen av de variable som var antatt å øke sannsynligheten for diabetes. Ved å gjøre dette, reduserte forskerne også sannsynligheten for potensielle overstyrende effekter av andre variable i analysen. De tok også hensyn til tid ved å gjøre separate studier av personer som hadde bodd i samme nabolag i samme antall år. Også disposisjonsform, egen eid eller leid bolig, ble kontrollert for. Ingen av disse variablene endret hovedresultatet.

Også i en nyere amerikansk studie blir det sett på utbredelsen av diabetes i ulike nabolag (Gaskin m.fl.2013). Også her brukes spørreskjemadata over tid, perioden 1999-2004. De er hentet fra den omfattende *National Health and Nutrition Examination Survey and US Census*. Ambisjonen med studien er å se på effekten av det å bo i et fattig nabolag og etnisk fordeling i denne, på utbredelsen av diabetes. Forskerne fant her en gradient for rase – fattigdom – sted, når det gjelder utbredelsen av diabetes blant ”fargede” og fattige ”hvite”. Sannsynligheten for å ha diabetes er høyere for ”fargede” enn for ”hvite”. Individuell fattigdom økte også sannsynligheten for å ha diabetes, dette blant både ”fargede” og ”hvite”, likeledes også det å bo i fattige nabolag. Dette siste økte sannsynligheten for å ha diabetes både for ”fargede” og fattige ”hvite”.

Dette får forfatterne bak studien til å konkludere med at myndighetene må ta tak i utfordringene knyttet til konsentrert fattigdom. Dette går både på tilgang til fornuftig prisede matvarer, rekreasjonsområder, helsetjenester, kriminalitet og utsatthet for utslipp.

WHO (2012) har sett på konsekvenser av dårlige boliger og boforhold. De tema som tas opp er følgende indikatorer for dårlig bolig og miljømessige kvaliteter:

- Bolig: Manglende varmt vann, mangel på toalett, dusj. Trangboddhet, problemer med fukt og oppvarming. Dette vil vi komme tilbake til i kap.4.

- Omgiveslesorienterte kvaliteter dreier seg om utsatthet for støy, manglende tilgang til grønn- og friarealer, utsatthet for passiv røyking hjemme og på jobb
- Ulikheter knyttet til utsatthet for skade og ulykker: på jobb, i trafikken, forgifting og fall

Datamaterialet for rapporten er ulike nasjonale registerdata og The European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-silc).

I rapporten diskuteres flere mulige sammenhenger:

- Sosiodemografiske determinanter og miljørisiko: Vanskeligstilte kan være mer utsatt for å leve eller jobber i mindre gunstige omgivelser.
- Faktorer knyttet til sosiodemografiske ulikhet som kunnskap og helseatferd gjør utsatthet mer sammensatt. Gitt de samme omgivelser kan vanskeligstilte være mer utsatt enn folk flest.
- Faktorer knyttet til sosiodemografisk ulikhet så som helse og biologisk sensibilitet påvirker mottageligheten for utslipp. Gitt samme utsatthet kan vanskeligstilte grupper være mer utsatt for helseeffekter enn befolkningen som helhet
- Sosiodemografisk ulikhet har direkte effekt på helse gjennom ulike mekanismer, noen kan også være uavhengig av miljømessige faktorer. Gitt samme utsatthet kan vanskeligstilte være mer sårbare overfor negative helseeffekter enn andre for eksempel på grunn av dårlig forsikring eller dårlig tilgang til helsetjenester

Det konkluderes blant annet med at det er behov for økt oppmerksomhet på sted og ”friske steder” i erkjennelse av samspillet mellom sosiale, demografiske, økonomiske faktorer på nabolagsnivå og betydningen for folkehelsen (WHO, 2012:20).

Det ble også pekt på utfordringene når det gjelder i miljømessige ulikheter og tema som tas opp er støy, tilgang til grønnområder og passiv røyking. Vi ser på tilgang til grønnområder, som vil bli omtalt nedenfor og utsatthet for støy.

WHO (2012) rapporten viser at i EU-15 lander andelen utsatt for støy fra naboer eller fra gata høyere blant vanskeligstilte. Dette mønsteret gjelder også for Norge. Her rapporterer ca 17 prosent av de med inntekt under nivået for relativ fattigdom (below relative poverty level) om problemer med støy fra naboer eller fra gata, mens det gjelder for ca 11 prosent av de med inntekt over dette nivået (above relative poverty level) (WHO 2012:93). Denne ulikheten ses imidlertid ikke i NMS 12- land.

Helseeffektene av å være utsatt for støy er beregnet til mellom 1,0 – 1,6 millioner DALY³ for alle typer helsekonsekvenser i vesteuropeiske land (WHO 2011). Helsekostnadene fordeler seg på hjertelidelse (ischaemic heart disease) og kognitive problemer hos barn (cognitive impairment of children), søvnforstyrrelser, tinnitus og misnøye (WHO 2012:94).

Rapporten fra WHO (2012) konkluderer med at det er behov for å integrere perspektiver knyttet til sosial ulikhet i by- og boligplanleggingen og i utvikling av aktivitetsfremmende nabolag og ved å styrke offentlig transport. Det påpekes videre at det er viktig å inkludere vurderinger av omgivelsene i debatten om sosial ulikhet i helse, ikke minst på bakgrunn av tendensene til å individualisere helsespørsmålet (WHO, 2012:111). Rapporten konkluderer med at:

Environmental health inequalities exist in all subregions and in all countries and they are most often suffered by disadvantaged population groups” (WHO, 2012:130).

3.2.4 Tiltak på områdenivå

Catalonia, en region i Spania, innførte i 2004 en Nabolagslov som sa at nabolag som besluttet å gjennomføre byfornyelse skulle få økonomisk støtte til dette. Regionen skulle betale 50 prosent av utgiftene og prosjekter kunne vare i fire år. Det kunne søkes om støtte til å etablere eller forbedre grønne områder og parker,

³ DALY er definert slik: "The sum of potential years of life lost due to premature death and the equivalent years of "healthy" life lost by virtue of being in states of poor health or disability" (WHO 2011:xiii)

rehabiliterer bygninger, anskaffe utstyr til felles fasiliteter i området, ny teknologi som solcellepaneler, bærekraftig energitilførsel, likestillings- og sosiale tiltak, og tiltak som bedret framkommelighet. I 2011 hadde fem nabolag i Barcelona fått støtte til sitt prosjekt (Mehdipanah, m. fl. 2014). Det er gjennomført tverrsnittundersøkelser på ulike tidspunkt, og med et kvasiekperimentelt design, for å se om disse fem fornyelsesprosjektene hadde hatt effekter for innbyggernes helse. De er sammenlignet med de resterende bydelene i byen.

Helsevariable er tatt fra byens helseundersøkelser og det er egendefinert helse, både fysisk og psykisk, som benyttes som uavhengig variable. Det er benyttet standardiserte og validerte målemetoder for helse, samt for bakgrunnsvariabelen sosial klasse (manuelt eller ikke-manuelt yrke). Andelen som rapporterte dårlig fysisk helse sank i perioden for både menn og kvinner. Andelen som rapporterte dårlig mental helse økte for menn, mens det var lite endring for kvinner. Fordelt på sosial klasse var resultatet at begge kjønn i manuelle yrker rapporterte bedre fysisk helse. Lite forskjeller ble observert for de med ikke-manuelle yrker og i kontrollbydelene. Menn i manuelle yrker rapporterte dårligere mental helse i 2011 enn tidligere uavhengig av om de bodde i et boligområde som ble fornyet eller ikke (Mehdipanah, m. fl. 2014). I diskusjonen pekes det på at sammenlignet med kontrollgruppene var det helhetlig en bedring i selvrapportert helse, fysisk og mental, for begge sosioøkonomiske grupper (ibid).

Akademisk arkitektforening (AAF) og Københavns kommune (2014) har gjennomført litteraturstudie for å analysere effektene av fysiske tiltak i utsatte boligområder. Det er dels gjennomført litteratursøk i forskningsdatabaser og ulike statlige programmer for utsatte boligområder. King's College i London foretok en gjennomgang av internasjonale forskningsdatabaser. Søk tok utgangspunkt i at ”.. effektstudier skulle inneholde en detaljert og casebasert beskrivelse av de fysiske innsatser, som er blevet gjennomført, samt før – og eftermålinger av sosiale forhold i området” (AAF, 2014:15). Datagrunnlaget er altså litteratur basert på casestudier og effekter målt som endringer over tid.⁴ De

⁴ Litteratursøket resulterte i vel 1000 artikler. Etter gjennomlesing av abstracts ble ca 100 artikler innhentet og lest. Av disse ble bare 11 vurdert som relevante ut fra søkekriteriene. Den andre søkestrategien besto i en gjennomgang av ulike

effekter det er sett på dreier seg ikke direkte om folkehelse, men kan indirekte få betydning for folkehelsen. Det dreier seg blant annet om mindre kriminalitet, mindre arbeidsledighet, høyere utdanningsnivå, økt inntekt, trygghet, tillit, samfunnsengasjement, samt tilfredshet med å bo i området, sterkere tilhørighet, imageforbedringer og økt attraktivitet og positive økonomiske effekter (økte boligpriser, flere investeringer). Det er sett på effekter både på områdenivå og på individnivå.

For å studere effekter av fysiske tiltak er det skilt mellom ”strukturell forandring” og ”ikke-strukturelle forandringer”. Strukturelle forandringer er tiltak som har endret områdets karakter (nye innganger, endringer i byplanen, endringer i bygningsmassen, evt. riving av bygg). Ikke- strukturelle tiltak er utbedringer som ikke endrer byplanen eller bebyggelsen ut over oppgradering av fasader eller uterom. Studien konkluderer med at ”fysiske innsatser i utsatte byområder i samspill med sosiale innsatser har sosiale effekter for så vel den enkelte beboer som for området som helhet” (AAF, 2014:28). Her snakker en altså om et samspill mellom fysiske tiltak og sosiale tiltak, men hva slags sosiale tiltak det dreier seg om er noe uklart. Det konkluderes også med at strukturelle endringer i samspill med sosiale tiltak har sosiale effekter på flere forhold enn tiltak som er ikke-strukturelle.

Det tas forbehold om at det som beskrives som ”de mere præcise og komplekst-kausale forklaringer på hvorfor spesifikke fysiske forandringer af de utsatte boligområder har ført til de resultater som de 27 effektstudier viser” ikke er studert (AAF, 2014:29). Det er derfor behov for flere studier som går i dybden for å forstå årsakssammenhenger. Det stilles også spørsmål ved hvorvidt funn kan overføres til danske forhold, gitt ulik forhold i slike boligområder i USA og Danmark. En mener likevel at funn har overføringsverdi fordi en ser de samme mønstrene uavhengig av

statlige og regionale programmer med tiltak i utsatte boligområder. Dette søket ga i alt 16 case som ble vurdert som relevante. De 27 case er fra i alt ni ulike land, de fleste case er fra USA og Canada. Det er ett prosjekt fra Sverige, ingen fra verken Danmark eller Norge. De 27 effektstudier ble kodet i softwaresystemet ”eppi” for å håndtere og systematisere reviews. Kodningene har muliggjort statistiske trekninger og et samlet mønster som viser hvor mange case og hvilke som har benyttet ulike typer av fysiske tiltak og hvilke sosiale effekter en har målt hvor.

den nasjonale konteksten. Det diskuteres også hvorvidt gentrifisering kan forklare endringene, og at en slik utvikling kan problematiseres dersom tiltak kommer bedre stilte til gode på en måte som skyver vanskeligstilte ut av områdene. I noen case har en hatt som mål en delvis gentrifisering. Det vises her til at noen forskere har stilt spørsmålsteget ved dette, mens andre har hevdet at en mer blandet beboermasse for eksempel ved at det finnes flere ressurssterke foreldre i skolen kan gi barn og unge positive rollemodeller.

3.2.5 Tiltak på områdenivå i Norge

I Norge og internasjonalt har det i en årrekke vært gjennomført tiltak på områdenivå med sikte på å bedre levekår i utsatte boligområder. Tiltakene har dreid seg dels om fysisk forbedring, for eksempel opparbeidelse av parker, friområder og turveier, dels om tiltak av mer sosial karakter. Konsekvenser for folkehelse kan være mer eller mindre tydelige, men ligger implisitt i flere av tiltakene. Dette er et stort forskningsfelt internasjonalt, og vi har her avgrenset oss til enkelte norske og internasjonale studier der en har drøftet konsekvenser for folkehelse mer direkte.

En midtveisevaluering av Groruddalssatsingen (Ruud m.fl.2011) har evaluert resultatene av de fire programområdene. Konsekvenser for helse drøftes direkte innen programområde 4, og mer indirekte innen programområde 2 og 3.

Om programområde 2: ”Alna, grønnstruktur, idrett og kulturmiljø” heter det at tiltakene er at det har blitt åpnet for en bredere gruppe brukere, for eksempel grupper av innvandrere, ungdom eller deltakere i uorganiserte grupper. Samtidig tar en høyde for at økt bruk ikke nødvendigvis skyldes etablering av ny struktur. Økt bruk av tur- og sykkelveier kan også henge sammen med mer langsiktige atferdsendringer. Det påpekes derfor at slike fysiske tiltak med fordel bør følges opp med andre typer sosiale tiltak for at de skal få flere til å gå/sykle, og dermed utløse den forventede helseeffekt. Eksempler på det er Grorud sykkefestival og brosjyre om Alnastien (Ruud m. fl, 2011:219).

Programområde 3 ”Bolig- by og stedsutvikling” hadde blant annet som mål å styrke lokal stedsidentitet å skape attraktive boområder med godt fungerende uteområder. Evalueringen viser at flere typer tiltak har vist en positiv utvikling, blant annet økt interesse for og

deltakelse i det som skjer i nærmiljøet som for eksempel kurs og arrangementer. Antall deltakere i sosiale tiltak øker fra år til år. Et annet utfall er økt bruk av fysiske anlegg og møteplasser, og flere foreninger etableres ved hjelp av satsingen for så å drive videre på egen hånd. Det påpekes at de som deltar i arbeidet med områdeløft har tilegnet seg verdifull erfaring og kunnskap og dermed økt ”institusjonell kapasitet” som innebærer at målene i satsingen opprettholdes uavhengig av ad-hoc tiltak og enkeltpersoner. Det kan tolkes som at tiltakene stimulerer til bygging av sosial kapital, selv om en i evalueringen ikke anvender denne typen begrep. Folkehelse er ikke noe tema her.

Programområde 4 har et delmål knyttet til helse. Evalueringen har konsentrert seg om et tiltak kaldt STORK som er rettet mot gravide innvandrerkvinner som har dobbelt så stor forekomst av fedme som etnisk norske kvinner og at svangerskapsutløst diabetes er mange ganger så høy. Viktigste tiltak er økt fysisk aktivitet og sunt kosthold. Det fremgår av evalueringen at en foreløpig ikke har data som sier noe om hvorvidt tiltakene har hatt den ønskede helseeffekt. Det vises imidlertid til en forskningsdel som har pågått parallelt. Evalueringen viser også til tiltak i bydel Alna der en har fokusert spesielt på tilrettelegging for fysisk aktivitet, og at tiltaket har gitt bydelens innbyggere ”... en rekke nye og forbedrede muligheter for fysisk aktivitet” (Ruud m. fl., 2011:184-186).

3.3 Nabolag, barn og fysisk helse

Bolig- og oppvekstmiljø har stor betydning for barns helse. Bolte m.fl. (2009) har for eksempel påpekt at negative belastninger ved bomiljøet som støy og forurensning har større betydning for barn fordi barn vokser og dermed spiser og drikker mer og puster inn mer luft pr kg kroppsvekt enn voksne. Barn vil dermed være mer utsatt for å bli rammet av, for eksempel astma, når de bor i et nabolag med luftforurensning enn det voksne er. Studier av nabolagseffekter dreier seg om konsekvenser for barn av å vokse opp i ”belastede” nabolag versus det å vokse opp i bedre stilte nabolag. De variablene en bruker for å definere ulike nabolag er presentert over, og er sosioøkonomiske forhold som opplevd trygghet i nabolaget, omfang av hærverk, søppel eller falleferdige hus, samt utforming av bygde omgivelser som tilgang til fortau,

turstier, parker, lekeplasser, fritidstilbud, biblioteker osv. se for eksempel Singh mfl. (2010) under.

Cassidy m. fl. (2014) har gjennomført en oversiktsstudie for å undersøke om det er en effekt av sted dvs. konsentrasjon av fattigdom i nabolag og oppgradering av dem på vold blant unge. Det er inkludert studier som har sett på prosjekter som har som formål å redusere konsentrasjon av fattigdom ved å skape nabolag der det bor forskjellige typer mennesker (mixed tenures). Dette skjer gjennom å gi fattige tilbud om å flytte til nabolag der det bor familier som tilhører forskjellige inntektsgrupper og gi familier med høyere inntekt tilbud om å flytte til områder der det tidligere har vært konsentrasjon av fattigdom. Slike er gjennomført i USA og gir mulighet for å studere problemstillingen som en studie basert på RCT-metodikk. Videre er det inkludert studier som ser på oppgradering av boområder, områder der ytre trekk ved boligmassen er reparert og ordnet, kriminalitetsforebygging ved design av omgivelser som gater, lys og andre trekk som gjør det lett for de som skal ferdes der å få oversikt over områder, samt planlegging av nabolag. Det er inkludert studier fra USA og Sør Amerika, men det vises til at det er gjennomført undersøkelser også i Nederland og England. Metodene i inkluderte studier var kontrollerte før og etter-studier, studier basert i RCT-metodikk, tverrsnittsanalyser, naturlige eksperimenter, tidsserier med avbrudd og kohortstudier. De finner ikke at det er sterke resultater fra analysene, og argumenterer med at bakenforliggende variable som utdanning og inntekt, som bestemmer hvor familier bosetter seg, overstyrer sted eller nabolag som årsak. Dette skjer selv om hver enkelt studie som inngår i oversikten kan vise til en eller flere sammenhenger som karakteriseres som signifikante (Cassidy m. f., 2014).

Xie og Kang (2010) studerer sammenhengen mellom støy i nærmiljøet og sosioøkonomiske faktorer. De tar utgangspunkt i kart som viser støyforhold i ulike deler av London for å studere hvem som bor hvor og hva slags bebyggelse en finner i slike områder. De har studert 78 ulike sosioøkonomiske variable basert på GIS databaser på nabolags- og bydelsnivå. De finner at det på nabolagsnivå er en tendens til at områder med mye støy er blant de mest utsatte områdene, spesielt når det gjelder helse, livsmiljø og barrierer for bolig og andre tjenester. Det er ikke signifikante sammenhenger mellom støy og fordelinger mht andeler med ulik

religiøs tilhørighet, antallet som søker om sosiale støtteordninger, befolkningstetthet og kjønn. Det er relativt sett flere næringsbygg enn boligbygg i områder med støy. På i bydeler med mye støy bor det flere i alderen 20-44 år og færre barn og ungdommer, mens inntektsnivået generelt er høyere. Videre finner de at støy henger positivt sammen med befolkningstetthet og endringer i befolkningssammensetningen, mens det er negative sammenhenger med fødsels- og dødsrater. Det er sett på sammenhenger, det sies ikke noe om årsaker til at befolkningen har dårligere helse i disse områdene.

Deguen og Zmirou-Navier (2010) har studert helserisiko og utsatthet for luftforurensning i Europa. Datagrunnlaget er litteraturstudier. Noen studier viste at vanskeligstilte er mer utsatt for luftforurensning enn mer velstilte, mens andre studier ikke fant slike sammenhenger. Det er imidlertid et generelt mønster at, uansett grad av utsatthet for luftforurensning, så har vanskeligstilte større helseutfordringer på grunn av luftforurensning, noe som forklares med ulik mottakelighet. Forskerne har ikke funnet europeiske studier som ser på konsekvenser for barn. Men litteraturoversikten viser til en svensk studie, Chaix m.fl. (2006) som viser at barn fra fattige nabolag (low SES (socio-economic status) neighbourhoods) var mer utsatt for NO₂ både ved boligen og ved skolen. Oversikten viste også til en norsk og en svensk studie som vi kommer tilbake til under.

Singh, m.fl. (2009) studerer nabolageffekter og barns helseproblemer knyttet til fedme og overvekt. Mer konkret var formålet å studere effekten av nabolagets sosioøkonomiske forhold og de bygde omgivelsene på barns helse i form av fedme eller overvekt. Tilgang til grønnområder er ett av flere forhold ved bomiljøet som er kartlagt. Nabolagets sosioøkonomiske forhold dreier seg om opplevelse av trygghet, omfang av søppel, hærverk eller falleferdige hus. Det inkluderer også forhold i de bygde omgivelser som tilgang til parker, friområder, fortau, og fritidstilbud som for eksempel biblioteker. Datakilder til denne undersøkelsen var statistikk fra National Survey of Childrens Health fra 2007. det ble også gjennomført en telefonbasert survey om barns og voksnes helse samme år.

Funn fra studien er at sjansen for at barn lider av overvekt er 20-60 prosent høyere for barn fra ”belastede” områder. Effekten er

større for jenter og yngre barn. Barn fra etniske minoriteter eller sosialt vanskeligstilte har større sjanse for å bo i belastede nabolag enn andre. Foreldrenes utdanningsnivå har betydning for hvorvidt barna bor i belastede områder: 50 prosent av barn med foreldre med bare grunnskole bor i områder der de ikke har tilgang til rekreasjonsmuligheter eller andre felles ressurser (community center), mens det gjelder for 29 prosent av barna med foreldre som har universitets- eller høyskoleutdannelse. Forfatterne drøfter svakheter ved studien, bl.a. at man ikke har data om barnas kosthold og foreldrenes status mht fedme, noe som delvis ville kunne forklare de nabolagseffektene man har sett. Forfatterne konkluderer likevel med at:

Community based approaches that are designed to improve the broader social, physical, and built environment of local residents could be a strategi for tackling the growing epidemic of childhood obesity (Singh m.fl., 2009:511).

I London er det i gang en studie av Smith m. fl., (2012) som skal ta for seg resultater blant annet for helse av byfornyelsesprosjektene som ble satt i verk i tilknytning til OL i 2012. OL var plassert i London Øst, i områder som ble karakterisert som å være problemområder mht fattigdom og som derfor var i behov av oppgradering. Oppgradering ble gjennomført angående anlegg, tjenester, bolig og den bygde infrastrukturen, dette inkluderer parkområder (Smith mfl., 2012; Thompson mfl., 2013). For å undersøke om slike byfornyelsesprosjekter har effekter for de sosiale og økonomiske helsedeterminantene ble det laget et design for studiet som omfatter fire bydeler med høy arbeidsledighet, høy kriminalitet og lav utdanning blant innbyggerne. Utvalget for undersøkelsen er barn og unge ved tilfeldig valgte skoler og deres foreldre. Det ble laget en baseline og det gjennomføres undersøkelser med jevne mellomrom både før og etter olympiaden. Det brukes kjente og validerte målemetoder for familieinntekt, mental helse, fysisk helse, samt for oppfatninger av om det er mulig å gå eller sykle i nabolaget. Det er dessverre slik at artikler fra prosjektet som sier noe om resultater fortsatt er i review-prosess og resultater som er gjort kjent for publikum er kun dem som finnes på hjemmesiden:

http://www.orielproject.co.uk/?page_id=63

Der kommer det fram at unge ikke følte seg tryggere i særlig grad etter byfornyingsprosessen, deres foreldre følte seg litt tryggere. Det er ikke mulig å si at prosjektet medførte at flere mente at de hadde tillit til for eksempel skolen sin eller butikkeiere. Foreldre og foresatte ble spurt om de var enige i at idrettslag og anlegg tilbød muligheter til å trene, det var en 5 prosent økning fra 60 til 65 prosent som svarte ja etter at lekene var gjennomført.

Bolte mfl. (2009) har sett spesielt på barns utsatthet for flere typer utslipp som kan være kumulative i sin påvirkning av helse. Data er litteraturstudier. De viser at barn som lever under vanskelige sosiale forhold (adverse social circumstances) lider under flere samtidige og kumulative påvirkninger (multiple and cumulative exposures), og de viser til at:

Low socioeconomic position is associated with increased exposure to traffic related air pollution, noise, lead, environmental tobacco smoke, inadequate housing and residential conditions and less opportunities for physical activity (Bolte mfl., 2009:)

Barn fra etniske minoriteter er altså i større grad utsatt for å bo, leke eller gå i skole i mer trafikkfarlige områder.

Forfatterne påpeker videre at helsekonsekvenser for barn av å vokse opp i slike områder er store. Barn er, som nevnt, mer utsatt for negative belastninger fra omgivelsene sammenlignet med voksne fordi de vokser og fordi barn spiser og drikker mer og puster inn mer luft pr kg kroppsvekt enn voksne. De oppholder seg også mer nær bakken enn voksne. En studie fra Malmø i Sverige viste at barn i trafikkbelastede områder hadde høyere verdier av nitrogendioksid (NO₂)⁵ i blodet sammenlignet med barn som bor i områder med mindre trafikk.

Tema for litteratursøket var studier av sammenhenger mellom sosioøkonomiske forhold (inntekt eller utdanning), barns

⁵ Utsatthet for nitrogendioksid kan medføre økt mottakelighet for infeksjoner, irritasjon og betennelsesreaksjoner i luftveiene, forverring av akutt og kronisk bronkitt, astmaanfall og økt dødelighet av luftveis- og hjerte-karsykdommer (http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6493&Main_6157=6287:0:25,5497&MainContent_6287=6493:0:25,5529&Content_6493=6441:71846:0:6446:4:::0:0)

miljømessige utsatthet (environmental exposures) og miljømessige helse (environmental health). De tar utgangspunkt i at sosioøkonomisk status er årsak til dårlig bolig, samt dårlig bomiljø og helse. I den grad de finner at barn i utsatte boområder har mer giftstoffer i blodet enn barn i andre områder er det trolig etablert en nokså tydelig kausal sammenheng.

3.3.1 Nabolag, barn og helse i Norge

Vi har en lang tradisjon for å ivareta hensynet til barn og unge i fysisk planlegging i Norge. RPR (Rikspolitiske retningslinjer for barn og planlegging) ble vedtatt i 1989. I rundskriv T-2/08 "Om barn og planlegging" påpeker Miljøverndepartementet (2008) at "Hensynet til barn og unges oppvekstvilkår må komme på dagsorden igjen". Det vises til en evaluering som dokumenterte at det ofte er andre hensyn som vinner frem når det oppstår konflikter mellom ulike interesser der barn og unge er en av dem. Bestemmelsene i RPR er ikke endret. Veileder i miljørettet helsevern (sosial- og helsedepartementet) viser til RPR for barn og unge som et viktig lovverk for å sikre gode bomiljø og sosialt nettverk.

Kjelvik (2012) har sett på barns oppvekstvilkår i Norge. Basert i SSBs levekårsdata viser Kjelvik blant annet at vel halvparten av små barn har tilgang til trygge lekeområder nær boligen, definert som et område på størrelse med minimum en fotballbane innen 200 meter fra boligen. 55 prosent av barn i alder 0-5 år hadde trygg tilgang til lekeområder i 2004. Andelen var økt til 58 prosent i 2007. For barn i alderen 6-15 år var andelen på 61 prosent i både 2004 og 2007 (Kjelvik, 2012). Det er ikke vesentlige forskjeller på tilgangen på trygge leke- og rekreasjonsområder mellom husholdninger med lav og høy inntekt, men tydelige forskjeller når man ser på utdanningsnivå. I husholdninger der foreldrene har grunnskolenivå som høyeste utdanningsnivå hadde 46 prosent av de minste barna tilgang til trygge lekeområder, mens det gjaldt 62 prosent av barna i husholdninger der foreldrene hadde høyere utdanning. Det er også geografiske forskjeller. På Vestlandet har bare halvparten av de minste barna trygg tilgang til lekeområder, mens det gjelder to av tre barn i Trøndelag, Agder og Rogaland (Kjelvik 2012:18). Denne undersøkelsen er opptatt av hvor mange som har tilgang til ulike fasiliteter og den ser tilgangen i

sammenheng med sosioøkonomiske forhold, men uten å ha ambisjoner om å si noe om hvordan dette knytter an til bolig.

I spørsmålet om trafikkfare, støy og forurensning viser Kjelvik (2012) at i gjennomsnitt bor mer enn hvert fjerde barn i områder som er trafikkfarlige for små barn. For barn i alderen 0-5 år har andelen økt fra 2001-2007. Økningen er størst for barn i alderen 0-5 år. 20 prosent av disse bodde i trafikkfarlige strøk i 2001, mens det gjelder for 30 prosent i 2007. Det påpekes at mange familier med små barn bor i sentrumsnære strøk, men flytter til mer barnevennlige områder før skolealder. Det påpekes at økonomi generelt har stor betydning for familiers valg av bosted, men at det er lite variasjon mellom familier med lav inntekt og familier med høy inntekt når det gjelder trafikkfarlige boområder. For de yngste barna ser det ut til at barn fra høyinntektsfamilier i noe større grad er bosatt i trafikkfarlige områder enn barn fra lavinntektsfamilier. For de eldste barna er trenden motsatt, men for begge aldersgruppene er forskjellene mellom lav- og høyinntektshusholdninger små. Om barna bor i trafikkfarlige områder varierer i større grad med husholdningens høyeste utdanning. Nesten halvparten av de yngste barna i familier der foreldrene har grunnskole som høyeste utdanning bor i trafikkfarlig område. Blant barna som bor i husholdninger med videregående eller høyere utdanning var andelen langt lavere, på henholdsvis 26 og 28 prosent (Kjelvik, 2012:19). Antall barn som blir skadet i trafikken har imidlertid gått ned.

Studien viser videre at barn som bor i by er mer utsatt for dårlig luftkvalitet fordi overskridelser av grenseverdiene forekommer hyppigst i byene. Noen barn bor i boliger hvor luftkvaliteten er et problem, og problemet er størst blant barn fra familier med lav inntekt og utdanning. Den viser også at hvert fjerde barn og ungdom er utsatt for veitrafikkstøy over 55 dB, som er den anbefalte grensen for støy fra vei. Støyplager er ujevnt sosial fordelt med forskjeller mellom ulike utdanningsgrupper.

Stefansen og Turner (2012) oppsummerer forskningen fra 2000-tallet knyttet til blant annet nabolageffekter blant barnefamilier med lav inntekt. Mulige helseeffekter omtales ikke nødvendigvis direkte, men mer generelt i form av ulikhet i oppvekstvilkår, livskvalitet eller skoleprestasjoner som kan ha effekter for utdanning og inntekt senere i livet. Studier av nabolageffekter er

dominert av amerikansk, nederlandsk og svensk forskning. De påpeker at:

Forskningen visar med all tydlighet att bostaden och bostadsområden har betydelse för barns uppvekstvillkor. (Stefansen og Turner 2012:73)

Om barn som vokser opp i områder med høy konsentrasjon av fattige sies det:

En oppvåkst i dessa områden sätter sin pregel på barns levnadsvillkor og livschanser” (ibid:73).

De påpeker at selv om levestandarden i Norge er blant de høyeste i verden forekommer det også fattigdom forstått som relativ fattigdom i Norge. Spesielt enslige forsørgere er en utsatt gruppe. Bolig og bomiljø har imidlertid vært mindre vektlagt i Norge sammenlignet med andre land. De påpeker også at norske bomiljøer ikke har så store homogene bomiljøer preget av leieboliger (kommunale boliger eller andre typer leieboliger) sammenlignet med andre land. Det finnes imidlertid også i Norge boligområder som er kjennetegnet av en høy konsentrasjon av fattige. De peker videre på trangboddhet og dårlig vedlikeholdte boliger med derav følgende økt sykkelighet og hvordan barns normer og atferd påvirkes av slike nabolagseffekter. Det finnes en del forskning i Sverige på nabolagseffekter der en især har studert effekter av sosialt og fysisk blandede områder. Det begrunnes med at en i Sverige har hatt dette som et viktig boligpolitisk mål som et virksomt middel for å motvirke segregasjonens negative effekter. Den amerikanske forskningen har derimot fokusert mest på utsatte boligområder. De oppsummerer med at forskningen blant annet har vist at en oppvekst i utsatte boligområder kan ha betydning for barns skoleprestasjoner og fremtidig yrkeskarriere (Stefansen og Turner, 2012:73). Forskningen kjennetegnes av at:

”...det saknas entydiga svar på frågan om vad slags effekter som uppkommer i olika typer bostadsområden och vilka individer som påverkas” (ibid:61)

Forfatterne påpeker også at vi vet lite om hvordan foreldre håndterer det at barna vokser opp i belastede nabolag. De viser til en svensk studie der en fant stor variasjon i hvor stor betydning

nærmiljøet har for deres hverdagsliv. Noen barn levde et ”rumslig utbredt” hverdagsliv, mens andre levde et ”rumslig koncentrerad” hverdagsliv (Stefansen og Turner, 2012:47). For den sistnevnte gruppen vil negative forhold ved nærmiljøet ha større betydning enn for den første gruppen. De viser også til amerikansk forskning der en fant at for barn av arbeiderklassen og barn fra fattige familier var nærmiljøet en mye viktigere arena for lek og utfoldelse enn for barn av middelklassen. Det kan ses som et paradoks siden nabolaget til middelklassebarna ofte er både tryggere og bedre utstyrt enn nabolaget til arbeiderklassebarn og barn i fattige familier. Forfatterne oppsummerer med at det er behov for mer forskning om norske forhold. De tar også forbehold om at mye av forskningen ikke handler om barnet og ikke inkluderer barndomssosiologiske teorier og at nye flernivåstudier i større grad vil kunne belyse et komplekst forskningsfelt (Stefansen og Turner, 2012:75).

Allergi hos barn

Kunnskapssenteret har gjennomført en systematisk litteratursøk for å kartlegge forekomsten av allergi hos barn. Det ble søkt etter litteratur i medisinske databaser fra og med 2009 til 2012. av i alt 450 referanser ble 81 vurdert som relevante. Av disse er det i alt 22 oversikter som omfatter faktorer knyttet til barnets omgivelser. Vi skal her oppsummere studier som har sett på sammenhenger mellom det ytre miljø i bomiljøet og forekomsten av allergi hos barn. Resultatene fra studiene er her gjengitt fra Kunnskapssenteret (2012):

Det er signifikante sammenhenger mellom forekomsten av NO₂ og astma og luftveisproblemer blant barn. Barn som bor eller lever i områder med mye forurensning fra motorisert trafikk er mer utsatt for astma og luftveisproblemer (tungpusthet) enn andre. Det refereres noe større sjanse for eksem blant barn som bor i urbane miljøer sammenlignet med barn i mer rurale omgivelser. I Canada er det gjort en undersøkelse der det, på bakgrunn av en rekke faktorer i omgivelsene som NO₂, ETS (etanol), mus og kakerlakker, fukt og mugg, hund og katt med mer, konkluderer med at barn som utsettes for slike faktorer er mer utsatt for astma enn andre. Noen av disse faktorene er åpenbart knyttet til innemiljøet i boligen, mens NO₂ mest sannsynlig skyldes forurensning i omgivelsene. Sammenhenger mellom kjæledyr og

astma er mer komplekse, og det påpekes behov for mer forskning for å forklare sammenhengene.

Kunnskapssenteret har ikke oppsummert gjennomgangen av litteratur. Vi har oppsummert denne korte presentasjonen med at forurensning i omgivelsene ser ut til å ha negativ helseeffekt for barn i form av økt forekomst av astma og luftveisproblemer.

3.4 Nabolag og mental helse

På samme måte som urban form kan påvirke den fysiske helsen, kan den også påvirke den mentale helsen. I en forholdsvis ny forskningstradisjon blir det stilt spørsmål som tilgangen til tjenester, kommunikasjon, grøntområder og muligheter til fysisk aktivitet, samt kvaliteten på boligområdet påvirker vår mentale helse. Mental helse dreier seg også om identitet og tilhørighet, trygghet og sosiale nettverk eller sosial kapital og dette er også tema i slike studier. Sosial kapital defineres som tillit, normer og nettverk som kan forbedre samfunnets effektivitet ved å legge til rette for felles handling (Putnam 1996:201). Putnam hadde et særlig fokus på samhold og tillit på makronivå. Elementene ved sosial kapital som antas å bidra til god psykisk helse er opplevelsen av sosial sammenheng, støtte, integrasjon og deltakelse. Sosial kapital kan ha både kognitive og strukturelle komponenter og enkeltpersoner kan få tilgang til sosial kapital gjennom familien, det nære nettverket og de større nettverkene det inngår i. Slike nettverk kan nabolaget bidra til å etablere og vedlikeholde.

Fordi bomiljø kan forstås som samspillet mellom beboerne, omgivelsene og den sosiale organiseringen (Ås 1977), kan boformen bidra til å øke den sosiale kapitalen. Dvs. at det er hypoteser om at sosial kapital kan øke deltakelse, skape stabile relasjoner mellom naboer, bidra til å utvikle gjensidig tillit, og til en viss grad også bidra til å utvikle felles normer og verdier.

Litteraturen vi har funnet fram til omfatter både strukturelle nabolagskomponenter som er knyttet til bygningsmasse, opphopning av fattigdom og ustabilitet i boligområdet, og til kognitive komponenter. Slike komponenter er knyttet til oppfatning av det sosiale miljøet, involvering og deltakelse, samt til følelser angående sosial kontroll, tillitt, etc. (O'Campo m. fl., 2009; Almedom og Glandon, 2008).

I 2009 gjennomføres det en interessant studie av sammenhenger mellom karakteristika ved nabolag og mental helse av O`Campo m fl. Den er basert i kvalitativ metode, en tilnærming som kalles "concept mapping" der deltakerne skal knytte sammen ord og begreper som de, i dette tilfellet, mener beskriver et nabolag slik at det dannes et figurativt bilde av sammenhenger. Begrepene som deltakerne skulle gruppere sammen kan grupperes under tjenester, grønne omgivelser, nabolagsstøtte, den sosiale sammensettingen av nabolag, om de har råd til å handle der (affordability) og negative lokalsamfunnsfaktorer. Denne siste omfattet vold, kriminalitet, støy, vandalisme og grafitti, blant annet. Deltakere oppga langt flere verdier for god mental helse enn for dårlig, det som ga verdier for dårlig mental helse var knyttet til de negative lokalsamfunnsfaktorene. Utover det var lav inntekt, arbeidsløshet i området, diskriminering og uansvarlige huseiere knyttet til dårlig mental helse. Det som ble vurdert positivt var blant annet tilgang til tjenester, offentlig kommunikasjon, samhold i nabolaget og tilgang til grønnområder (O`Campo m. fl., 2009). Denne studien har ikke til formål å si noe om årsakene til observasjonene som gjøres, men den drar opp problemstillingen om sammenhenger mellom nabolag og mental helse og har medvirket til at også andre har stilt slike spørsmål i sine studier.

Miles m fl., (2010) har gjennomført en studie der de ser på sammenheng mellom urban form og sosialt miljø, og depressive symptomer i et nabolag i Miami, Florida. Indikatorer på god urban form er tettbygghet, grøntområder og differensiert struktur av bygninger. Slike nabolag fremmer fysisk aktivitet og de fremmer integrering. I studien brukes det data fra en survey som er gjennomført og som kobles med data fra en folketelling. Variablene fattigdom, stabilitet i nabolaget og alderskonsentrasjon inkluderes i analysene som gjennomføres på krets nivå. Innledningsvis fant de at områder med differensiert struktur av bygninger, men med høy andel boliger var fattigere enn andre områder og at det bodde flere gamle der. I neste steg i analysene kontrollerte de for alder, kjønn, etnisitet, ekteskapeelig status, handikapp, utdanning, arbeidsledighet og eie-leieforhold. I denne delen av analysen fant de at det ikke var effekter på den mentale helsen av å bo i områder med tett bebyggelse eller differensiert bygningsmasse. Tilgang til grønne områder hadde en positiv effekt. I tredje steg i analysen ble trafikk introdusert som variabel. Denne

hadde stort utslag og kan knyttes til depresjon på grunn av støy. De som bodde nært grønne omgivelser hadde færre indikasjoner på psykisk uhelse enn andre også i denne runden av analyser (Miles mfl., 2010).

Bygningsmiljøets utforming, design med videre, kan ha en psykososial innflytelse, positiv eller negativ. Dette drøftes i en morsom britisk studie som summerer opp noen funn fra det såkalte *Scotland's Housing and Regeneration Project (SHARP)* (Gibson mfl., 2011:2). Basert på kvalitative intervjudata gir studien innsikt i betydningen av bomiljøers utforming for beboernes mentale helse, samtidig som den synliggjør kvalitative metoders egnethet for å fange opp de kausale mekanismene som knytter endringer i bomiljø til mental helse.

Prosjektet benyttet et kvasiekperimentelt design for å evaluere betydningen av relokalisering og nybygging på psykisk helse. Dette omfattet blant annet flytting til nye bygninger for lavinntektsgrupper, og i noen tilfeller også til nye boområder. 71 prosent av husholdningene under programmet hadde en inntekt under 15000 pund pr år i 2003/2004. Data ble samlet inn via spørreskjemaer på tre ulike tidspunkter.

Studien viser til hvordan lavinntektshushold selv rapporterer endringer i sin mentale helsesituasjon som følge av å flytte fra leiligheter til hus. Indikatorene omfatter forhold som humør, livskvalitet, velbefinnende, mental og fysisk helse (Gibson mfl., 2011:2:563).

Mens respondentene viste til en rekke vansker med sin tidligere bolig som fukt, råte, utilstrekkelig oppvarming, tettbodddhet, støy, etc., gir bare noen få av respondentene gir uttrykk for slike vansker i knyttet til sin nye bolig. De fleste respondentene er svært fornøyd med sin nye bolig og bomiljø. De fleste gir uttrykk for bedre varme, mer rom etc, bedre gatenett, noe som i sum gjorde respondentene langt mer fornøyd. Dette hadde i sum stor betydning for deres mentale helsetilstand, slik de selv rapporterer den. Opplevelsen av endrede psykososiale prosesser knyttet til økt kontroll, privatliv og "sociability" er høy. Det å flytte fra leilighet til egen bolig med egen inngang, bedret respondentenes mentale helsetilstand og opplevelse av velvære (Gibson mfl., 2011:2:569).

Forskerne konkluderer med at det er behov for mer forskning som baserer seg på slike kvasiexperimentelle prosjekter som direkte måler effekter av det å flytte fra en bolig og et bomiljø til et annet. Slikt sett gir studien sjelden innsikt i kausalmekanismer knyttet til boligen og bomiljøet, selv om funnene også må sies å være meget kontekstspesifikke. Rekruttering til prosjektet og flyttingen var også basert på selvseleksjon, noe som også kan gi skjevheter i funnene. De som meldte seg frivillige til å delta i flyttestudiet, kunne også være de som potensielt kunne være mest tilbøyelig til å oppnå positive effekter som følge av flyttingen. Dette vil alltid være en utfordring når personer frivillig deltar i et surveyutvalg. Uansett er studien et morsomt supplement til innsikt i mekanismene mellom bolig og bomiljø på den ene siden og helse på den andre siden.

Barrington mfl., (2014) har sett på sammenhengen mellom fattige nabolag, oppfatning av nabolag og innbyggeres stress. De viser til at sammenhengen mellom fattige nabolag eller andre uttrykk for lav sosial status og stress er vel dokumentert, og at dette stresset virker inn på beboernes psykiske helse. I fattige nabolag, resonnerer de, vil beboere være redde for kriminalitet og de vil oppfatte at de i liten grad kontrollerer faktorer i nabolaget. Deres studie fokuserer på sammenhengen mellom indikatorer for å være red for kriminalitet og manglende sosial kontroll, begge faktorene er undersøkt ved hjelp av batterier av spørsmål som har vært brukt også i andre studier, og mengden kortisol i spytt. Kortisol er da en indikator for stress. Det kontrolleres for kjønn, inntekt og yrkesaktivitet. Redsel for kriminalitet påvirker ikke kortisolnivåene, det gjorde imidlertid fattigdom og mangel på sosial kontroll. De påvirker kortisolnivåene hos kvinner i større grad enn hos menn. Resultatene diskuteres mot resultater i andre studier. Det konkluderes ikke om sammenhengene er robuste eller ikke (Barrington mfl., 2014).

En studie fra Norge viser at eldre som bor i et bomiljø med tilgang til felles oppholdsrom, trimrom med mer og muligheter for å delta i ulike aktiviteter er mer fysisk og sosialt aktive enn tidligere, og de mener selv at det har en positiv helseeffekt, se Schmidt mfl., (2013). Studier fra Danmark der en sammenlignet beboere i såkalte seniorbofellesskap der det er tilrettelagt for fellesskap og samvær, med seniorer bosatt i ordinære boliger, viser at beboerne i de

tilrettelagte boligene opplever større grad av trygghet og økt livskvalitet enn andre (Pedersen 2013, Hansen m.fl.2000).

3.4.1 Sosial kapital og mental helse

Det finnes mye litteratur der en har sett på betydningen av sosial kapital, ulike mekanismer for inkludering/ekskludering, sosial deltakelse og tilhørighet til nabolaget. Litteraturen er dominert av amerikansk forskning, med unntak av noe forskning fra Sverige. Vi har ingen tilsvarende norske studier.

Bask, M. (2010) har sett på betydningen av økt ulikhet når det gjelder tilfeller av sosial eksklusjon i Sverige i perioden 1979-2003. Data er fra svenske levekårsundersøkelser. Mål for sosial eksklusjon er at en er utsatt for minst to av seks velferdsproblemer:

1. langtidsledig (kronisk ledighet)
2. økonomiske problemer
3. helseproblemer
4. trangboddhet
5. utsatt for trusler og vold
6. mangel på sosiale relasjoner

De finner at innvandrere ikke har blitt bedre integrert over tid. Menn er mer utsatt for å bli sosialt ekskludert enn kvinner, men det er svak tendens til at deres relative situasjon har blitt bedre. Sannsynligheten for å bli sosialt ekskludert har økt over tid for enslige forsørgere sammenlignet med par uten barn. Sannsynligheten for par med barn for å bli sosialt ekskludert over tid har minket. Det har dermed blitt større sosiale forskjeller over tid mellom disse gruppene. I analysen er det fokusert på sosial eksklusjon og det er kontrollert for kjønn, alder, familietype, etnisitet, utdanning og sosioøkonomisk bakgrunn. Det sies ikke noe om årsaker, men det ser ut til at det er mulig å peke på at dårlig bolig og helse likestilles som mål på sosial eksklusjon. Slike årsaker er likevel avhengig av bakgrunnsvariablene.

Studien kan ses som interessant også for norske forhold siden Sverige og Norge er forholdsvis like samfunn. Konklusjonen som viser at enslige forsørgere er særlig utsatt for sosial eksklusjon kan være viktig funn siden det får konsekvenser for barns

oppvekstvilkår. Barns oppvekstvilkår har betydning for helsen på lang sikt.

Lindèn-Boström (2010) har sett nærmere på tidligere studier vedrørende sosial kapital og tilhørighet som viste store forskjeller i helse mellom ulike nabolag i Örebro kommune i Sverige.

Datagrunnlaget er survey til alle voksne (18-84 år) innbyggere i kommunen. Avhengig variabel i undersøkelsen er selvrapportert helse. Uavhengige variable er forhold ved nabolaget, boligforhold, risikofaktorer som alkoholproblemer og lignende og egen helse. Metoden som er brukt er multivariat logistisk regresjon. Modellen som er laget er kompleks og har syv trinn som spesifiserer ulike sammenhenger. Denne viser at strukturelle forhold ved nabolaget som boligområdet, eierforhold, stabilitet og folks oppfattning av nabolaget sammen med individuelle faktorer som sosiodemografiske forhold og egne erfaringer med kritiske hendelser påvirker tillit og sosial kapital og dermed selvrapportert helse.

Forskerne konkluderer med at studien bekrefter at nabolag og sosial kapital har betydning for helse og at nabolaget kan være arena for tiltak som skal styrke sosial kontakt og støtte. De viser at det er sammenheng mellom selvrapportert helse og sosial kapital som mangel på personlig støtte og manglende opplevelse av å være verdifull (at noen har bidratt til at respondenten føler seg verdsatt (proud)). Denne sammenhengen er til stede også etter kontroll for ulike andre variable som har sterk betydning for helse som alder, om man er uføretrygdet, etnisitet eller har økonomiske vansker. Dårlig selvrapportert helse var mer vanlig i områder dominert av store blokker i byens periferi. De som hadde bodd der i 1- 5 år rapporterte i større grad om dårlig helse sammenlignet med de som hadde bodd der i lengre tid.

Mohnen m.fl. (2012a) viser til at mye forskning viser sammenhenger mellom sosial kapital og helse, og ønsket å studere mekanismene bak disse sammenhengene nærmere. Spørsmålet dreier seg om hvorvidt helserelatert atferd kan formidle – være en mediator – mellom sosial kapital og egenrapportert helse.

De definerer sosial kapital i nabolaget som tilgang til ressurser i nabolaget som skyldes et ”friendly, well-connected and tightly knit neighborhood community”. Avhengig variable er selvrapportert helse som god/dårlig. Individuell helseatferd måles langs fem

variable: røyking, alkoholforbruk, søvn, kosthold og fysisk aktivitet. Individuelle kontrollvariable er kjønn, alder, etnisitet og sosial status. Den sentrale uavhengig variable på nabolagsnivå er sosial kapital og endringer i sosial kapital. Data er hentet fra ”Dutch housing demand survey, WBO i 1998 og WoON i 2002. 29 personer i hvert nabolag svarte på surveyen om sosial kapital og disse data ble aggregert til nabolagsnivå gjennom ved hjelp av en spesiell metodisk teknikk kalt ”ecometric methodology”. Kontrollvariable på nabolagsnivå var inntektsnivå, urban tetthet og kvaliteter ved området målt som boligvedlikehold (bra eller dårlig på en skala). Det ble brukt en flernivåmodell for analyse.

Forfatterne finner at modellen viser direkte effekt av sosial kapital på selvrapportert helse og indirekte effekt (mediator) via helserelatert atferd (fysisk aktivitet osv.). Videre finner de at i nabolag med høy grad av sosial kapital er folk mer fysisk aktive og det er mindre sannsynlighet for at de røyker. Dette har positiv betydning for selvrapportert helse. Fysisk aktivitet er mest sensitiv i forhold til nabolagets sosiale kapital, mens dette ikke har forklaringskraft i forhold til andre former for helseatferd. Det forklares blant annet med at fysisk aktivitet skjer utendørs, mens røyking osv skjer innendørs. Det ser ut som at nabolag der det er mye tillit – cohesive neighborhoods – utvikler sosiale normer om fysisk aktivitet og at det er den viktigste forklaringen på den direkte effekten av sosial kapital på egenrapportert helse.

Det er ikke mulig å fastslå en tydelig årsakssammenheng, og det kan være reversert kausalitet som observeres. Forskerne tar forbehold om at en ikke kan utelukke at det nettopp er fordi folk er mer ute og trener at det utvikles mer sosial kapital. De tar også forbehold om at man ikke har testet om helseatferd kan bli påvirket negativt gjennom normer i nabolaget. De konkluderer derfor med at siden man ikke kan fastslå en tydelig årsakssammenheng bør det, dersom en skal vurdere tiltak i nabolaget, dreie seg både om å stimulere til sosial kontakt og fysisk aktivitet (Mohnen mfl., 2012a).

De samme forskerne har også studert hvorvidt tidsperspektivet og omfanget eller intensiteten av sosial kapital har noe å si for selvrapportert helse (Mohnen mfl., 2012b). Forskningsspørsmålene var 1) øker effekten av nabolagets sosiale kapital med hvor lenge man har bodd der og 2) er effekten av sosial kapital større for

grupper som bruker mer tid i nabolaget (barn og eldre). De fant at for folk som har bodd mellom syv og 22 år i samme nabolag er det sterkere sammenheng mellom sosial kapital i nabolaget og egenrapportert helse sammenlignet med de som har bodd der i mindre enn syv og mer enn 22 år. For disse har sosial kapital i nabolaget ingen sammenheng med helse. Sammenhengen er altså ikke lineær, og det tar tid før effekten av sosial kapital slår ut. Sosial kapital i nabolaget har særlig betydning for voksne med små barn fordi det antas at sosial kapital er mer intensiv for denne gruppen.

En tidligere studie av de samme forfatterne (Mohnen mfl., 2011) er basert på data fra bolig- og levekårsundersøkelsen i Nederland i 2006. Denne kobles mot et datasett som beskriver ulike nabolag, blant annet urbane versus rurale strøk. Basert i tverrsnitts- og flernivåanalyser finner de, i likhet med tidligere studier, at det er positiv sammenheng mellom sosial kapital og helse. De finner blant annet at folk i mer urbane nabolag profitterer mer på sosial kapital enn folk i mer rurale strøk på tross av at de har mindre tilgang på sosial kapital. Det betyr at tilgang til sosial kapital ikke er det samme som å nyttiggjøre seg den, og at det er behov for bedre å forstå hvordan folk tar i bruk sosial kapital.

Poortinga (2012) ønsket å si noe om hvorvidt ulike former for sosial kapital kan nyansere og forklare helseeffektene av å bo i fattige nabolag (deprived neighbourhoods). De viser til mye forskning som har påvist at folk som bor i slike nabolag rapporterer om dårligere helse enn andre. Selvrapportert helse er avhengig variabel også hos disse forfatterne. Som uavhengig variabel ønsket en å se på effektene av tre typer sosial kapital: bonding (tillit og tilhørighet til nabolaget), bridging (sosial kontakt på tvers av etniske grupper), og aspekter av "linking" sosial kapital (politisk deltakelse). Data er English Citizenship Survey 2007 og 2009. Basert i tverrsnittsanalyser fant de at det ikke bare er sammenheng mellom "bonding" sosial kapital og selvrapportert helse, men også mellom "bridging" sosial kapital, altså sosial kontakt mellom grupper med ulik bakgrunn. Det betyr at både bonding-, bridging- og linking sosial kapital har betydning for folkehelsen.

En studie fra England behandler effekten av sosial deltakelse på folkehelsen (Milton mfl., 2012). Forskerne viser til at nasjonale helsemyndigheter har stort fokus på deltakelse i lokalmiljøet

(community engagement) for å forbedre folkehelsen, men at det finnes få forsøk på å studere effektene systematisk. Denne studien er en systematisk litteraturstudie. Forskerne fant at det er en positiv sammenheng mellom deltakelse i lokalsamfunnet og det å ta vare på husene sine (housing management), opplevelsen av kriminalitet i området og informasjonsflyten mellom folk i området og tjenestene som er lokalisert der, private og offentlige. Det ble ikke funnet noen effekt på tjenestekvalitet i området. Det var også vanskelig å si om sosial deltakelse hadde noen effekt på helse, fordi ingen studier inkluderte mål på helse direkte. Forskerne tar derfor forbehold om hvorvidt funn kan knyttes til sosial deltakelse, blant annet fordi en ikke i tilstrekkelig grad har kontrollert for bakenforliggende faktorer. Funn hadde også blitt styrket dersom en for eksempel hadde tall for faktisk kriminalitet i stedet for folks opplevelse av omfang av kriminalitet. De foreslår at en ideelt sett bør studier ha et eksperimentdesign, utføres som målinger før og etter at tiltak er iverksatt eller at det tas i bruk målinger over tid (longitudinelle data).

Darcy mfl. (2014) brukte en helt annen metode for å analysere forhold i nabolaget og betydning for helse og wellbeing i en by i USA. De utstyrte 18 beboere med fotoapparat og invitert dem til å ta bilder i nabolaget, et boligprosjekt beskrevet som kommunale boliger, altså leieboliger. De ble bedt om å beskrive deres opplevelse av egne omgivelser. Deretter deltok de i flere workshops over en periode på noen uker, med møter to ganger i uken. Alle deltakerne var Afrikansk-Amerikanere, i alderen 12- 67 år, de fleste var kvinner (83 prosent). Forskerne argumenterer for at forhold i omgivelsene (socio-environmental factors) har betydning for helse langs fem ulike dimensjoner: Tilknytning til sted, deltakelse og tilhørighet, sosial kapital, lokalsamfunnsutvikling og kollektiv handling. Forskerne diskuterer blant annet betydningen av sosial kapital og finner at det i dette tilfellet først og fremst dreier seg om bonding sosial kapital, altså sosiale relasjoner og støtte mellom naboer i boligbebyggelsen, og at det genererer lite bridging sosial kapital til fordel for hele nabolaget. Spørsmål om kausalitet og årsakssammenhenger problematiseres ikke.

3.4.2 Nabolag, barn og mental helse

Vi har få studier der en har sett spesielt på bomiljøets betydning for barns mentale helse. Det meste av denne litteraturen dreier seg om nabolageffekter på barns skoleprestasjoner. Noen norske studier drøfter konsekvenser av dårlig bomiljø for barn når det gjelder muligheten for å ha venner på besøk. I veileder for miljørettet helsevern (Sosial- og helsedirektoratet 2003) påpekes betydningen av sosialt nettverk. Sosial integrasjon og tilhørighet har betydning for individet og spesielt psykisk helse. Det påpekes her at dette avhenger av livsfaser og livssituasjon, og at særlig eldre, barn og andre som er mye hjemme er spesielt avhengige av nabokontakt og kvalitetene i bomiljøet.

Nabolag, sosial kapital og barns mentale helse

Vyncke mfl., (2013) har studert nabolag og betydningen av sosial kapital for barns helse. Datagrunnlaget deres er litteraturstudier fra 1990-2011 fra vestlige land og det er gjort søk i tre elektroniske databaser. Litteratursøk ble avgrenset til å omhandle kvantitative studier med bruk av statistiske analyser. Man fant åtte studier som relevante, bare to fra Europa, de andre fra USA og Canada. Formålet med studien var å studere sosial kapital som en mellomliggende og modifierende effekt (mediating and/or moderating effect) på forholdet mellom SES (Socio economic structures) og helse blant barn og voksne.

De konkluderer med at sosial kapital i nabolaget kan spille en rolle i utformingen av helsegradienten for barn og unge. Forskerne sier likevel at funn må tolkes med forsiktighet, og tar forbehold om overføringsverdi for europeiske forhold. Det er behov for mer forskning om europeiske forhold for å kunne si noe om dette og hvorvidt funn kan ha gyldighet i en europeisk kontekst.

Nabolageffekter på barns skoleprestasjoner

Stefansen og Turner (2012) drøfter mulige nabolageffekter på barns skoleprestasjoner. En studie fra Nederland tyder på det er en sammenheng mellom utsatte boligområder og dårlige skoleresultater. Den sterkeste effekt har områdets sosioøkonomiske sammensetning forstått som andel med lav inntekt eller på ledighetstrygd. Det kan blant annet henge sammen med at dette er områder med svakere sosiale nettverk, en kollektiv

sosialisasjonsprosess og generelt manglende muligheter. Det vises også til tidligere studier som tyder på at barn i slike områder mangler forbilder i form av voksne som er i jobb. På den andre siden vil skoleprestasjoner avhenge av både individ og foreldrenes ressurser. Selv om en konkluderer med at "...magnituden av dessa effekter är förhållandevis begränsade" så påpeker en likevel at nettopp tiltak på nabolagsnivå kan være enklere å iverksette enn tiltak rettet mot barn eller familien (Stefansen og Turner, 2012:68).

Forskningen reiser også spørsmålet hvorvidt ressursvake barn kan tjene på å flytte til mer ressursrike områder. Det vises blant annet til en svensk studie som viste at ressursvake barn til og med kan tape på å bo i eller gå på skole i mer ressurssterke områder. Det forklares med at det kan bli økt konkurranse om ressurser og at de opplever at de har en dårligere sosial posisjon som gjør dem annerledes eller avvikende og dermed presterer dårligere på skolen. Andre forskere har vist til at dette er effekter som foreldrene ikke opplevde å ha påvirket barna negativt. Det vises også til amerikansk forskning som ikke har gitt støtte til at det å flytte til eller gå i skole i mer ressurssterke nabolag har hatt negativ effekt på barns prestasjoner. Stefansen og Turner viser til en annen svensk studie der det hevdes at Sverige har en skolesegregasjon som kan sammenlignes med USA. De finner at skolesegregasjonen er høyere i områder med stor andel synlige minoriteter. Når man ser på studentenes skoleprestasjoner er forskjellene mindre blant studenter de innvandrerandelen er lav (Stefansen og Turner, (2012:69).

Helbig (2010) er bekymret for at bortfall av en sosial boligpolitikk og økende segregering kan få konsekvenser for barns oppvekst i Tyskland. Det vises til forskning fra USA og andre land som tyder på at oppvekst i sosialt belastede områder kan ha negative konsekvenser for barns skoleprestasjoner. Det påpekes likevel at segregasjonen i ulike nabolag i amerikanske byer er mer uttalt enn i Europa, og at man i USA i noen tilfeller snakker om slum, mens det ikke er begrep en bruker i Europa. Det er brukt kvalitative data fra Berlins ELEMENT-studie, en undersøkelse av barn i 4. og 6. klasse (10-12 år) og deres skoleprestasjoner i 2003, 2004 og 2005. Data er koblet med data som viser sosiostrukturelle mål (socialstrukturelle Merkmale)" (Helbig, 2010:663) i ulike nabolag. Metode: Multiple lineær regresjonsanalyse. Forskeren finner at barn som bor i "belastede" nabolag ikke presterer dårligere enn

andre barn, men barn som bor i bedre stilte nabolag drar positive fordeler av dette. Forskerne tar forbehold om at man ikke kan si om dette mønsteret gjelder for andre storbyer i Tyskland. De tar også forbehold om at effekten bare er vurdert for en liten aldersgruppe, og at effektene kan være annerledes for andre grupper av barn, for eksempel eldre barn og ungdom.

Analysemodellen som er brukt viser at barns prestasjoner er påvirket av forhold på nabolagsnivå (makronivå). Nabolaget får også betydning for skolen/skoleklassens sammensetning (mesonivå) og derigjennom betydning for barns prestasjoner. I tillegg inkluderer modellen forhold i familien (mikronivå) som får betydning for barns prestasjoner. Reversert kausalitet drøftes ikke.

3.5 Nabolag, fysisk og mental helse blant vanskeligstilte

Hvordan påvirker kvaliteter ved boområdet/bomiljøet helsesituasjonen for vanskeligstilte på boligmarkedet? Hvilke sammenhenger finner litteraturen som kan underbygge at det er en påvirkning mellom nabolag og vanskeligstiltes helse? Dette skal vi se på i dette avsnittet. Slike problemstillinger knytter i stor grad an til spørsmålene om sosial ulikhet i helse og sammenhenger med boligområde, men vi har valgt å ha et eget avsnitt der problemstillingene presenteres.

Kort er det også innledningsvis viktig å minne om at boligens innvendige kvaliteter og egenskaper ved bomiljøet kan ha sterk sammenheng. Her er det rimelig å anta at det er en selvforsterkende effekt. Boligområder som er i nedadgående trend, som er mer utsatte, støyende og sosialt mer belastede, vil falle i pris, og slik bli mer tilgjengelig for personer med svak kjøpekraft. Disse kan igjen ha redusert evne til vedlikehold, hvilket kan redusere boligens kvalitet ytterligere og gjøre området enda mer tilgjengelig for personer med lav inntekt. Slike sammenhenger mellom egenskaper ved boligen og egenskaper ved bomiljøet preger mange av de studiene som er gjennomført på området.

For å drøfte dette vil vi først meget kort si noen ord om hva vi skal legge i begrepet vanskeligstilt i denne sammenhengen. Deretter går vi tettere inn på studier og operasjonaliseringer av sammenhenger

mellom det å være vanskeligstilte på boligmarkedet og helse, med utgangspunkt i egenskaper ved bomiljøet.

3.5.1 Bomiljø og helse for vanskeligstilte – noen generelle refleksjoner

Kategorien vanskeligstilte på boligmarkedet favner vidt i forskningslitteraturen. Det er også relativt og kulturelt betinget, hvem og hvordan ulike grupper er vanskeligstilte på boligmarkedet. En hovedinndeling i litteraturen skiller imidlertid ofte mellom økonomisk vanskeligstilte på den ene siden og sosialpsykologisk vanskeligstilte på den andre, uten at grensene er så klare. Det er sterke sammenhenger mellom disse kategoriene. Tilknytning til arbeidslivet kan for eksempel endres, ved at bakenforliggende faktorer endres, som bruk av rusmidler eller annet. Sosialpsykologiske vansker er ofte vanskelig å skille fra det å ha en løs tilknytning til arbeidslivet, og med det, i mange tilfeller lav inntekt.

Relasjonen mellom bolig og bomiljø på den ene siden og helse på den andre siden for denne mangfoldige gruppen med vanskeligstilte er kompleks. Forutsetningene for å håndtere utfordringer både i boligen og utenfor boligen, i relasjon til omgivelsene, vil også kunne variere betydelig. Enkeltpersoners evne til og mulighet for, å distansere seg fra et, for dem ”uheldig” bomiljø, kan betinge mange sider ved den enkeltes situasjon/ressurser. Jo mer sårbar personen er, jo mer eksponert kan vi anta at vedkommende er i relasjonen til sine omgivelser. Derfor vil det være rimelig å anta at effektene av et ”uheldig” bomiljø på helse vil være sterkere for personer som allerede i utgangspunktet befinner seg i en sårbar situasjon med hensyn til rus, psykiatri etc.

I noen tilfeller vil også velfungerende relasjoner til og i nærmiljøet være en helt sentral forutsetning for at oppfølging etc. i boligen, skal ha den ønskede rehabiliterende effekten den er tenkt å ha. Dette kan en for eksempel se i noen studier av personer med psykiske vansker (Holm 2012) og bolig for personer med rusavhengighet (Bakke mfl., 2012).

Bakke mfl., (2012:52ff) understreker i sin studie at det er uheldig å blande personer som ønsker å bli rusfrie med de som ønsker fortsatt å ruse seg. Særlig personer på LAR-behandling er det

uheldig å blande med personer som ikke får denne behandlingen, i følge Bakke mfl., (2012:52). Rusavhengighet er vanskelig å komme ut av om en skal bo med andre som ruser seg. Dette illustrerer hvordan bomiljøet indirekte kan ha betydning for helsen, gjennom å påvirke effektene av oppfølging og rehabilitering av rusavhengige.

Dette ser vi også i forskning knyttet til bostedsløshet, der fravær av bolig eller en svært ustabil tilknytning til boligmarkedet, reduserer mulighetene for gode resultater av for eksempel LAR-behandlingen (Holm og Bjørnsen 2012). Med utgangspunkt i kvalitative intervjuer innenfor blant annet rusomsorgen i en utvalgt mellomstor kommune, baserer informantene seg på erfaringskunnskap når de viser til en sammenheng mellom den enkelte LAR-brukers bosituasjon når de evaluerer effektene av tiltaket. Ved å trygge og bedre bosituasjonen for LAR-brukere, kan de positive effektene av tilbudet virke bedre. Selv om Holm og Bjørnsen i sin studie baserer seg på tverrsnittsdata, uten å vise til tidligere forskning på området, peker disse funnene på at sammenhengen mellom bomiljø og helse kan være kompleks.

I noen tilfeller er nettopp utfordringen å skape et miljø rundt boligene som kan virke stabiliserende på de vansker som utgjør den enkeltes hovedproblem. Dette drøfter blant annet Holm i tilfelle med bosentra for personer med psykiske vansker (Holm 2012). I studien, som bygger på casestudier i fire kommuner, fremkommer det blant informantene at det er et stort behov for å skape stabile rammer rundt bosituasjonen for personer med utvalgte psykiske lidelser, skal den mentale helsesituasjonen bedres. Dette handler blant annet om å beskytte personer mot egen impulsivitet og press fra omgivelsene. Dette synes i særlig grad å være en utfordring der psykiske vansker kombineres med rus.

Dette er imidlertid forhold som både går på boligen og eventuelle regler for orden, besøk etc., men også går på bomiljøet mer generelt. For mange kommuner vil det være et viktig hensyn hvordan en bolig skal plasseres, miljømessig. Dette sier imidlertid ikke noe om effekten av bomiljøet på helse direkte, men om hvilke effekter miljøet kan ha for mulighetene for å rehabilitere personer i forhold til det som er deres problem.

Erfaringene blant ansvarlige i botiltakene for personer med mentale lidelser, som drøftes i Holm 2012, bygger i stor grad på en

kontrafaktisk kausalforståelse, der informantene har stor kunnskap om hvordan aktuelle grupper fungerer under ulike betingelser, i dette tilfellet bomiljøets sammensetning. Ved å intervensere i dysfunksjonelle situasjoner, og søke å endre beboersammensetningen, søker en også å bedre beboernes psykiske, og med det fysiske, helse. Innsikt i og læring gjennom en kontrafaktisk erkjennelse av kausalitet, blir slik et viktig redskap for kommunene i deres arbeid for å tilrettelegge for bedring av psykisk sykes helsetilstand.

Ved at relasjonene i nabolaget kan virke negativt inn på den enkeltes muligheter til å rehabiliteres bort fra et rusmisbruk eller psykiske lidelser, vil bomiljøet kunne ha en direkte effekt på helse. Det er imidlertid fra behandlingsapparatets side, en del begrensninger i rammebetingelsene for kommunenes tilbud for personer med mentale lidelser og rusmisbrukere. Dette gjør at avstand til eksempelvis eksisterende rusmiljø kan være vanskelig å opprette og opprettholde over tid. Begrensningene ligger i alt fra tilgang til relevante og egnede botiltak, juridiske bindinger, for eksempel i husleiekontrakter, til mer praktiske tiltak som etablering av ulike husholdsregler, hvor en også kan legge noen begrensninger på den enkeltes relasjoner til nærmiljøet.

En interessant tverrgående studie hvor en har søkt å utvikle og spesifisere analysemodeller som evner å fange opp multiple komponenter knyttet til boligsituasjonen, er gjennomført av Baker mfl., (2014). Her defineres individuell helserisiko som potensielle ”insults” (hendelser) som refleksjon av kumulative egenskaper knyttet til bolig, definert som ”an index of Housing Insults” (Baker mfl., 2014:2). Studien, som bygger på en survey blant hushold med lav til moderat inntekt i sør Australia, har til formål å se i hvilken grad det innen populasjonen i surveyen, er grupper som er mer eksponert for kumulativ ”housing insults”. I studien søkes det å konstruere en indeks som kombinerer ulike mindre ”insults” i sårbare individers liv, som betinges av boligsituasjonen. Dette handler om forhold som personlig sikkerhet i bosituasjonen, bokvalitet, kvaliteten på nabolaget, tilgjengelighet til tjenester og annen støtte, samt ikke minst ”affordability”. Ved å gi hver faktor lik vekt, vurderes boligkvalitetenes effekt på fire mål for helse, selvrapportert mental helse, fysisk helse og generell helsetilstand, samt diagnostisert klinisk depresjon.

Uten å ta stilling til det gjentakende dilemmaet i denne forskningen, om hvorvidt lav bokvalitet gir dårligere helse eller alternativt, hvorvidt personer med dårlig helse er tvunget inn i dårlige boforhold, via markedsbetingelsene, finner Baker mfl. sterk sammenheng mellom dårlig helse, dårlig bosituasjon og sårbarhet innenfor arbeidsmarkedet (Baker mfl., 2014:15). En høy andel hendelser knyttet til boligen av typen «insults» har i denne studien, sterk sammenheng med svakere selvrapportert mental og fysisk helse, samt diagnostisert klinisk depresjon. De fant at særlig unge, arbeidsledige og enslige personer synes sårbare. De tolker sine funn i to retninger:

1. De med svakest helse er de som også har størst sannsynlighet for dårlig boforhold.
2. Det er blant de med de dårligste boforholdene sannsynligheten er høyest for å finne de med den svakeste helsen.

De slår fast at slutninger om kausalitet er vanskelig i deres studie, men at studien kan være et første steg i retning av å kunne gjennomføre en longitudinell studie av relasjonen mellom bolig og helse. Det slås også fast at ulike kjennetegn ved bosituasjonen ser ut til å virke i samme retning, i deres innvirkning på enkeltpersoner.

En interessant kanadisk studie viser til en sammenheng mellom det å bo i såkalt "social housing" og helse. Studien retter oppmerksomheten mot oppfølgingen av vanskeligstilte i ulike sosiale botilbud, på noe så tilsynelatende elementært som ernæring, og viktigheten av at dette koordineres med boligtildeling (Miewald og Ostry 2014:726). Studien baserer seg på en casestudie fra Vancouver, nærmere bestemt et område med en høy andel vanskeligstilte beboere med lav inntekt, mange med mentale helsevansker, rusmisbruk med videre. Området har mange sosiale boliger, samtidig som et utstrakt hjelpeapparat er operativt. Dette tilbyr mat i form av lavprisbutikker for matvarer og hurtigmatrestauranter blant annet (Miewald og Ostry 2014:714). Ved hjelp av intervjuer og fokusgruppeintervjuer finner forskerne positive effekter av en rekke tiltak, blant annet et fast måltid hver dag, tilgang til lavprisbutikker, kokefasiliteter i boligene etc. Studien har et eksperimentdesign og etablerer årsakssammenhenger knyttet til de utprøvde tiltakene for å sikre

næringsopptak for de som var tilbudt bolig. Når matinntaket ble sikret bedret helsen seg. Slikt sett er studien meget interessant i forhold til å etablere egnede boliger og bosituasjoner som kan bidra til bedre helse blant personer med sammensatte vansker, og som er bosatt i ulike sosiale boligtiltak.

Oppsummering

Litteraturstudien viser at det finnes begrenset med studier der det er sett eksplisitt på bomiljø og betydningen av sosial kontakt for vanskeligstiltes helse. Egenskaper ved boligen og egenskaper ved bomiljøet vil også i stor grad ha sterk sammenheng. Dette ser vi blant annet i forskning knyttet til bolig for personer med ulike vansker, knyttet til rusmidler eller psykisk helse, hvor bomiljøet viser seg å ha betydning for den behandling eller rehabilitering som finner sted i ulike kommunale botilbud. Studier om dette temaet bygger i stor grad på en kontrafaktisk kausalforståelse, der informantene har stor kunnskap om hvordan aktuelle grupper fungerer under ulike betingelser.

Av de studiene som har tematisert bomiljø og helse blant svakstilte er det Baker mfl (2014) som påviser en sterk sammenheng mellom dårlig helse, dårlig bosituasjon og sårbarhet innenfor arbeidsmarkedet. I studien defineres individuell helserisiko som potensielle ”insults” (hendelser) og forfatterne påviser at de med svakest helse er de som også har størst sannsynlighet for dårlig boforhold, samt at det er blant de med de dårligste boforholdene sannsynligheten er høyest for å finne de med den svakeste helsen. Slutninger om årsaker er det imidlertid vanskelig å trekke, samtidig som studien kan være et første steg i retning av å kunne gjennomføre en studie over tid av relasjonen mellom bolig og helse.

I en norsk kontekst er det nærliggende, i alle fall for større byer som Oslo og Bergen, å vise til fordelingen av de kommunalt eide boligene. En høy andel av de som bor i kommunale boliger har innvandrerbakgrunn (Øia mfl, 2006). Forskning på fattigdom viser at sannsynligheten for å tilhøre en lavinntektsgruppe er større for barn i familier der hovedforsørger har minoritetsbakgrunn (Epland 2001, Ytrehus 2004 og Oslo kommune 2009). Dette kan indikere at andelen lavinntektshushold med minoritetsbakgrunn er høy i de kommunale boligene.

3.6 Kausalitet mellom bomiljø og helse

Det er gjennomført mange studier av bomiljø og nabolag og deres konsekvenser for både fysisk og mental helse, og de er gjennomført med ulike teoretiske og metodiske inntak. De fleste studiene vi har gått gjennom bygger på tidligere forskning og replikerer kjente problemstillinger på nye datasett og tar i bruk andre analysemetoder enn hva som har vært brukt tidligere.

Perspektivene eller mekanismene som kan inngå i en kausal forståelse av sammenhenger mellom bomiljø og helse kan være flere. For det første kan bomiljøer være fysisk utformet på en slik måte at de øker eller senker helserisikoen ved å påvirke enkeltindividers motivasjon for en sunn livsstil. De kan legge til rette, eller ikke legge til rette for mosjon, ernæring, bruk av tobakk, alkohol, sterkere rusmidler. Også tjenestetilbudet som finnes i nabolaget, herunder tilgang til helsetjenester, tilbud av sunne matvarer i butikkene, trenings- og rekreasjonstilbud i bomiljøet med mer påvirker de valgene vi gjør mht helseatferd. Dette er tematisert av flere forfattere.

For det andre kan dårlige nabolag, nabolag som opplever en nedadgående trend og boligsituasjonen generelt gi helseplager fordi nabolaget er utsatt for forurensning og utslipp, samt støy fra trafikk og andre kilder.

For det tredje kan boligområdet eller nabolaget også inngå som både negative og positive faktorer for effekter på mental helse. Dette er tilstander som depresjon, stress og følelsen av manglende sosial støtte. I litteraturgjennomgangen vi har gjennomført finner vi at slike tilstander knyttet til egenrapportert helse er overrepresentert i utsatte bomiljøer. Dette er også slike situasjoner som kan bli forsterket av forhold i nabolaget og av at nabolag opplever en nedadgående trend. Flere studier understreker for eksempel viktigheten av sosial tilhørighet for å stimulere til fysisk aktivitet og annet som fungerer positivt for å styrke den mentale helsen.

Samtidig vet vi at andelen personer med vansker med rus og psykiatri, også er høy i de kommunale boligene. I den grad personer som bor i kommunale boliger har utagerende atferd, kan dette gi uro og usikkerhet blant de andre beboerne, og representere

en belastning på bomiljøet. Å slutte fra dette til konklusjoner om helse fordrer mer systematiske studier av helse blant beboere i kommunale boliger enn hva som er gjort til nå.

Litteraturstudien viser at det finnes flere studier der problemer som hvorvidt barn er utsatt for miljøeffekter som for eksempel forurensning, støy, dårlig bomiljø og derav dårlig helse er tema. Det finnes også flere studier internasjonalt der en har sett på nabolageffekter for barns skoleprestasjoner. Vi har, så langt, færre studier der det er sett på bomiljø og betydningen av sosial kontakt for barns helse.

Slutningen vi kan trekke er at det er gjort mange studier som tar opp problemstillinger om boligområde og nabolag og helse. Mange peker på at det er robuste bivariate sammenhenger i datamaterialet de har analysert som peker på at boligområde er årsaker til individuelle helsetilstander. Andre peker på at det ikke kan trekkes bastante konklusjoner om hva som er årsaken til at personer som bor i bestemte bomiljøer har god eller dårlig helse. Å avgjøre om sted og nabolag har effekt på helse oppfattes tydeligvis som en utfordring i den sosialepidemiologiske forskningen om bolig. Derfor foreslår Duncan mfl., (2014) at når det skal forskes på slike problemstillinger i forskjellige land bør det gjøres ved hjelp av landets tvillingregistre. Et slikt datagrunnlag vil innebære at faktorer som genetikk og oppvekstmiljø kan holdes konstant. Forskningen kan da sammenligne tvillingpar som bor i ulike nabolag. Det vil framfor alt medføre at den metodiske utfordringen mobilitet mellom boligområder eller selvseleksjon til boligområder utgjør, vil reduseres. Da vil også prosessen med å isolere boligområde som årsak til dårlig helse forenkles.

4 Kvaliteter ved boligen

4.1 Innledning

I forrige kapittel så vi på hvordan boligområde og nabolag påvirker helse, i dette kapitlet skal vi se på hvordan ulike faktorer knyttet til selve boligen påvirker helsen. Tidligere studier innenfor feltet anerkjenner kompleksiteten i relasjonen mellom hus (housing) og helserelaterte størrelser (jmfør blant annet Free mfl., 2010, Lloyd mfl., 2008, Pollack mfl., 2010). Forrige kapittel viste også at de metodiske utfordringene knyttet til å isolere effektene av bolig og boområde på helse anerkjennes. I modellene som er brukt i mye av forskningen er det kontrollert for inntekt, arbeid og utdanning blant annet, for slik å studere den ”rene” effekten av bolig på helse.

Mye av forskningen skiller ikke nødvendigvis mellom boligområdet eller nabolaget effekter på helse og boligens effekter på den, slik vi legger opp til i denne rapporten. I stedet for å måle effektene av individuelle faktorer knyttet til bolig og helse pekes det på at det eksisterer et ”housing bundle” (Baker mfl., 2014:1) av faktorer knyttet til bolig og boområde som påvirker på helse. Begrepet, som stammer fra Clark and Dieleman 1996, er ment å uttrykke at en persons boligsituasjon vil være summen av en rekke forhold, som individuelle valg, ressurser, utdanning etc. Utgangspunktet for paperet til Baker mfl., (2014) er at:

”the limited conceptual and methodological abstraction of the housing and health relationship limits our ability to understand both the housing and health relationship, as well as the scale of the impact of poor housing upon health” (Baker mfl., 2014:2).

Hvis relasjonen mellom bolig og helse abstraheres på avgrensede måter kan det altså resultere i at vi går glipp av helheten, samt av

hvordan dårlige boliger faktisk påvirker helsen. I dette kapitlet skal vi derfor presentere litteratur som tar opp faktorer knyttet til boligen som påvirker helsen. Kapitlet er inndelt om lag på samme måte som forrige kapittel. Først presenteres litteratur som tar opp bolig som påvirkningsfaktor for helse generelt. Deretter presenterer vi litteratur som tar opp boligens påvirkning på barns helse spesielt, fysisk og mental helse er ikke skilt i ulike avsnitt. Deretter presenterer vi litteratur som tar opp spørsmålene om bolig og vanskeligstilte og til sist litteratur som omhandler disposisjonsform og påvirkning på helse.

4.2 Bolig, fysisk og mental helse

WHO (2013) påpeker betydningen av innendørs klima for folkehelsen. Menneskene tilbringer omlag 90 prosent av all tid innendørs, herav ca 2/3 av tiden i boligen. Samtidig konkluderer WHO om at vi vet for lite om de sammensatte effektene på helse av påvirkningsfaktorer i innemiljøet. Helseutfordringer og bolig er knyttet til især to forhold: 1) Dårlige sanitærforhold og 2) dårlig inneklima som utsatthet for radon, kjemikalier fra for eksempel byggematerialer, fukt, kulde og trekk, mugg og lignende. Dårlige sanitærforhold kan få helsekonsekvenser i form av infeksjonssykdommer, mens dårlig innemiljø kan føre til pustevansker, astma og allergi (WHO 2012).

Thomson mfl. publiserte i 2013 en oversiktsstudie over funn fra 39 europeiske studier av konsekvenser for helse av at boligen ble forbedret. Inkluderte studier viste til at det var effekter på helse av å forbedre boligens fysiske forfatning. Studiene var eksperimenter, enten kontrollerte eller ukontrollerte. Studier basert på tverrsnittsdata ble utelukket og det argumenteres for at slike studier ikke er egnet til å påvise resultater av endring. 33 av studiene hadde en kvantitativ tilnærming, 14 av disse ble sett som å være av en så dårlig metodisk kvalitet at de ikke ble inkludert i den endelige oversikten. Det ble identifisert 12 studier med en kvalitativ tilnærming, men mange av disse inneholdt også kvantitative analyser og det var derfor en del overlapp mellom studiene og de er registrert under begge typene headinger. Resultater fra oversiktsstudien er at endringer ved boligen som gjør det lettere å kontrollere innetemperatur har positiv effekt på helse og reduserer pusteproblemer allerede etter kort tid. Endringer som

skaper mindre trangboddhet, dvs. større boligflate, viser seg å kunne bedre matvaner, følelsen av å kunne ha et privatliv, det bedrer forholdet mellom beboerne og skaper bedre muligheter for å gjennomføre fritids- og studieaktiviteter. Begge typene forbedringer av boliger kan medføre at fravær fra skole og arbeid reduseres (Thomson mfl., 2013:62). Slike forbedringer kan altså ha effekter for både den fysiske og den mentale helsen. En av årsakene til at resultatene har framkommet, mener forskerne, er at dette er målrettede innsatser mot boliger til lavinntektsgrupper. Samme resultater framkommer ikke der bygningsmessige forbedringer rettes mot et helt boligområde fordi slike tiltak ikke skiller mellom de som har behov og de som ikke har det. Områdebaserte forbedringer er, på den annen side, funnet å forbedre det sosiale miljøet og fører til at antallet rapporterte problemer i nabolaget reduseres (ibid).

WHO (2012) har, som påpekt over, oppsummert utfordringene når det gjelder boligrelaterte ulikheter i Europa, inkludert Norge. De viktigste resultatene fra denne studien er at:

- Ulikheter finnes i alle land
- Vanskeligstilte og enslige forsørgere har dårligere boligforhold enn andre i alle land

De manglene ved boliger som det er sett på er vann og sanitærforhold, trangboddhet, fuktproblemer, problemer med oppvarming og avkjøling sommerstid. Dataene inneholder også tall for Norge. Selv om boforholdene i Norge er på nivå med andre skandinaviske land og langt bedre enn de fleste EU land, finner vi samme mønster i Norge som i andre land. Enslige forsørgere i Norge er også mer utsatt for å være trangbodde sammenlignet med befolkningen for øvrig.

Helseeffektene når det gjelder boligkvalitet knytter seg, som nevnt, til prinsipielt to ulike typer utfordringer. Dårlige sanitærforhold har betydning for infeksjonssykdommer. Dårlige oppvarming, fukt og trangboddhet har betydning for allergi, luftveissykdommer og hjerte-kar sykdom (cardiovascular diseases) (Ibid:48).

Fukt kan ha negativ effekt på helse pga luftveissykdommer, noe som henger sammen med økt bakterie, muggsopp og mycotoxins. Problemet i private boliger er mindre enn i andre typer bygg.

Andelen som er utsatt for fukt er lavt i Norge (8,2 prosent) sammenlignet med EU land (15,9 prosent). Husholdninger i Norge med lav inntekt (below relative poverty level) er mer utsatt enn husholdninger med gjennomsnittlig inntekt (above relative poverty level), i 2009 hhv. 12 og 8 prosent. Enslige forsørgere er mer utsatt for boliger med fuktproblemer enn single og par med barn (WHO 2012:141).

Et tiltak som foreslås er at myndighetene bør sørge for at nye boligbyggeprogrammer inneholder et boligtilbud med tilstrekkelig store boliger for store familier med lav inntekt. Vi vet fra en tidligere norsk studie at innvandrere til Norge i større grad er utsatt for trangboddhet sammenlignet med befolkningen for øvrig, se Juvkam (2009).

Sauni m. fl. gjennomførte i 2011 en oversiktsstudie over forbedringer av bygninger (private hjem, arbeidsplasser og skoler) der det var funnet fukt og råte for å undersøke om slike forbedringer hadde effekter for symptomer på problemer med pust, infeksjoner og astma. Det er 8 studier som er inkludert i oversikten, de er gjennomført som randomiserte kontrollerte studier, tidsseriestudier og kontrollerte før- og etter studier. Studiene varierte mye mht hvilken intervensjon som var satt i verk, det var alt fra gjennomgående renovasjon av bygninger til kun rengjøring. Forbedring av bolighus og fjerning av synlig råte samt soppbehandling hadde effekter på symptomer på pusteproblemer. Reparasjoner av varmesystemer i hus har effekter for et variert sett av sykdommer. Forbedringer generelt hadde effekter på symptomer på astma, de hadde også effekter som betød at medisineringsfor astma ble redusert. Infeksjoner i brystet ble også redusert etter at bygninger var forbedret, samt at det var færre kontakter med akutthelsetjenesten (Sauni mfl., 2011:9-12). Forfatterne mener kvaliteten på resultatene er lav til moderat, en av årsakene til det ser ut til å være at helsekonsekvensene er målt ved egenadministrerte surveyer som deltakere i studier har svart på. Dette vurderes som mer usikker enn om spørreskjemaene administreres av tredjeperson.

WHO (2009) har sett på boforhold og selvrapporert helse. Datagrunnlaget er en survey til ca 3300 hushold i 8 europeiske byer (ingen skandinaviske byer). Studien viser tydelige sammenhenger mellom husholdningens inntekt og dårlig bolig/boforhold som

problemer med mugg i boligen, trangboddhet og støy. Den viser også at de som er trangbodd er mer utsatt for fallulykker.

Informantene er spurt om egenopplevd helse. Selvrapportert dårlig helse for alle typer utsatthet er mer enn tre ganger høyere for gruppen med lav inntekt sammenlignet med de med middels eller høy inntekt. Dette viser til at inntekt og sosioøkonomisk status henger sammen med utsatthet for dårlig bolig/bomiljø og dårlig helse. Årsaks- virkningsforholdet drøftes ikke nærmere, men forfatterne konkluderer med at vanskeligstilte er mer utsatt for dårligere bolig og boforhold enn andre og at det har signifikant virkning på helse.

4.2.1 Sammensatte effekter

WHO (2013) har søkt å si noe om de sammensatte effektene på helse av dårlige boliger. Innendørs klima har stor betydning for helsen, påpekes det, siden mennesker tilbringer omlag 90 prosent av all tid innendørs, herav ca 2/3 av tiden i boligen. Samtidig påpekes det at det er begrenset kunnskap om de samlede effektene av faktorer som påvirker helsen i innemiljøet. Det legges også vekt på problemer med kjemikalier i innemiljøet, et tema som har vært lite belyst i andre studier. Data i studien er en systematisk gjennomgang av litteratur etter 2005 på engelsk. Litteratur som omhandler bolig, skoler og barnehager er inkludert, næringsbygninger osv i bruk i jobbsammenheng er ikke inkludert. Mange studier ser bare på enkelteffekter og det påpekes at studiene gir få indikasjoner på at det er helseeffekter av kombinerte negative påvirkningsfaktorer for helsen knytte til innemiljø (WHO, 2013:5).

Det er ofte flere problemer som knytter seg til boliger som anses som dårlige, og det betyr at det er mange og kombinerte påvirkningsfaktorer på helse som er knyttet til boligen (ibid:5). Mange mennesker (8,8 prosent) lever i fattige boligområder og er utsatt for mer enn fire av åtte risikofaktorer. Dette gjelder spesielt for Øst-Europa. Det er en sammenheng og de som er utsatt for flere risikofaktorer rapporterer om flere helseplager. Med økende utsatthet øker også sjansen for helseproblemer som mental helse, allergi, hjerte- karsykdommer og pusteproblemer. Boliger med sammensatte problemer øker også risikoen for ulykker. (ibid:6).

De tre viktigste hovedfunnene er:

- 1) de mest vanlige kombinasjoner av risikofaktorer er knyttet til kjemikalier og luftforurensning, blant annet pga av byggematerialer
- 2) Det nest mest vanlige er kombinasjonen av luftforurensning og biologiske påvirkningsfaktorer som mugg og fukt, som blant annet kan henge sammen med manglende oppvarming. Utsatthet for både luftforurensning fra faktorer som formaldehyd og mugg forsterker helseutfordringene
- 3) Den tredje mest vanlige utfordringen er kombinasjonen av fysiske og biologiske risikoer, som støy, forhold rundt temperatur og/eller mugg, samt trangboddhet og dårlige sanitærforhold.

Sosioøkonomiske forskjeller spiller en betydelig rolle – de som tilhører lavere sosioøkonomiske grupper er i større grad utsatt for slike påvirkningsfaktorer enn andre og er dermed utsatt for mer alvorlige helsekonsekvenser.

Helseproblemer knyttet til vann og dårlige sanitærforhold dreier seg først og fremst om infeksjonssykdommer. Helseproblemer pga av trangboddhet, fukt, manglende oppvarming eller kjøling er først og fremst allergi, pusteproblemer og hjerte- karsykdommer.

Rapporten konkluderer med at:

In the light of the current financial crisis and the increasing immigration pressure in Europe, the connection between socioeconomic status of households and combined exposure to health stressors in the indoor environment is likely to escalate if proper attention is not paid to this phenomenon (ibid:7).

Rapporten påpeker at slike helseforskjeller finnes i nesten alle land, og at lavinntektshusholdninger, spesielt enslige forsørgere, er mest utsatt for multiple risikoeffekter. Kausalitet diskuteres ikke i rapporten, men det argumenteres for at bolig og innemiljø har konsekvenser for helsen. Sosioøkonomiske forskjeller gjør at ulike grupper er utsatt i ulik grad.

Dårlig kvalitet på bolig kan også påvirke mental helse i familier med barn. I en studie av Suglia mfl. fra 2011 ble det påvist at lavkvalitetsboliger, karakterisert av fysiske mangler, trangboddhet og støy, samt mye flytting påvirket den mentale helsen til unge

mødre. Data ble hentet fra en pågående studie av familier og barns velferd i 20 amerikanske byer. Det er en populasjonsbasert studie der det rekrutteres kvinner som bor i økonomisk svake boområder. Det ble kontrollert for partnervold og økonomiske problemer.

Norske forhold

Boligstandarden i Norge regnes generelt som å være svært god (Nordvik 2006). Vi bor svært romslig: I gjennomsnitt har hver nordmann 52 kvm boligareal til disposisjon (St.meld.nr 23 (2012-2013:13)). På tross av den generelt sett gode boligstandarden finnes det grupper i befolkningen som opplever problemer med trangboddhet⁶ og andre mangler ved boligen som fukt, trekk eller kulde, dårlig materiell standard eller støy (fra nabo eller fra trafikk). Familier som over lang tid har hatt lav boligkvalitet, skiller seg fra andre familier ved at de oftere leier boligen, mottar sosialstønad, er enslige forsørgere, har innvandrerbakgrunn og bor trangt (Turner og Stefansen 2012:8).

Problemer med fukt og mugg henger blant annet sammen med trangboddhet, dårlig teknisk standard eller manglende tilgang til sol og dagslys i boligen. Mangel på sol og dagslys kan også påvirke livskvalitet, helse og trivsel som også kan måles i hvordan den menneskelige kroppen reagerer på sol/dagslys. Fortettingen med ny boligbygging innen eksisterende tettstedsgrense har ført til et økende antall små boliger, vanligvis ensidig orienterte, ofte med dårlige sol- og dagslysforhold og trange uterom. Det bygges igjen et økende antall ettroms boliger. Mennesker som bor i en ettroms bolig er pr definisjon trangbodde (Guttu og Schmidt 2008, 2012).

4.3 Barn, bolig og fysisk og mental helse

Vi har funnet fram til flere studier der det er sett eksplisitt på boligens betydning for barns helse.

Leventhal, T. og Newman, S. (2010): har studert boligens betydning for barns fysiske og mentale helse. De har gjennomført en litteraturstudie med særlig fokus på barns helse. Omfanget av forskningen varierer mht tema og noen tema er bedre belyst enn

⁶ Som trangbodd regnes de som bor i boliger med mindre enn ett rom pr person. De som bor i en ettroms bolig regnes som trangbodde, ifølge SSB

andre. Hovedfokus er forhold ved boligen. Avhengig variable er barns fysiske helse, deres sosiale, atferdsmessige og følelsesmessige tilstand, skoleprestasjoner og økonomisk situasjon. Uavhengige variable er seks dimensjoner ved bolig og bomiljø. 1) fysisk boligkvalitet, 2) trangboddhet, 3) flytting, 4) eie/leie, 5) om de har bostøtte og 6) om de har råd til å handle i nabolaget. De oppsummerer at det viktigste funnet i litteraturen de går gjennom er en skadelig sammenheng mellom miljøgifter og for mange mennesker i boligen. Dette skader barns helse og påvirker deres kortsiktige akademiske, sosiale og følelsesmessige liv.

I modellen har forfatterne inkludert forhold på makronivå som diskriminering og foreldres sosioøkonomiske bakgrunn. Dette er faktorer som har betydning for bolig og trekk ved boligene barn bor i. Faktorene har direkte betydning for barns situasjon og de får betydning via nabolageffekter. Samtidig mener de at kjennetegn ved familiene, og ved barna selv, har betydning for den situasjonen barna er i. De mener altså at det er forhold både på makro- og mikronivå som virker inn på boligsituasjonen.

Leventhal og Newman (2013) diskuterer dette mot annen forskning for å nyansere bildet. Det påpekes for eksempel at det finnes omfattende forskning som viser sammenhenger mellom barns astmaproblemer og dårlig luftkvalitet innendørs, for eksempel passiv røyking og støv, midd, kakerlakker og husdyr. Det er også sammenheng mellom omfang av fukt og mugg og barns pusteproblemer, inkludert astma (Leventhal og Newman:1168).

Leventhal og Newman ser sine funn mot studier der det er sett på sammenhenger mellom boligkvalitet og antall ulykker. Flere av disse dreier seg om boligkvalitet i nabolaget. Noen finner sammenheng mellom boligkvalitet og ulykker, andre ikke. Dårlig boligkvalitet kan også indirekte påvirke barns helse gjennom økt konflikt og stressnivå i familien. Studier av trangboddhet handler for det meste om effekter for voksne, men noen viser sammenhenger mellom trangboddhet og barns infeksjonssykdommer. Det refereres også til studier som viser sammenhenger mellom trangboddhet og barns skoleprestasjoner. På den andre siden problematiseres trangboddhet og hvordan dette defineres ved å vise til innvandrerfamilier som foretrekker å bo trangt (Leventhal og Newman:1169).

Barnes mfl., (2011) har gjennomført en longitudinell studie, over 5 år, blant britiske familier med barn i alderen 0-15 år.

Datagrunnlaget er en årlig survey som sendes til barnefamilier.

Uavhengig variable i studien er dårlig boligkvalitet målt ut fra tre dimensjoner: trangboddhet, dårlig vedlikehold og dårlig oppvarming. Avhengig variabel er å være frisk, trygg, være glad og mestre, å kunne bidra positivt og oppnå økonomisk velvære.

Funnene de gjør er at boligeffekten slår to veier: 1) Det er en uavhengig sammenheng mellom dårlig bolig og resultater for barn kontrollert for relevante sosiodemografiske og økonomiske faktorer. Altså: det er en sammenheng mellom bolig og barns helse. 2) Jo lenger barn lever i dårlige boforhold desto mer utsatte er de.

Effektene varierer avhengig av type boligproblem. De som er trangbodde er særlig utsatt for følelsen av å være ulykkelig når det gjelder egen helse, ikke å ha noe stille sted for lekser, å bli ekskludert fra skolen med mer. De som bor i boliger med dårlig vedlikehold er særlig utsatt for å være mindre fysisk aktive (bruke mindre enn en time i uka på fysisk aktivitet) enn andre. Dette er likevel uklart mht signifikans (Barnes mfl., 2011:168). Barn som er trangbodde er også mer utsatt for astma og problemer med mage/fordøyelsessystem enn andre. Det er også større sjanse for at de drikker, røyker eller bruker andre illegale stoffer enn det er for dem som har bedre plass.

4.3.1 Astma blant barn

Kunnskapssenteret (2012) har som omtalt tidligere utarbeidet en litteraturoversikt over sammenhenger mellom faktorer i barns omgivelser og forekomsten av astma. Oversikten gjengir flere studier der en har sett på innemiljøet i boligen. To studier, med samme forskerteam, Mc Gwin m.fl. viser positiv sammenheng mellom forekomsten av formaldehyd i innemiljøet og astma. De tar likevel forbehold om at det er behov for flere epidemiologiske studier. Flere studier har sett på forekomsten av fukt og mugg i innemiljøet og finner sammenhenger mellom dette og barns astma, men funn er uklare, og det påpekes behov for mer forskning (Kunnskapssenteret, 2012).

En spennende studie fra 2013 kobler sosioøkonomisk status, inneklima og helse. Den evaluerer helseeffekter av inneklimatiltak

blant lavinntektshushold med astmatiske barn i en by i USA (Turcotte mfl., 2013). Metodisk baserte studien seg på et utvalg av 116 husholdninger med til sammen 170 barn med astma. Flere tilnærminger ble benyttet, blant annet survey og støvprøver i området. Likeledes ble det også samlet inn helseinformasjon fra en amerikansk helsesurvey for astma og annen informasjon for å gi en beskrivelse av situasjonen i utgangspunktet og etter 11 til 12 måneder. På denne måten kunne endring i situasjonen måles. Studien har klare ambisjoner om å si noe om sammenhenger mellom inneklime og astma blant barn i lavinntektshusholdninger, og den viser til signifikante helseforbedringer av tiltak for å bedre inneklime.

Northridge mfl., (2010) gjennomførte en undersøkelse blant skolebarn i alderen 5 til 12 i New York for å finne ut om typen hus barn bor i medvirker til at de har astma eller hyppigere enn andre blir henvist til akutthelsetjeneste på grunn av pusteproblemer. Hustypene det er snakk om er det vi kaller kommunale boliger, private boliger og leieboliger av ulike typer og variablene knyttet til bolig er vannlekkasjer, fukt og råte, om boligen har et vegg-til-vegg-teppe, om det røykes i boligen samt at det ble inkludert spørsmål om det var kakerlakker, rotter eller mus i boligen. Det ble kontrollert for demografiske kjennetegn som kjønn, alder, landbakgrunn, inntekt og utdanning. Spørsmålene ble knyttet til folketellingsdata for å knytte svarene til boligtype, men også til område. Analysen viste at barn som bor i kommunale boliger har mye mer astma enn barn som bor i alle typer av private boliger. Dette funnet er konsistent også etter at det er kontrollert for individuelle demografiske kjennetegn. De finner også at barn i boligområder med nedadgående tendens oftere enn andre er syke selv om boligen er en eiebolig, de har likevel lavere sannsynlighet for å ha astma enn de som bor i kommunale boliger.

4.3.2 Boligens påvirkning på barns mentale helse

Turner og Stefansen (2012) påpeker at i norsk sammenheng er kunnskapen om hvordan dårlige boforhold påvirker barns hverdagsliv og selvidentitet er lite utviklet. Det vi har er ikke basert på systematiske studier, men fremkommer indirekte i studier som fokuserer på effekter av fattigdom generelt. Hvordan dårlige boforhold oppleves og håndteres av ulike grupper av barn er heller ikke studert i særlig grad. Det reiser også forskningsetiske

problemstillinger: hvordan bruke barn som informanter, og hvilke spørsmål er barn i stand til å besvare selv? Hvor gamle må barn være før de kan svare på ulike spørsmål?

Trangbodddhet er et uttrykk for dårlig boligkvalitet som drøftes i både norsk og internasjonal litteratur. Turner og Stefansen (2012) har oppsummert norsk og internasjonal litteratur og studert boforhold blant barnefamilier med lav inntekt. De påpeker at vi har få studier av boligstandard blant lavinntektsfamilier. De viser til tidligere forskning som konkluderte med at det å bo trangt er assosiert med inntektsfattigdom. Blant familier i lavinntektsgruppen er det særlig familier med ikke-vestlig bakgrunn som bor trangt. Familiene i lavinntektsgruppen rapporterte også langt oftere om boligulempesom fukt, kulde og støy sammenlignet med kontrollutvalget. Boligfattigdom ble definert som det å ha minst to av fem boligulempes (trangbodddhet, fukt, trekk eller kulde, dårlig materiell standard, nabostøy og trafikkstøy). Det ble konkludert med at:

Barn som bor i kommunal bolig bor ofte svært trangt, og de opplever også andre boligproblemer i langt større grad enn barn som ikke bor i kommunal bolig (Turner og Stefansen 2012:33)

Metodisk påpeker de at det er lite overlapp når de tar i bruk variabelen fattigdom, definert som lav inntekt og deprivasjon. De advarer også mot at å trekke for bastante konklusjoner om årsakssammenhenger ut fra studien de har gjennomført (ibid:42-43)

Forskerne stiller også spørsmål ved hvem som skal definere hva som er et godt nærmiljø eller ikke, og viser til at barn kjenner seg hjemme der de bor, og mener området er bra, selv om det sett utenfra kan mangle kvaliteter. Det reiser spørsmålet hvordan en skal utforske dynamikken mellom objektive kriterier og subjektive opplevelser av dårlige boforhold.

Det påpekes at ” hvordan barn selv opplever dårlig boforhold har knapt vært noe tema i norsk velferdsforskning” (Turner og Stefansen, 2012:44). De viser likevel til flere kvalitative studier som gir et ”gløtt” inn i tematikken, og som viser at dårlige boforhold påvirker barn både direkte og indirekte. De viser til flere studier som viser at barn som bor dårlig skammer seg over boligen og

vegrer seg for å ta med venner hjem på besøk. Det viser at boligen ikke bare er en ramme rundt hverdagen, men et uttrykk for hvor på den sosiale rangstigen familien befinner seg, og at det kan tenkes å ha stor betydning for barns opplevelse av hvem de er i forhold til andre. De påpeker videre:

Hvordan slike prosesser virker inn på områder som skoleprestasjoner, helse med mer, er vanskelig å si, men det er mulig å tenke seg at ”effekten av” boligproblemer er en sammensatt størrelse, som også virker gjennom en slik identitets- eller selvoppfattelsesdimensjon (Turner og Stefansen 2012:43).

Forfatterne påpeker også at tidsdimensjonen kan spille inn, siden det som oppfattes som en midlertidig bosituasjon for voksne kan oppfattes som ”hele livet” for et barn. Dårlig bostandard setter grenser for hva barn kan gjøre hjemme, og at et problembelastet nabolag kan virke negativt inn på barns utfoldelsesmuligheter 45. Effekten av dårlige boforhold med dårlige muligheter for å ha venner på besøk vil trolig være større for ungdom enn barn i barnehagealder. De påpeker også at foreldre med lav inntekt på ulike måter søker å kompensere for dette. Men mens penger kan fordeles slik at barna i mindre grad merker familiens vanskelige situasjon er det vanskeligere å gjøre noe med eller skjule en dårlig bosituasjon (ibid:46). Det gjelder både forhold ved boligen og boligens omgivelser.

Det konkluderes med at det å studere hva dårlige boforhold betyr for barn er en ”vanskelig øvelse”, og at ”kunnskapen om hvordan boforhold påvirker barns hverdagsliv og selvidentitet er lite utviklet” (ibid:49). Det vi vet er ikke basert på systematiske studier, men fremkommer indirekte i studier som fokuserer på effekter av fattigdom mer generelt.

4.3.3 Trangboddhet og påvirkning på helse

Trangboddhet kan påvirke barns fysiske og mentale helse (Turner og Stefansen 2012). En empirisk studie av boforhold blant barn i familier med lav inntekt, spesielt de med vedvarende lav inntekt og vedvarende dårlige boforhold viser dette (Turner og Stefansen, 2012:7). Studien så på barns levekår i årene mellom 2000 og 2009.

Resultatene viser en sterkere sammenheng mellom trangboddhet og det å ha eget rom enn mellom fattigdom og det å ha eget rom.

Forfatterne viser at vedvarende fattigdom, trangboddhet og boligleie påvirker barns levekår. Både vedvarende lav boligkvalitet og langvarig boligleie øker sannsynligheten for at barn ikke har eget rom og ikke tar med venner hjem. Slike forhold kan ha tilleggseffekter, som å mangle venner og at barnet føler seg utenfor eller til og med avvikende ”(Turner og Stefansen, 2012:8). Det sies ikke eksplisitt noe om helsekonsekvenser av dette, men å føle seg utenfor eller avvikende er neppe helsebringende. Familier som over lang tid har hatt lav boligkvalitet, skiller seg fra andre familier ved at de oftere leier boligen, mottar sosialstønning, er enslige forsørgere, har innvandrerbakgrunn og bor trangt enn andre.

Også Grødem og Sandbæk (2013) drøfter boforhold og konsekvenser for barns muligheter for å ha venner med hjem. De har studert barnefamilier som flytter ofte, boforholdene deres og årsakene til flytting. De har også ønsket å belyse hvordan flyttinger spesielt og boforhold generelt påvirker barna. Datagrunnlaget består av kvalitative intervju av ti foreldre (syv fra Somalia, to fra Irak og en fra Norge). De har også brukt data fra levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2005/2006. De finner at boligproblemer som rapporteres dreier seg om trangboddhet, dårlig materiell standard og problemer med fukt, trekk, kulde og mugg. Noen har også problemer med at de bor i en leilighet i etasjer høyt oppe uten heis. Problemer er de samme enten de bor i kommunal bolig eller leier på det private markedet. Den største forskjellen er at det private markedet er ustabil med korte kontrakter og/eller at de blir sagt opp i kontraktperioden. Samtidig er husleien et problem på det private markedet.

Barnas helseproblemer dreier seg om at trangboddhet gjør at de ikke tar venner med hjem. I tillegg kommer utfordringer pga flyttinger. Noen opplevde at særlig skolebytte og det å måtte flytte fra venner var spesielt vanskelig. Informanter opplever det å bli utestengt fra boligmarkedet, slik at de i liten grad har funksjonelle alternativer eller valgmuligheter, gjør at de blir værende i en vanskelig bosituasjon over lang tid og at det har ”alvorlige konsekvenser for foreldre og barn” (Grødem og Sandbæk 2013:9).

Forfatterne foreslår flere boligpolitiske tiltak, blant annet et bedre fungerende leiemarked, for eksempel gjennom bedre rammevilkår

til utleieselskaper med sosiale formål. I tillegg foreslås ulike lei-til-eie-modeller som skal hjelpe flere til å kjøpe bolig. Det diskuteres ikke i rapporten, men det kan tyde på reversert kausalitet gjelder for observasjonene som er gjort. Det vil si at det er informantenes bakgrunn og inntekt, hovedinntektskilden er offentlige ytelser for de fleste, som forklarer hvor de bor. Det betyr at det er lav inntekt som er forklaring på dårlige boforhold og de eventuelle konsekvensene det måtte ha for helsen.

4.4 Vanskeligstilte, bolig og psykisk/fysisk helse

4.4.1 Innledning

Det er mange grupper som kan karakteriseres som vanskeligstilte på boligmarkedet. I denne rapporten har vi sett noe nærmere på gruppene psykisk utviklingshemmede, økonomisk vanskeligstilte og mennesker med ikke-norsk etnisk bakgrunn.

4.4.2 Psykisk utviklingshemmede

De senere årene har vi sett at boligpolitikk i stadig sterkere grad har kommet inn som et perspektiv i den statlige helse- og sosialpolitikken. Det å sikre trygge og gode boløsninger for ulike grupper vanskeligstilte har fått økende fokus, og boligforsyning for befolkningen generelt som politisk prioritet er kommet i skyggen av dette. Boligpolitiske tiltak ble for alvor trukket inn i forholdet mellom helse og sosial ulikhet med Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosial ulikhet i helse, fra 2005.

De mange reformene vi har sett innenfor ulike deler av sosialpolitikken, med HVPU-reformen på 1980-tallet, Opptrappingsplanen for psykisk helse på 1990-tallet og ikke minst Samhandlingsreformen, har alle bygget blant annet på en normaliseringsideologi, hvor den enkelte i størst mulig grad skal leve mest mulig normalt i sitt nærmiljø. I dette ligger det imidlertid en ansvarsoverføring til kommunene, som øker kravene til den kommunale boligpolitikken. Tjenester og oppfølging skjer med disse reformene i økende grad med utgangspunkt i den enkeltes private bolig som arena. Dette kan antas å øke boligens betydning for den enkeltes helse- og levekårssituasjon. Mens oppfølging for

personer med psykiske vansker, nedsatt funksjonsevne og annet, tidligere i større grad skjedde innenfor trygge og relativt forutsigbare rammer på institusjon, avhenger dette i større grad av den enkeltes eller kommunens muligheter for en stabil bolig. Arbeidet med å sikre utsatte grupper en bolig i kommunene har med dette økt proporsjonalt med disse endringene i kommunenes ansvarsområde.

Vi nærmer oss her et spørsmål om hva som er en tilfredsstillende bolig og en bolig tilpasset den enkeltes helsesituasjon og hjelpebehov. I sin studie skriver for eksempel Bakke mfl. at det i forhold til vanskeligstilte her i landet først og fremst har funnet sted en boligtildeling til personer med rusvansker, og at det har vært mindre fokus på hvorvidt boligen dekker andre helsemessige behov (Bakke mfl., 2012:49). Dette er også relevant i forhold til å tematisere og forklare sammenhenger mellom bolig og helse. Jo mer boligen, og bosituasjonen, er tilpasset den enkeltes helsemessige behov, jo mer positiv betydning har boligen for den enkeltes helse. Bare det å ha en fast bolig oppleves av mange å ha betydning for egen helse. Dette kommer frem i studien til Bakke mfl. der flere av informantene i studien fremfører helse som det viktigste argumentet for å ha en fast bolig (Bakke mfl., 2012:49). Studien retter seg mot ulike vanskeligstilte, men helseutfordringer knyttet til konsekvenser av et liv som rusmisbruker er utbredt blant informantene.

På tross av at mange av informantene har både fysiske og psykiske helseplager, er det eneste etablerte tilbudet medisinutlevering ved hjemmesykepleien samt ulik hjelp av ansatte i de tilfellene vi snakker om bemannede bokollektiver. Ingen har tilrettelagte boliger som tar utgangspunkt i helseplagene (Bakke med flere 2012:51). Dette settes i studien i sammenheng med de større reformene innenfor den institusjonsbaserte omsorgen, og kommunenes utfordringer med å bygge seg opp til å møte disse økte oppgavene. Dette er også tematisert i andre studier (jamfør for eksempel Holm 2012).

Gitt at mange av informantene i studien til Bakke med flere i så vidt liten grad har en bolig som er tilpasset deres helsemessige behov, legger boligen også føringer på beboernes sosiale deltakelse og muligheten til å nyttiggjøre seg blant annet behandlingstilbud for rusvansker og innenfor området psykiske helse (Bakke mfl.,

2012:51). I de tilfellene boligen er godt tilrettelagt, nyttiggjør beboeren seg bedre av helsetilbud etc., og boligen får en positiv effekt på helse. Studien illustrerer således viktigheten av en godt tilrettelagt bolig, for vanskeligstilte grupper, for helse.

En dimensjon ved dette er også at boligsituasjonens betydning for effektene av den kommunalt baserte pleie- og omsorgsoppfølgingen blir mer artikulert. Som vist ovenfor opplever noen kommuner for eksempel at effektene av den oppfølgingen de gir, svekkes grunnet mottakerens dårlige bosituasjon. Dette kan blant annet være aktuelt for kommunenes LAR-baserte oppfølging av personer med rusvansker, hvor den tidligere nevnte studien fra 2012 viste at effektene av behandlingen ble redusert som følge av brukernes utsatte bosituasjon (Holm 2012). Innsikt i disse sammenhengene blir derfor en viktig premiss for effektene av for eksempel rusoppfølgingstiltak, som i dette nevnte tilfellet. Konsekvensen av dette kan være at den kommunale boligpolitikken i sterkere grad kommer inn som en betingelse for kommunenes resultater innenfor det helsefremmende arbeidet. Dette poenget er også understreket av Ulfrstad, som i en bok fra 2011 viser til boligpolitikken som en viktig premiss for å lykkes i implementeringen av Samhandlingsreformen. Ulfrstad viser spesielt til ”Housing first” som metode (Ulfrstad, 2011), noe som nettopp tar utgangspunkt i en manipulasjonstilnærming til kausalitet. Sosial mestring og helse, betinges kausalt av boforholdene.

Disse perspektivene er viktige som bakgrunn for forståelse av sammenhengen mellom bolig og helse, noe som videre tematiseres i en studie av Gautun og Grønningsæter i forbindelse med Samhandlingsreformen fra 2012.

4.4.3 Økonomisk vanskeligstilte

Innledningsvis fokuserte vi på hvor viktig modellspesifiseringen kunne være for hvilke sammenhenger mellom bolig og helse en kunne forvente å finne. Ved å trekke frem noen utvalgte kjennetegn ved boligen og se på sammenhenger mellom disse og kjennetegn ved helsesituasjonen, har utvalgte studier søkt å spesifisere sammenhengene mellom bolig og helse nærmere. En tilnærming valgt av Bentley mfl. i en australsk studie fra 2011, etablerer et metodisk design som gir grunnlag for slutninger om

årsakssammenhenger. Dette er også intensjonen med studien. Data er longitudinelle og består av et utvalgt på over 10 000 personer i alderen 25 til 64 personer. Det gjennomføres en regresjonsanalyse der forskerne blant annet finner en større hyppighet av redusert mental helse, målt ved en indeks på mentale vansker, blant de som bor på grensen til hva de kan håndtere økonomisk, eller såkalt ”unaffordable housing”. De finner at det å ha mentale problemer er mer utbredt blant personer som befinner seg i en situasjon med ”unaffordable housing”. Dette gjelder kun der de samtidig befinner seg i hushold med lav til moderat inntekt. Effektene av ”unaffordability” holder seg, selv om det kontrolleres for alder, kjønn og inntektsgruppe, hvilket støtter opp under forekomsten av en kausal sammenheng mellom såkalt ”unaffordable housing” og mental helse. Også flytteraten viser en korrelasjon med den mentale helsen. Personer som flytter har en lavere score på indeksen for god mental helse, enn personer som ikke flytter, og dette forsterkes om de befinner seg i en ”unaffordable” boligsituasjon.

I studien finner Bentley mfl. også at det var mer sannsynlig at boligsituasjonen ble ”unaffordable” blant personer som tilhørte de laveste 40 prosent av inntektsfordelingen og som hadde flyttet.

Helseeffektene av å komme i bolig for personer som for eksempel befinner seg i en situasjon preget av bostedsløshet har også vært tematisert i en rekke studier. I en ny amerikansk studie av Henwood med flere ser man på effektene av å gå inn i såkalt ”Permanent Supportive Housing (PSH)” for personer uten bolig (Henwood mfl., 2013). ”Supportive Housing” er en strategi basert på en kombinasjon av bolig og tjenester, som på en kostnads-effektiv måte er ment å hjelpe personer med komplekse problemer over i en mer stabil livssituasjon. Strategien er en variant av ”Housing First” modellen, og særlig rettet inn mot personer med vansker i forhold til rus og psykiatri, ofte i situasjoner av bostedsløshet. I studien argumenterer forfatterne for at det eksisterer en sammenheng mellom det å være bosatt i en fast bolig og tilgjengelighet til helsetjenester. Dette gir i neste omgang også bedret helsesituasjon for de som bosettes i programmet. I tillegg kommer også boligsituasjonens mer sosiale dimensjoner, som tilhørighet til et nabolag og bomiljø generelt, som også påvirker helsen på en positiv måte. Studien er imidlertid basert på

tverrsnittsdata, og har således ikke til intensjon om så noe konkret om kausalitet.

Omfanget av studier som dokumenterer kausalt etablerte sammenhenger mellom vanskeligstilte husholdningers bosituasjon og helse er generelt noe begrenset. Dette kommer også frem i tidligere oversikter, blant annet en kanadisk studie fra 2006 som har gjort opp status for forskning knyttet til sammenhengen mellom "housing" og helse blant vanskeligstilte grupper (Dunn mfl., 2007). Dette er delvis metodisk betinget. Mange studier har benyttet seg av såkalte tverrsnittsdata, det vil si at de ser på sammenhenger på et gitt tidspunkt.

En del studier har fokusert kun på deler av relasjonen mellom bolig og helse, som for eksempel bosituasjonen blant utvalgte grupper, som personer med rusvaner, bostedsløse etc. Disse studiene vil likevel være relevante for vår studie fordi de ser på sammenhenger som er tilsvarende våre problemstillinger. En del studier i denne kategorien vil også i stor grad ha en reversert kausalitetsforståelse. Man tar utgangspunkt i en gitt bosituasjon, eksempelvis bostedsløshet eller utkastelse, og beskriver ulike kjennetegn ved de som kommer i denne situasjonen (Jamfør Dyb og Johannesen, 2012, samt Holm og Astrup, 2009). Mange av disse studiene har heller ikke hatt som utgangspunkt å etablere kunnskap om kausale sammenhenger.

Et viktig spørsmål på veien mot en kausal forståelse av sammenhengen mellom bolig og helse for vanskeligstilte grupper er hvilke indikatorer som er relevante for å beskrive helsetilstanden og variasjoner i denne og hvordan vi metodisk skal kontrollere for sosioøkonomisk status og slik søke å isolere effekten av bolig på helse.

En klassisk studie i norsk sammenheng, som det kan være illustrerende å vise til, selv om den går mange år tilbake, er Gjestland og Moens studie fra 1988 av variasjoner i levealder mellom ulike bydeler i Oslo. Studien bygget på en kontrafaktisk kausalforståelse, der levealder ble sammenliknet systematisk mellom ulike østlige og vestlig bydeler i Oslo. Studien beveger seg langt i retning av å konkludere med at grunnen til de store variasjonene i levealder bydelene imellom, ikke kan tilskrives egenskaper ved bydelene i seg, som variasjoner i boligstandard etc., men knyttes snarere til individuelle sosiodemografiske variable

som sosioøkonomisk posisjon, herunder arbeid. I henhold til studiens implisitte logikk vil ikke en endring av boligsituasjonen automatisk endre forskjellene i dødelighet mellom bydelene, så lenge den sosioøkonomiske posisjonen tillegges så stor betydning.

Gjestland og Moens fokus på dødelighet som en indikator på sosialt betinget helsetilstand er også videreført blant annet i en interessant studie av Stensvold mfl. fra 1998. Selv om også denne er av eldre årgang, er den interessant i denne sammenhengen da den ved å rette oppmerksomheten mot dødelighet i ulike bydeler i Oslo blant annet ser på ”sektiv innflytting til billigere bydeler av personer med høyere risiko for å utvikle sykdom og utflytting av friskere individer”, samt ”ulike levekår på grunn av boforhold, miljø og arbeidssituasjon” som forklaringsfaktorer til grunn for høyere dødelighet (Stensvold mfl., 1998:21). Studien gjør en systematisk sammenlikning av dødelighet i Oslos bydeler og finner klare variasjoner i dødelighet mellom disse. Studien går imidlertid ikke dypere inn på relasjonen mellom boforhold og dødelighet, utover å lansere dette som en av flere forklaringsfaktorer.

Med de senere årenes fokus på boligsosiale problemstillinger som fattigdom, bostedsløshet og utkastelser har fokuset på sosialpsykologiske betingelser for boligsituasjonen og livskvalitet økt betydelig i omfang. Dette nyanserer de sammenhenger blant annet Gjestland og Moen finner i sin studie.

Således viser mye av de senere års forskning hvordan personer med vansker i forhold til rus og psykiatri er overrepresentert blant personer med en svak tilknytning til boligmarkedet, i form av bostedsløshet (Dyb og Johannessen, 2012). Dette fremkommer ved tallmateriale samlet inn på landsbasis fra samtlige institusjoner og instanser med oppgaver i relasjon til bostedsløse. Kartleggingene differensierer også kjennetegn ved de bostedsløse etter alder. Slik får en frem om noen problemstillinger er overrepresentert blant unge i utvalget. I kartleggingene inngår de ulike sosiale kjennetegnene som et slags felles sett av bakenforliggende variable. I en oppfølgingsstudie som ser på årsaker til bostedsløshet finner Dyb mfl., (2013) blant annet at på mikronivå er det signifikante sammenhenger med den enkeltes erfaring med å være bostedsløs, det å være mann, over 25 år, uten samværsrett med sine barn og det å ha sosialhjelp som viktigste inntektskilde. Dyb mfl finner også sammenhenger mellom

utfordringer knyttet til psykisk og fysisk sykdom og/eller rus og bostedsløshet (Dyb mfl., 2013). Kartleggingen som baserer seg på et meget bredt utvalg norske kommuner, og har en ambisjon om å finne frem til årsakssammenhenger i det det heter i innledningen at man i analysen tar sikte på å finne ”forhold som kan føre til bostedsløshet og situasjoner som kan skape risiko for å havne i bostedsløshet” (Dyb mfl, 2013:24). Dataene utgjør et tverrsnitt på et gitt tidspunkt og ingen tidsserie. Slikt sett er sammenhengene etablert gjennom signifikant samvariasjon og bygger implisitt på en reversert forståelse av kausalitet. Utover dette problematiseres ikke kausalitet i disse studiene.

Studien forteller med andre ord ikke at psykiske vansker eller rusproblemer er årsak til bostedsløshet, men viser at sammenhengene mellom disse variablene og det å ha en dårlig bolig er sterke. Studien etablerer heller ikke kontrafaktisk kausalitet. Det er ikke slik at rus er årsak til bostedsløshet, på en måte som innebærer at bostedsløshet ikke ville ha funnet sted, om ikke rusvanskene hadde vært tilstede.

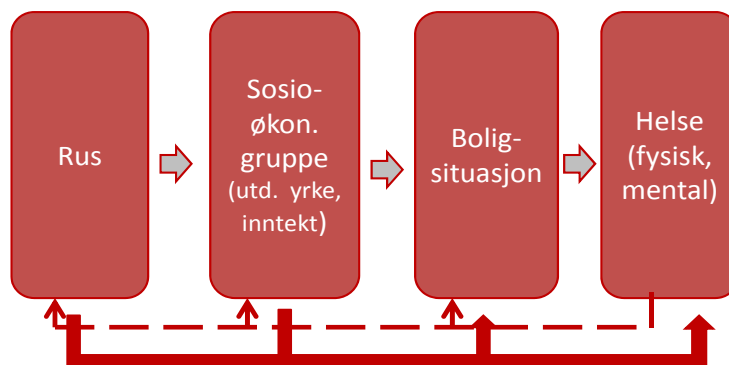
En tilsvarende status leveres i studien til Holm og Astrup om utkastelser og tvangssalg (Holm og Astrup, 2009). Med bakgrunn i kvalitative intervjuer med berørte parter, fremstår rusmisbrukere, personer med psykiske vansker, eventuelt i forbindelse med rusmisbruk, som en overrepresentert gruppe, sammenliknet med befolkningen som helhet, blant personer som kommer i en utkastelsessituasjon (Holm og Astrup, 2009). Studien baserer seg på rene tverrsnittsdata. Utkastelse eller tvangssalg kan oppstå uten relasjon til rusproblemer. Noe av det samme gjelder studien av Turner og Stefansen (2012), nevnt ovenfor, som tok for seg barnefamilier med lav inntekt og deres bokvalitet. Studien viste et høyere innslag av leie enn eie, mottak av sosialstønad, flere enslige forsørgere, høyere andel med innvandrerbakgrunn og trangboddhet blant barnefamilier som over lengre tid har leid sin bolig, sammenliknet med andre familier. Denne trangboddheten, som det også er vist til tidligere, påvirker barna i form av at de sjeldnere kan ha venner på besøk, sjeldnere har eget rom etc. Basert i tverrsnittsdata gis det et grunnlag for å slutte at sammenhengen mellom det å tilhøre en lavinntektsgruppe og å ha en utsatt bositusjon, som gir visse livskvalitetsforringende kvaliteter, som sjeldnere besøk for barna etc. er robuste.

En studie som tar dette et steg videre, er gjort i forbindelse med et prosjekt basert på "Housing First" strategien. I det såkalte "Pathways Housing First", finner Tsemberis mfl., (2012) at tilgang til bolig, støtte og behandling for personer med komplekse behov, i stor grad bostedsløse, medfører reduksjon i psykiske helseproblemer, alkoholbruk og behov for intensiv bistand (Tsemberis mfl., 2012). Selv om også denne studien bygger på tverrsnittsdata, botid etter to år, gir den et relevant kausalt bilde av sammenhenger mellom bosetting av vanskeligstilte og helse.

Disse studiene tegner et relevant kart over relasjonene mellom egenskaper ved individet, som inntekt, utdanning, vansker med rus, etc., og bosituasjonen, selv om linjen ikke trekkes helt frem til helse som følge av bolig. Studiene forteller i stede noe om hvilke personer som befinner seg i en utsatt boligsituasjon, og med det, som er mest disponert for det forskningen definerer som vanskeligstilte boforhold i forhold til helse.

Hvordan disse eksemplene på studier på forholdet mellom vanskeligstilte og bolig kausalt plasserer seg i forhold til den overordnede relasjonen mellom bolig og helse, kan illustreres ved følgende modell. I modellen har vi tegnet inn vansker i forhold til rus etc. som en bakenforliggende og uavhengig variabel som er med å betinge den enkeltes tilknytning til arbeidslivet, inntekt, adferdsmønster etc. Dette er igjen antatt å ha betydning for den enkeltes bosituasjon og tilknytning til boligmarkedet, som igjen kan være med å betinge den enkeltes helsesituasjon.

Samtidig er det viktig å få frem at kausaliteten er mer kompleks enn som så, og sammenhenger går mellom nær sagt alle de uavhengige variablene og mot høyre. Således vil for eksempel vansker i forhold til rus også kunne påvirke både boligsituasjonen og helsetilstanden direkte. Dette gjelder også øvrige sosioøkonomiske kjennetegn ved den enkelte. Dette er i figuren illustrert ved at piler går mellom samtlige variable til venstre i figuren, mot samtlige variable mot høyre.

Figur 4.1 *Sammenhenger mellom rus, bolig og mental helse*

Men selv om årsakssammenhengene i modellen i utgangspunktet er tenkt å gå fra venstre mot høyre, har vi ved de stiplede linjene også ment å illustrere at årsakssammenhengene også kan gå fra høyre mot venstre. Helsetilstanden kan påvirke den enkeltes tilknytning til arbeidslivet, som igjen kan påvirke tilknytningen til boligmarkedet, som igjen kan påvirke den enkeltes relasjon til rusmidler.

Et eksempel på forskning som dels også har beveget seg fra høyre til venstre i modellen finner vi innenfor en del forskning knyttet til sammenhengen mellom psykiske helse og bolig (jamfør Holm, 2012). Med bakgrunnen i blant annet intensjonene i Opptrappingsplanen for psykisk helse, har man blant annet sett på sammenhenger mellom mental helse og mulighet til å fungere i ulike bosituasjoner.

Å dokumentere de ulike delsammenhengene i modellen har vært utgangspunktet for mye av den boligsosiale forskningen i Norge og andre land. Innsikt i dette legger imidlertid et grunnlag for innsikt i den kausale relasjonen mellom bolig og helse for vanskeligstilte.

4.4.4 Landbakgrunn

Landbakgrunn kan være en egen dimensjon knyttet til å komme inn på boligmarkedet i Norge. Dette er påvist i en rekke studier (jamfør Søholt, 2007). Sammenhengen mellom landbakgrunn og helse, formidlet via bolig synes imidlertid kompleks. Dette fremkommer blant annet i en interessant nyere studie fra USA (Ortiz og Zimmerman, 2013) hvis ambisjon var å se i hvilken grad etnisitet påvirker sammenhengen mellom det å eie sin egen bolig (homeownership) og helse. I studien ser forskerne blant annet på hvorvidt det er forskjeller i sammenhenger mellom eierskap og helse mellom etniske minoriteter og ikke-latino, hvite amerikanere. Studien baserer seg på et stort longitudinelt surveymateriale, og sammenhengene en finner synes stabile over tid.

Datamaterialet i studien bygger på tidsseriedata fra tre grupper, latinere født i USA, afroamerikanere og ikke latinske hvite, og data er hentet inn fra årene 2003, 2005, 2007 og 2009 i forbindelse med surveyen California Health Interview Survey. Materialet ble analysert ved hjelp av vektet multivariat regresjonsanalyse, hvor det ble kontrollert for sosioøkonomiske og demografiske faktorer, for slik å rendyrke sammenhengen mellom "homeownership" og ulike dimensjoner ved psykisk helse, ulike generelle helseindikatorer og selvopplevd helsestatus.

Resultatene av analysen er interessante. Det viser seg at de positive effektene på helse som ligger i å eie sin egen bolig, modereres betydelig for personer med etnisk minoritetsbakgrunn, sammenliknet med hvite, ikke latinske amerikanere. Dette slår særlig ut for selvopplevd helsestatus og generelle helseindikatorer. Eie av egen bolig viste seg derimot som en robust indikator for å forklare helsesituasjonen i den ikke-latinske hvite delen av befolkningen.

Dette får forskerne bak studien til å konkludere med at den signifikante sammenhengen mellom eierskap til bolig og helse ikke er til stede for amerikanere med etnisk minoritetsbakgrunn. I drøftingen åpnes det for at denne manglende sammenhengen kan være et resultat av at andre forhold knyttet til boligsituasjonen enn eierskap, motvirker de positive sammenhengene mellom god helse og den sikkerhet det gir å eie sin egen bolig, uten at dette tematiseres videre i studien.

Grødem og Sandbekk (2013) drøfter også hva som påvirker om innvandrere kjøper bolig eller ikke. De finner at det som påvirker dette er faktorer knyttet til inkludering, botid, inntekt – igjen en sterk faktor for boligkjøp – å være i jobb og antallet barn. Antall barn har kurvlineær sammenheng. Familier med ett, to og til dels tre barn har større sjanse for å eie, mens familier med fire eller flere barn har mindre sjanse for å eie. Det tolkes som at det å ha barn øker motivasjonen for å kjøpe bolig, mens det å ha mange barn kan gjøre det vanskeligere (Grødem og Sandbekk, 2013:46). Det er med andre ord ikke dårlig helse som er årsak til at man ikke kjøper bolig (for å oppnå bedre boforhold), men inntekt som den viktigste forklaringen.

4.5 Disposisjonsform og helse

Som det fremgår av presentasjonene så langt, har mye fokus i litteraturen vært på sammenhenger mellom boligens fysiske egenskaper og helse. Færre studier har sett på sammenhenger mellom boligens kvalitative standarder og helse, selv om dette ligger inne som en variabel i studien vist til ovenfor av Oritz og Zimmerman (2013).

En viktig kvalitativ standard ved bolig, eller ved det som kalles ”non-shelter” egenskaper, er disposisjonsform. Dette har vært en sentral dimensjon i mye boligsosial forskning her hjemme, samtidig som vi vet at ulike land har ulike strategier knyttet til dette. (Barlindhaug mfl., 2014). I Norge har vi en klarere tradisjon for å eie vår egen bolig, med en tilhørende mindre leiesektor. Dette kommer også til uttrykk i en høy andel som også ønsker å eie sin egen bolig. Dette er ikke unikt i Norge. I en dansk studie fremkommer det for eksempel at en stabil andel på tre av fire ønsker å eie sin egen bolig (Bloze og Skak, 2012:471). De slår fast at det å eie sin egen bolig gir en rekke velferdsgevinster, knyttet til fri disposisjon av boligen, tilpasning av boligen og eventuell have, i tillegg til de positive effektene de tilskriver det å eie når det kommer til sosial adferd og kapital. Spørsmålet er imidlertid i denne sammenhengen om det er noen underliggende kausal sammenheng mellom disposisjonsform til bolig og helse.

Dette handler om hvilke sider eller egenskaper ved eie-/leieforholdet som kan tenkes å påvirke beboerens helse, og en interessant klassifisering av slike egenskaper finner vi hos Baker

mfl i deres studie fra 2013, som baserer seg på et skille mellom prestisje, gjeldsbyrde, om man har råd til å handle i nabolaget (affordability), stabilitet i bomiljøet og boligens tilstand. En annen nyere studie, gjort av Gibson mfl. fra 2011, fokuserer også i stor grad på prestisjen ved å eie kontra leie. Dette har også vært fokus i eldre studier (jamfør Hiscock mfl. fra 2003). Pollack mfl. har i sin studie fra 2010, sett på hvordan effektene av husholdningers svake økonomi i en bosituasjon, kan bli ytterligere forverret i et leieforhold (2010). De finner for eksempel at det å leie en bolig forsterker sammenhengen mellom lav husholdningsøkonomi og lav score på selvrapportert helse.

Baker mfl., (2013:429) peker på at det metodisk kan være vanskelig å skille disposisjonsform fra vanskelige sosioøkonomiske forhold. De viser til at sunnere og rikere hushold er i stand til å velge å bo i en eid bolig, mens de med færre ressurser eller med begrensninger knyttet til fysisk helse, arbeidsløshet, fattigdom etc., med større sannsynlighet finner veien inn i leiemarkedet.

Et viktig utgangspunkt for en drøfting av kausaliteten i relasjonen mellom disposisjonsform og helse, er i hvilken grad leietakere systematisk ser ut til å skille seg fra eiere, blant annet ved sosioøkonomisk profil og med hensyn til alder, for deretter å kontrollere for dette i en kausalanalyse.

Ser vi kort på det første spørsmålet først kommer det fram, blant annet i Sandlie (2010) og Medby og Astrup (2011), at leietakere, særlig langtidsleietakere, systematisk skiller seg fra eiere ved at de i større grad er unge, enslige og har lavere inntekt enn andre. Personer med innvandrerbakgrunn og husholdninger som mottar sosial bistand er også overrepresentert blant langtidsleiere i forhold til deres andel av befolkningen ellers (Medby og Astrup, 2011:33 og 37).

For å studere sammenhengen mellom disposisjonsform og helse, må en kontrollere for slike variabler. Analysedesignet må ta hensyn til at variable som utdanning, inntekt og yrke med stor sannsynlighet korrelerer både med disposisjonsform til boligen og helse.

Det interessante forskningsspørsmålet som Baker mfl (2013) følger, er nettopp om relasjonen mellom disposisjonsform og helse holder seg om en kontrollerer for en rekke sosioøkonomiske

forhold med mer. Slik har Baker mfl. ambisjon om å dokumentere kausalitet, fremfor bare samvariasjoner, noe som kan være viktig når analysefunn skal danne grunnlag for policyvalg av politiske myndigheter. I et forsøk nettopp på å etablere kausale sammenhenger på feltet, tar Baker mfl. til orde for å bruke longitudinelle studier (Baker mfl., 2013:427).

Baker mfl., (2013) henter sine data fra databasen "Houshold, Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA)". Denne omfatter i alt 10 245 svar fra personer i alderen 25 til 64 på en tidsserie fra 2001 til 2007, fordelt på 488 distrikter i Australia. Disse longitudinelle data er analysert med regresjonsteknikker, og Baker mfl ser i sin studie på sammenhenger mellom disposisjonsform og helse. Fordelen, slik de definerer det, ved en randomisert modell, er at:

We simultaneously compare individuals with each other, as well as examine differences within individuals over time. In the fixed effects model, we make comparisons within individuals only, over time, thereby removing bias associated with differences between people in the population that are not measured or that are hard to measure (Baker mfl., 2013:428).

Slik kan studien sikre at de sammenhengene de finner mellom disposisjonsform og mental helse faktisk er kausale sammenhenger.

Videre finner forskerne en klar forskjell mellom gjennomsnittlig utslag på ulike indikatorer på mental helse og disposisjonsform, etter å ha testet for ulike sosiale bakgrunnsfaktorer. Leietakere har fler vansker med hensyn til mental helse enn eiere av sin egen bolig. Interessant nok finner de at leietakere i offentlig bolig kommer verre ut enn personer som leier privat (Baker mfl., 2013:435). Studien benytter også tidsseriedataene til å studere effekter for personene i utvalget over tid. Dette setter forskerne i stand til å fokusere på sammenhenger mellom disposisjonsform og mental helse, samtidig som det kontrolleres for uobserverte forskjeller som kan overstyre effektene av bolig i modellen. Resultatene i denne analysemodellen viser imidlertid ingen sammenheng mellom disposisjonsform og mental helse.

For ytterligere å gå inn i kausaliteten ble utvalget avgrenset til de som hadde flyttet mellom boliger med ulik disposisjonsform. Det er imidlertid ingen statistisk signifikant endring i mental helse, som følge av endring i disposisjonsform på bolig (Baker mfl., 2013:436).

Dette interessante funnet får forskerne bak studien til å trekke følgende konklusjon om kausalitet:

While populations in different tenures were clearly found to have different average mental health, by comparing fixed effects (within-person) with random effects (between- and within-person) regression models, we found that poorer mental health among renters was more a reflection of the composition of the population than an effect of being in that tenure (Baker mfl., 2013:437).

Disposisjonsform er helt klart assosiert med mental helse, slik det fremgår av studien. Forfatterne konkluderer likevel, med bakgrunn i analysen av et underutvalg som endrer disposisjonsform, at det ikke foreligger noen kausal sammenheng (Baker mfl., 2013:437).

En dansk studie, basert på paneldata, analysert ved hjelp av regresjonsteknikker, finner en negativ sammenheng mellom det å eie sin egen bolig, og psykisk stress (Bloze og Skak, 2012). I studien lages det en indeks, basert på en rekke psykososiale variable som humør, tretthet, ”svake nerver”, med videre, hvor respondenten selv vurderer seg i forhold til disse variablene. Forskerne finner sterkest effekt for lavinntektsgrupper.

Studien benytter data for samme panel fra årene 1976, 1986 og 2000. Selv om data er relativt gamle, er det interessante at de viser at det skjer en endring i effekter i perioden. Disposisjonsform hadde ikke effekt på psykisk stress i 1976, men hadde det i 1986 og 2000 (Bloze og Skak, 2012:479). Forskerne forklarer dette med at det var en krise i 1976, som følge av oljekrisen i 1973, som også påvirket huseiere slik at også de rapporterte dårligere helse. For årene 1986 og 2000, som fremstår som mer ”normale” hva angår konjunktorene, finner forskerne en signifikant sammenheng.

En annen studie som tar opp interessante perspektiver på forholdet mellom eie og leie i et helse relatert perspektiv, men som heller ikke definerer dette innenfor en ramme av kausalitet er gjort

av Anders Vassenden, og publisert i 2014 (Vassenden, 2014). Tematikken knytter seg til symbolske verdier knyttet til det å eie versus det å leie. Selv om studien finner frem til at eierskap til bolig er assosiert med symbolske verdier som sikkerhet, frihet, autonomi, sparing og tilhørighet, ligger det ingen eksplisitt kausalitetsargumentasjon inne i analysen. Den underliggende analysemodellen bygger imidlertid på at eie versus leie legger føringer på hvilke symbolske grenser boligeiere versus leietakere beveger seg innenfor. Disse grensene, som knytter seg til sikkerhet, frihet, økonomi og tilhørighet, lar Vassenden sine informanter definere. Informantene er her valgt blant vanskeligstilte på boligmarkedet, som er utestengt fra eiermarkedet og som befinner seg i en leiesituasjon. Det er deres subjektive vurderinger av symbolske verdier knyttet til det å eie versus det å leie som definerer hovedfunnene i studien.

Vassenden finner at vanskeligstilte på boligmarkedet, som leier sin bolig ofte opplever at deres utestengelse fra et eiermarked er assosiert med manglende moralsk verdighet og med symbolsk ekskludering (Vassenden, 2014). Studien er meget interessant, da den knytter kvalitative størrelser til det å eie og det å leie sin egen bolig. Men gitt at studien benytter seg av tverrsnittsdata, etableres det ingen kausale sammenhenger direkte. Implisitt baserer studien seg imidlertid på en reversert forståelse av kausalitet, hvor det sluttes fra opplevelse om symbolske grenser blant leietakere, til at dette har en sammenheng med selve disposisjonsformen.

Hvilken sammenheng dette har på helsesituasjonen til disse gruppene er illustrert vi med noen eksempler på australsk og amerikansk forskning. Den baserer seg på et longitudinelt analysedesign, egnet for å etablere kunnskap om kausalitet. Således er "unaffordability" blant lavinntektsgrupper i en nyere australsk studie dokumentert å ha en kausal effekt på mental helse (Bentley mfl, 2011). Også i forhold til inneklima i boliger synes lavinntektsgrupper mer utsatt for helseplager som astma (Turcotte mfl, 2013, Northridge mfl, 2010). En amerikansk studie finner dessuten at også etnisitet er en viktig uavhengig variabel i en analyse av bolig som betingelse for helse. Ortiz og Zimmerman (2013) finner således fra en nyere studie at de positive effektene det har å eie sin egen bolig, først og fremst er tilstede for "hvite" amerikanere og ikke i samme grad afroamerikanere (Ortiz og Zimmerman, 2013). Dette åpner for at andre forhold knyttet til

boforholdet enn eierskap til boligen motvirker de positive effektene en finner i studien at eierskap til boligen har på helse.

Mange studier har konkludert med at eiere har bedre helse enn leietakere. Dette kommer til uttrykk blant annet angående miljøeffekter som kriminalitet, psykisk stress og dødelighet. Samtidig finner studier at de som leier systematisk skiller seg fra de som eier på en rekke bakgrunnsvariable som er relevant for å si noe om enkeltpersoners helse.

Hovedfunnet er at det er en klar forskjell mellom gjennomsnittlig utslag på ulike indikatorer på mental helse, avhengig av disposisjonsform, etter å ha testet for ulike sosiale bakgrunnsfaktorer. Leietakere har kort fortalt fler vansker med hensyn til mental helse enn eiere av sin egen bolig. Leietakere i offentlig bolig kommer dårligere ut enn personer som leier privat. Avgrensens studien til de som hadde flyttet mellom boliger med ulik disposisjonsform forsvinner imidlertid sammenhengen. Det er imidlertid ingen statistisk signifikant endring i mental helse, som følge av endring i disposisjonsform på bolig (2013:436). Dette får forskerne til å konkludere med at det ikke foreligger noen kausal sammenheng (Baker mfl., 2013:435-437).

Hvorvidt disse funnene står seg i andre studier er usikkert. Vi nevner et eksempel på en dansk studie som finner en negativ korrelasjon mellom det å eie sin egen bolig og psykisk stress (Bloze og Skak, 2012). Også denne baserer seg på tidsseriedata, knyttet til et panel og data analyseres ved hjelp av regresjonsteknikker. Størst effekt av disposisjonsformen på en mental "tilstandsindeks", finner forskerne for lav-inntektsgrupper. Det samme støttes langt på vei av studien til Vassenden (2014) av leietakere i Norge, som også nyanserer det bildet Baker m.fl. trekker opp. Metodiske styrker knyttet til sistnevnte studie, gjør imidlertid at funnene til Baker m.fl. står seg godt i denne korte gjennomgangen.

Disposisjonsform og helse, noen eldre funn

Hvordan står så disse funnene seg i forhold til eldre studier? Her skal vi bare kort nevne non funn i utvalgte studier fra årtusenskiftet og utover som nettopp har fokusert på denne sammenhengen mellom disposisjonsform og helse. Utgangspunktet har i stor grad vært helsesituasjonen blant eiere versus leietakere. I de fleste av disse studiene kommer det frem at

eiere har bedre helse enn leietakere (eksempelvis Smith, Easterlow og Munro 2004). Dette handler blant annet om styrket mental helse (Kearns mfl., (2000) og lavere dødelighet (Breez mfl., 1999). Se også Baker mfl., 2010:428.

Noe av disse sammenhengene knytter seg til at eiere av egen bolig har færre problemer knyttet til trangboddhet, fukt, utsatthet for dårlig bomiljø som kriminalitet etc. eller annen ikke-sosial adferd blant naboer, i nærmiljøet eller liknende. Leietakere på den andre siden, og da spesielt personer som leier av kommunen, er i større grad knyttet til helseplager knyttet til hjertevansker og risikoatferd hva angår livsstil, eksempelvis røyking, etc. Helse ser ut til å være resultat av både kjennetegn ved beboeren og ved boligen.

4.6 Oppsummering

Dette kapittelet har handlet om kvaliteter ved boligen og deres påvirkning på helse, men også om forskjellige vanskeligstilte gruppers forhold til bolig.

I spørsmålet om boligens påvirkning på fysisk og mental helse viste vi at det er gjennomført studier som påviser sammenhenger mellom dårlige kvaliteter ved bolig og dårlig helse. Den internasjonale forskningen som er gjort, for det er gjort lite norsk på dette temaet, viser at det er særlig to forhold ved bolig som påvirker helse og det er dårlige sanitære forhold og dårlig inneklima. Inneklima er da fukt og råte, trekk, kulde, dårlig materiell standard på boligen og støy fra naboer eller trafikk. De som bor i boliger med slike trekk er oftere enn andre utsatt for luftveisinfeksjoner og astma enn andre og de har dårligere egenrapportert mental helse.

Faktorer som støy og utslipp påvirker barn i større grad enn voksne, også innendørs. Det er gjort studier som viser at det er sammenhenger mellom trangboddhet og skadelige miljøstoffer i boligen. Barn påvirkes også i stor grad mentalt av trangboddhet. Det kan påvirke både deres skoleprestasjoner, men også deres sosiale liv i form av å være med venner. Barn påvirkes også i større grad av konflikter og stress i boligen enn voksne og slikt er det mer av i trangbodde hus og leiligheter enn andre steder.

Angående vanskeligstilte har vi funnet en del norske studier. Dette er studier som er basert enten i et kvalitativt metodisk inntak, eller som baserer seg på surveydata fra kommuner. Da ses det spesielt på forekomster og studiene har få ambisjoner om å si noe om årsakssammenhenger utover at de viser til hva som er kommunal politikk angående bolig for vanskeligstilte. Studier viser til at psykisk utviklingshemmede har mer ustabile boforhold enn tidligere og det kan tyde på at det er personer med rusproblemer som prioriteres i den kommunale boligpolitikken. Personer med mentale lidelser har dårligere boforhold enn andre, det har også personer med doble diagnoser (rus og mental helse), uten at det er mulig å trekke noen konklusjon om at boligen er årsak til at helsen er dårlig.

Studier av helseeffekter for grupper som er vanskeligstilte på boligmarkedet har lenge vist at boområde og bolig er sosialt ulikt fordelt.

5 Oppsummering og diskusjon

5.1 Problemstillinger og hypoteser som er belyst i litteraturen

I innledningskapittelet satte vi opp disse hypotesene om forholdet mellom bolig og helse:

Tabell 5.1 *Hypoteser om forholdet mellom bomiljø og helse*

	Bomiljø – mellom husene	Boligen
Fysisk helse	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)
Psykisk helse	Identitet og tilhørighet, status, trygghet, mening, sosial kapital	Identitet og tilhørighet, trygge boforhold (eie/leie)Vedlikehold

I løpet av prosjektperioden har vi funnet studier som omfatter de fleste av disse områdene. Det er gått gjennom studier som omfatter nevnte faktorer ved nabolag og konsekvenser for fysisk og mental helse og det er gjennomgått studier som omfatter de nevnte faktorene ved boligen. Det vi ikke har funnet studier om er stråling, sol- og dagslysforhold, ellers er andre faktorer for inneklima, som fukt, råte, kulde, varme belyst, både som betingelser for fysisk og mental helse. Vi har også funnet få norske studier.

5.1.1 Funn angående boligområder og boliger

Boligområder påvirker den fysiske helsen ved på ulike måter å legge til rette for fysisk aktivitet. Boligområder som har varierte omgivelser og som tilbyr et variert romlig mønster, dvs. tilgang på offentlig kommunikasjon, offentlige og private tjenester, tjenester innenfor kultur og konsumpsjon, tilgang til fysisk aktivitet og nærfriluftsliv er såkalt ”gåbare”. De påvirker den fysiske helsen positivt fordi beboerne kan gå ut og enkelt bruke sitt nærområde og det er mulig å gå og sykle. Studier som har behandlet disse temaene er det gjort mange av. Boligområder som er såkalt ”gåbare” legger mer enn andre til rette for at reiser skal gjennomføres som gående evt. syklende. I Norge vil det være mange steder som ikke er gåbare relatert til denne definisjonen, men som likevel legger til rette for fysisk aktivitet grunnet sin nærhet til natur. Dette er et av de områdene der det med sikkerhet kan sies at det er et kausalt forhold: boligområdet påvirker på ulike måter fysisk helse.

Gode boligområder, som beskrevet over, påvirker også den mentale helsen til beboere. Først og fremst fordi det er mulig å være fysisk aktiv i tilknytning til boligen, men også fordi de legger til rette for at det kan bygges sosial kapital mellom beboere. Boligområder og boliger som er nedslitt fører til at beboere utsettes for flere typer boligrisikoer, utsettes for såkalte «housing bundles» av risiko. Risiko er knyttet til boligens, men også boligområdets fysiske mangler. Fysiske mangler ved bolig dreier seg om trangboddhet, fukt, råte, utslipp som påvirker inneklime, skader og manglende vedlikehold for eksempel knyttet til sanitære forhold eller systemer for oppvarming. Dette inngår også i eie/leie-dimensjonen fordi manglende kontroll med ytre vedlikehold etc. knyttet til å bebo en leid bolig øker den individuelle utsattheten for å oppleve helserisiko. Fysiske mangler ved boområde eller nabolag dreier seg ofte om manglende grøntområder, for tett bebyggelse, nedslittethet i form av grafitti og tagging, søppel og rot, kriminalitet og vold, støy og utslipp fra trafikk og industri. Dette er tildels også knyttet til opphopning av beboere med lav sosioøkonomisk status (SES) og segregering langs dimensjonene landbakgrunn og alder. Begge disse gruppene av faktorer påvirker både den fysiske og den mentale helsen negativt.

Angående den fysiske helsen ble det påvist at fornyelses- og områdeprosjekter, der både boliger, boområder, samt bygninger som skoler og arbeidsplasser inngikk, hadde positiv virkning for helsen. Slike prosjekter kunne også påvirke den mentale helsen fordi prosjektene involverte faktorer som ga beboere i områder som ble fornyet styrket sosial kapital.

5.1.2 Funn i fordypningstemaene

For dette arbeidet har vi hatt to fordypningsområder, barn og bolig og sosial kapital, samt at vi har sett spesielt på bolig for vanskeligstilte. Studiene vi har funnet som har målt utsatthet for utslipp og støy har i stor grad handlet om barn. Å bo i områder som er utsatt er sosialt fordelt og spesielt barn i slike områder er mer utsatt for sykdom som astma og andre luftveissykdommer enn barn som bor andre steder. En faktor som trangboddhet viser seg å være viktig for barns skoleprestasjoner, samt for deres mentale helse og trivsel mer generelt. Det karakteriserer disse studiene at de ikke påviser at bolig er en selvstendig forklaringsvariabel, men blir overstyrt av variabler som utdanning og inntekt. Selv om mange av studiene ikke diskuterer det, er de også preget av at det kan være reversert kausalitet. I de tilfellene der studier har målt faktiske nivåer av giftstoffer i kroppen påvises kausalitet mellom boligområde og helse og også i noen tilfeller mellom bolig og helse.

Sosial kapital er et fenomen som er studert forholdsvis mye i tilknytning til boligområder. Også studier av dette temaet er preget av diskusjonene om data og analysemetoder, men det kan til dels påvises at boligområder som legger til rette for at folk kan drive fysisk aktivitet i nabolaget, at det er kort vei til tjenester og kommunikasjon, og at de treffer naboer ute, styrker tilliten mellom folk, altså den sosiale kapitalen for dem som bor i nabolagene. Sosial kapital styrkes også når nabolag har lite kriminalitet, er ryddige, og boligene holder god nok kvalitet.

Selv om studiene peker på at bolig og boligområde som selvstendig påvirkningsfaktor for helse overstyres av utdanning og inntekt på en slik måte at det er de med lav sosioøkonomisk status som bor i de dårlige boområdene og i de dårlige boligene, er det ikke mange som trekker implikasjoner av dette og sier at studiene handler om vanskeligstilte på boligmarkedet. På dette temaet er et imidlertid

gjort noen norske studier og det vises at psykisk utviklingshemmede har mer ustabile boforhold nå en tidligere. Personer som har utfordringer mht rus og psykiatri har svak tilknytning til boligmarkedet og de bor også ofte dårlig. Det er også påvist at mennesker med innvandrerbakgrunn har vanskeligheter med å komme inn på boligmarkedet, dette gjelder også for Norge. Det er også slik at de sjeldnere enn andre eier sin egen bolig.

Studiene vi har gått gjennom konkluderer forskjellig mht bolig som selvstendig årsak til helsetilstand. I korrelasjonsanalyser og bivariate analyser framkommer denne typen effekter, men de kan overstyres av effektene variablene utdanning og inntekt har på helse når de prøves i multivariate analyser. At utdanning og inntekt påvirker helse er en velkjent problemstilling, det er de to viktigste påvirkningsfaktorene for helse. Studiene vi har gått gjennom viser til at utdanning og inntekt samvarierer med bolig på en slik måte at de påvirker hvilket boligområde eller nabolag man kan bosette seg i og hvilken bolig man kan ha. Denne sterke samvariasjonen viser til at bolig er ulikt fordelt i befolkningen avhengig av utdanning og inntekt. Samtidig finner også studier som bruker tidsserier og paneldata at bolig og spesielt boligområde er en selvstendig årsak til helsetilstand. Bområde og bolig man bor i er altså både en konsekvens av utdanning og inntekt, samtidig som det har selvstendig effekt på helse.

Bolig er altså et grunnleggende materielt velferdsgode som er fordelt ulikt avhengig av utdanning og inntekt. Ulikefordeling av grunnleggende materielle goder anses som urettferdig og bør utsettes for forskjellige typer offentlig politikk som kan redusere den ulike fordelingen.

5.2 Datakilder og metoder

Som det fremkommer ovenfor har studier både fokusert på bomiljøet og boligen som en forutsetning for god helse. Som vi var inne på i kapittel to, har imidlertid mye av denne forskningen hatt som utgangspunkt å måle effektene av individuelle faktorer knyttet til relasjonen mellom bolig og helse. Det er brukt tverrsnittsdata og det pekes på robuste sammenhenger. For å kunne slutte noe om kausalitet må en benytte metodiske tilnærminger og design som er egnet til å si noe om dette. Både kvantitative og kvalitative metodiske tilnærminger er brukt, men

blant studiene vi har funnet er kvantitative tilnærminger det vanligste. Det er brukt datakilder som forskjellige helseregistre, levekårsstudier og folketellinger og forskere har gjennomført egne surveyer for å teste ut hypoteser og teoretiske sammenhenger om bolig og helse, men også for å replikere tidligere gjennomførte studier.

Surveyene som er gjennomført framstår som store og omfattende. I en del studier er egne surveyer koblet til nasjonale registre, i andre er analysene basert kun i gjennomførte surveyer. Felles for mange av studiene vi har lest er at de er basert på tverrsnittsdata og at dette beklages fordi tverrsnittsdata kun kan si om sammenhengene er robuste, ikke nødvendigvis om uavhengige variable har forklarende effekt. Tverrsnittsdata anses ikke som å ha samme forklaringskraft som data over tid, longitudinelle data og paneldata, som tydeligvis foretrekkes i forskningen om sammenhenger mellom bolig og helse.

I studiene som benytter seg av tverrsnittsdata er det brukt ulike analyseteknikker som korrelasjoner, som er første spadestik og finner enkle sammenhenger mellom variable som inngår. Det er brukt regresjonsanalyser som skiller mellom variabler som kan forklare og variabler som blir forklart, altså uavhengige og avhengige variable. Regresjonsanalyser flytter også oppmerksomheten fra størrelsen på sammenhengen til styrken på årsakseffekten (Midtbø, 2010). Regresjonsanalyser kan være bivariate og ser da på årsakssammenhenger mellom to variable, og de kan være multivariate og ser da på sammenhenger mellom flere årsaksvariable på en avhengig variabel. Multivariate analyser er mer spesifikke enn bivariate, og sammenhenger som framstår som tydelige og robuste i bivariate analyser kan forsvinne når variablene inkluderes i multivariate analyser. Metoden kan identifisere effekten på en variabel, samtidig som andre variable holdes konstante. Forklaringene kan dermed isoleres fra andre forklaringer og de kan vurderes relativt til hverandre. Slike analyser kan også vurdere grupper av variable opp mot hverandre (Midtbø, 2010), som variable innenfor temaet bolig mot variable innenfor temaet sosioøkonomisk posisjon og virkninger de har for helse.

Tidsserier, analyser av longitudinelle data og paneldata, foretrekkes altså fordi de kan gi mer presise forståelser av årsakssammenhenger enn analyser av tverrsnittsdata. Data over tid

kan for eksempel avgjøre styrken mellom sammenhenger som ser ut til å være like sterke i regresjonsanalyser. Analyser der det brukes tidsserier er komplekse, det er også data som inngår i analysene. Mange av studiene vi har benyttet i denne litteraturstudien har gjennomført egne surveyer, noen over tid for å etablere longitudinelle datasett. Mange er også knyttet til etablerte registre som folketellinger, samt til undersøkelser om befolkningens og grupper av befolkningens helsetilstand som gjennomføres med jevne mellomrom.

Vi har forholdt oss mye til tidsskrifter som publiserer innenfor helse og folkehelse og der gjelder ”gullstandard”, dvs. at studier der forskerne kan ha kontroll på årsaksvariablene og manipulere disse, er de som anses som å ha sikrest resultater. Dette er studier med RCT-metodikk (randomised controlled trials) og det innebærer at det også er etablert kontrollgrupper som ikke får ta del i intervensjonen som gjennomføres. Intervensjonen, for eksempel forbedring av et boligområde, er da årsaksvariablen. Av slike studier har vi kommet over noen som har et kvalitativt metodisk inntak. Ellers er longitudinelle studier og panelstudier, som begge har data over tid, foretrukne datagrunnlag, men også studier der tidsspennet er kortere og der det er etablert en baseline som det kan studeres endringer ut fra, er brukt. Dette kalles noen ganger kvasi-eksperiment. Longitudinelt design er å gjenta studien på tilnærmet det samme utvalget på ulike tidspunkter. På denne måten skapes det et naturlig eksperiment som gjør det mulig å teste teorier om årsak og virkning. Den samme effekten kan oppnås ved metodetriangulering, der en benytter et sammensatt metodisk design for å definere forholdet mellom variabler som forklarer og variabler som blir forklart. Vi har funnet noen studier der analyser er gjennomført på denne måten.

5.3 Implikasjoner for norsk politikk for å sikre folkehelse og bolig

WHO mener at bolig er en av de mest sentrale faktorene som kan påvirke helse positivt og negativt – det er en viktig determinant for helse. Det slås også fast at den boligen en person eller en familie kan ha er sosialt determinert, dvs. at fordelingen av bolig er sosialt ulik avhengig av inntekt. WHOs egne kunnskapsoppsummeringer om bolig og helse ligger til grunn for denne innstillingen og i tråd

med dette foreslår organisasjonen at bolig og boligområde er et felt som bør utsettes for både statlig og lokal regulering. WHO er et overnasjonalt organ med frivillig medlemskap og kan som sådan ikke gi styringssignaler til nasjonalstatene, men det gis anbefalinger.

Kunnskapsoppssummeringene WHO har gjennomført får støtte i annen litteratur. Denne bygger på sosialepidemiologiske studier basert i stort anlagte statistiske undersøkelser og materiale, nasjonalt og flernasjonalt, og som ofte omfatter både nasjonale registre og forskerstyrte surveyer. Den bygger også på studier som har utgangspunkt i kvalitativt materiale. De kommer fram til det samme – bolig og boligområdet vi bor i påvirker helsen, og bolig og boligområdet vi bor i, er sosialt determinert. I tillegg til inntekt, som igjen er avhengig av utdanning, er landbakgrunn og alder og til dels kjønn viktige dimensjoner i den sosiale determineringen av bolig. Litteraturstudien er i all hovedsak basert i internasjonale studier, men i den grad skandinaviske og norske studier er funnet, er de nokså samstemte. Sosial determinering av et gode tilsier også at godet er urettferdig fordelt, men at det kan endres. Løsningen for å endre det må finnes politisk.

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. Krav til kvalitet nedfelles som universell utforming og miljø. Samtidig utvikles og gjennomføres det boligosiale tiltak for grupper som har problemer med å komme inn på boligmarkedet, samt utsettes for bostedsløshet. Slike tiltak iverksettes i tett samarbeid med kommunene og kommunene har fått en rolle som sentrale aktører i boligpolitikken.

Kommunenes forsterkede rolle i boligpolitikken er i tråd med nettverks- eller partnerskapsstyringen som de ble redegjort for innledningsvis – staten er avhengig av andre aktører for å få gjennomført politikken sin. Prosedyrene staten kan ta i bruk er å gi lov og retningslinjer, finansiere, kontrollere og drive tilsyn, samt legge til rette for nettverksbasert samarbeid. 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 og PBL er et viktig folkehelsepolitisk redskap, mens Folkehelseloven kan gjøres til et viktig boligpolitisk redskap.

Folkehelseloven kan bli et viktig boligpolitisk redskap fordi den sier at kommunene, som beskrevet i kapittel en, skal lage oversikter over faktorer i lokalsamfunnet som påvirker helsen positivt og negativt. Oversikten skal inneholde visse tema som befolkningssammensetning, oppvekst- og levekårsforhold, fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø, skader og ulykker, helserelatert atferd og helsetilstand. Som vi har vist i litteraturstudien vil mange av disse temaene omfatte både boligområder og boliger. Bolig inngår som et sentralt element for barns oppvekst og levekår, og det ble vist til at dårlige boliger ga større risiko for at barn fikk astma og luftveissykdommer, samt at det kunne påvirke deres skoleprestasjoner hvis barn er medlem av familier som er utsatt for trangboddhet. Trangboddhet kunne også være årsaken til depresjoner og mentale lidelser.

Bolig inngår også som et sentralt element når fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø skal kartlegges og vurderes. Kommunale aktører kan stille spørsmål om hvor boligområder er lokalisert og hvor de ønsker at nye boligområder skal lokaliseres i framtiden. Hvordan er miljøet rundt boligene – legger det til rette for fysisk aktivitet, er det utslippsfritt og vil det fortsette å være det i framtiden, hva kan gjøres i det sosiale miljøet for å unngå kriminalitet og vold, og legges det til rette for sosiale møteplasser for å fremme kontakt og deltakelse mellom beboere i et nabolag? Oversikten legger til rette for at slike spørsmål kan stilles.

Kontakt mellom naboer, ble det vist til i litteraturstudien, kan medvirke til at det utviklet seg normer som understøtter fysisk aktivitet, dvs. at det bygger seg opp sosial kapital som har positiv påvirkning på helseatferd og dermed på helse. Fysisk utforming vil også kunne påvirke den sosiale kontakten hvis den legger til rette for at beboere tar boligområdet i bruk for å være fysisk aktive. Det ble vist til en sammenheng mellom fysisk aktivitet og sosial kontakt, og at dette også kan styrke den mentale helsen til beboere i et nabolag. Som det ble vist til i litteraturstudien vil dårlige boliger og boområder også påvirke sannsynligheten for at beboere utsettes

for ulykker og skader. Bolig og boområder angår altså de fleste temaene som skal inn i oversikten kommunene skal lage over positive og negative faktorer som påvirker helsen, men kommunene er ikke pliktige til å faktisk ta dette temaet i betraktning.

Det anbefales at den kommunale oversikten bygger på folkehelseprofilene som Folkehelseinstituttet gjør tilgjengelig, og kommuner er frie til å inkludere tema de selv finner nødvendig. Likevel vil det trolig være et viktig statlig bidrag til kommunenes arbeid om opplysninger om bolig blir lagt inn i folkehelseprofilene. Da kan kommunene bygge videre på den tilpassete statistikken når de skal stille sine egne spørsmål knyttet til bolig og boområder. Denne oversikten skal brukes inn mot planstrategien først og fremst, som er kommunenes vurdering av hvilket planbehov de har. Den kan også brukes inn mot andre planer og det er i arealplanleggingen at hensynene tas til hvor boligområder plasseres i forhold til trafikk – både kollektivknutepunkter og viktige gjennomfartsåreer for biltrafikk – samt virksomheter og annet som kan medføre utslipp som har uheldige helsemessige konsekvenser. Det er også i arealplanen at boligområdene formes mht andre fasiliteter som offentlige tjenester, tilgang til friluftsområder, kultur og handel som de plasseres i tilknytning til. Kommuneplanens samfunnsdel bør også inneholde noen vyer om utforming av kommunenes framtidige boliger og boligområder, samt deres lokalisering i tilknytning til utslippskilder, og også til faktorer som virker positivt på helsen.

Det er altså utarbeidet forskrifter og veiledere til lovene som understøtter dette møtepunktet de har lokalt, og det systematiske folkehelsearbeidet kan tas i bruk lokalt for å inkludere bolig og helse i planleggingen. Det er likevel en utfordring for kommunene at lovene i liten grad følges av ressurser som spesifikt er satt av til at kommuner kan drive utviklingsarbeid innenfor folkehelse, samt oversette retningslinjene i loven til egne lokale behov. Dette er en utfordring som kan hindre at boligspørsmål kommer på folkehelseagendaen. Kommunene har mange hensyn å ta og det kan for eksempel se ut til at folkehelsearbeidet i forståelsen det systematiske folkehelsearbeidet taper terreng i kommunene vis a vis Samhandlingsreformens fokus på somatisk helse. Husbanken har ressurser til styrking av kompetanse, samt til å, i samarbeid med kommunene, dekke utsatte gruppers behov for bolig.

Husbanken har ressurser til å utvikle tiltak nasjonalt, som de iverksetter i samarbeid med kommuner, men de har også i liten grad ressurser til å utvikle tiltak lokalt.

Avreguleringen av boligmarkedet har ført med seg at store deler av reguleringen av områder til boligformål i kommunene gjennomføres av private aktører. Kommunene har ikke lengre tomtereserver eller andre ressurser de kan benytte til å legge til rette for boligbygging. For å føre en god boligpolitikk må kommunene derfor samarbeide med private aktører. Da er det sentralt at de kan ha mulighet til å føre en proaktiv politikk.

At kommunenes har en viktig rolle i boligpolitikken framstår som positivt mht å kjenne boligbehovet lokalt. Der ligger det også et potensial for kommunene til å prioritere i forhold til innbyggernes preferanser og tilpasse sentral og lokal boligpolitikk til kjente preferanser og behov. Kommunenes rolle som aktør i boligpolitikken er positiv også mht innbyggernes deltakelse. De kan delta formelt i tilknytning til kommunevalg, men det vil også være muligheter for å delta ut over det formelle valget i tilknytning til velforeninger, borettslag etc.

Samtidig viser kommunenes sterke rolle i boligpolitikken til utfordringer og dilemmaer. Kommunene har ansvaret for å lage oversikt over positive og negative faktorer som påvirker helsen, samt vurdere dem, og bruke den inn mot sin planstrategi og andre planer. Kommunene har også ansvaret for å sikre gode relasjoner til private utbyggere og i et kommunalt landskap der kommuner har varierende størrelse, kapasitet og kompetanse kan dette medføre at kommunene overlater store deler av nødvendige beslutninger nettopp til de private aktørene, og egen boligpolitikk blir reaktiv. Et viktig bidrag fra statlig nivå generelt og Husbanken spesielt, vil da være å legge til rette for at dette samarbeidet kan være så friksjonsfritt som mulig. For å sikre det kan det være en mulighet for statlige aktører å spesifisere noen reguleringer noe nærmere, for eksempel for å unngå trangboddhet og sikre gode sosiale miljøer i og rundt boligområder. Det kan også være en mulighet å gi kommuner fornyet myndighet til å guide reguleringsprosesser i ønsket retning. Dette kan gjøres ved å lage retningslinjer eller veiledere for partenes ansvar og roller i samstyring av de private reguleringsprosessene, for eksempel angående hvem som bør delta i forhandlinger – kan det være en

idé at kommunelegen eller helsesjefen deltar for eksempel, i tillegg til kompetente planleggere? Det kan også være en tanke å lage retningslinjer for fordelingen av boligtyper, spesielt mht størrelse, og disposisjonsform når nye boliger og boområder planlegges. Dette dreier seg om at boligområder skal være bærekraftige og ikke rettes inn mot homogene grupper, men at det skal sikres rom for å skape et heterogent boligmiljø. Ikke alle boområder, bolig og beboere kan være like attraktive som dagens retorikk legger opp til. Attraktivitet kan like gjerne være segregeringens språkdrakt – det kan forhindre at boligområder får en heterogen beboergruppe.

5.3.1 Problemstillinger for videre forskning

Litteraturstudien som er gjennomført reiser mange interessante problemstillinger knyttet til dagens norske boligpolitikk, ikke minst til kommunenes rolle i denne politikken. Som vist til over legges det til rette for at kommuner kan inkludere bolig i sin oversikt over positive og negative faktorer som påvirker helse. Gjennom Folkehelseloven og PBL har de allerede en del virkemidler som kan tas i bruk for å inkludere bolig tydelig i planarbeidet. Det gjelder bolig generelt for hele kommunens befolkning og spesielt for utsatte grupper. Problemstillinger kan være som følger:

- Hvordan er forholdet mellom bolig og helse i Norge?
- Er det problemer med bomiljø og boområder, hva slags problemer er det eventuelt og hvor utbredt er de? Manglende grønt- og friluftsområder i nærheten etc.
- Er det problemer med boliger? Hva er evt. utbredelsen av problemer knyttet til boligen og hva slags problemer er det eventuelt? Problemer med sanitæranlegg, med varmesystemer.
- Forholdet mellom eie og leie – er det fler helseproblemer knyttet til leie enn til å eie i Norge?
- Har kommunale aktører helseaspektene ved sin boligpolitikk, evt. mangel på boligpolitikk høyt på sin agenda?
- Har kommunale aktører fordelingsaspektene ved boligpolitikken høyt på sin agenda?

- Gjennomføres det helsekonsekvensutredninger ved større tiltak i kommunene? Har kommuner kompetanse til å gjennomføre slike utredninger?
- Inngår boligpolitikk som en del av politikk og tiltak for å styrke barns oppvekstvilkår?
- Hvordan tenker og handler kommuner mht å planlegge boligområder og boliger? De lager boligsosiale handlingsplaner, men planlegger de generelt for å møte etterspørselen etter boliger? Hvordan omtales den kommunale boligpolitikken – er attraktivitet det viktigste begrepet?
- Hvordan benytter kommunene boligsosiale virkemidler? Tenker de helseforbedring?
- Hvilken statlig kompetanse benytter kommunene, hva benytter de den til, og hvordan benytter de den? For eksempel folkehelseprofiler og veiledere.
- Hvordan samhandler kommunene med private utbyggere? Får kommunene gjennomslag for sine verdier knyttet til boligpolitikken? Stiller de noen krav, hvilke krav stiller de evt. og oppfatter de at de har gjennomslag for dem?

5.3.2 Data og metode for videre forskning

Disse problemstillingene kan belyses ved hjelp av ulike datakilder. Både kvantitative og kvalitative kilder, blant de kvalitative vil det også være viktig å gjennomføre intervjuer med statlige aktører.

Kvantitative data vi har funnet fram til som det kan være mulig å analysere for å svare på problemstillinger knyttet til boligområdets og boligens betingelser for helsen, er levekårsundersøkelsen The European Union Statistics on Income and Living Conditions, **EU-silc** (Wiggen 2012). EU-silc består av både tverrsnittdata og paneldata, og undersøkelsen gjennomføres årlig. https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/notat_201270/notat_201270.pdf

EU-silc er en videreføring av Levekårsundersøkelsene som jevnlig ble gjennomført i Norge siden 1973. Denne ble samordnet med EU-silc i 2003 og fra 2011 består undersøkelsen av en fast kjerne

av spørsmål og temabolker som varierer. Temabolkene gjentas med en syklus på tre år. Utvalget til undersøkelsen er et roterende panel. De samme personene intervjues dermed flere år, noe som gir mulighet for paneldata der de samme individene inngår over tid (Vrålstad m. fl., 2013).inntekt, fattigdom og sosial eksklusjon, bolig, arbeid, utdanning og helse er tema det samles inn opplysninger om hvert år (Thorsen og Revold, 2014). Temabolker varierer og er fritid og friluftsliv, organisasjonsaktivitet, politisk deltakelse og sosialt nettverk, bolig og boforhold, utsatthet og uro for lovbrudd, idrettsaktiviteter og kulturaktiviteter, samt helse. I 2012 var blant annet bolig og boforhold en av slike temabolker. Dette var temabolk også i 2007 og skal være det igjen i 2015.

EU-silc er en av tre levekårsundersøkelser, og helse er både inkludert i denne, samt at det er gjenstand for en egen undersøkelse, det er også arbeidsmiljø. I den generelle delen av EU-silc er det inkludert spørsmål om blant annet egendefinert helse og om langvarige sykdommer eller helseproblemer (Thorsen og Revold, 2014). Det er ikke inkludert spørsmål om mental helse. I temabolken om bolig vil spørsmålene om bolig blant annet gi informasjon om boutgifter, disposisjonsform, tilgang til oppvarming og vann, sanitæranlegg, råte og fukt, samt lys, støy og støv i boligen, og om boligen er tilpasset beboere med spesielle behov. De vil videre gi opplysninger om boligområde, som støy utenfor boligen knyttet til kilder som fly og trafikk, tilgang til kollektivtrafikk og tjenester. De gir også opplysninger om opplevelse av trygghet, opplevelsen av trafikk, samt om det er leke- og nærturterreng i området.

Boligdelen av undersøkelsen gir også opplysninger om et par helsespørsmål, som astma, bevegelse, hørsel og syn. Denne delen av undersøkelsen gir ikke opplysninger om mental helse, det gjør heller ikke den delen av undersøkelsen som er rettet direkte mot helse. Den inneholder imidlertid et spørsmål om egenopplevd helse som det kan være interessant å måle noen av boligvariablene mot. EU-silc gir også opplysninger om type bolig folk bor i, om salgpris, om beboere har stort lån, betalingsproblemer, om beboere har flyttet nylig, om de har tenkt å flytte snart og om deler av boligen leies ut. Det vil si at det er mulig å, til en viss grad, undersøke om bolig er sosialt ulikefordelt mellom sosioøkonomiske grupper.

EU-silc gir oss altså muligheten til å koble helseopplysninger og boligopplysninger sammen. Det kan være grunnlag for å gjennomføre noen analyser basert på paneldata fordi det er et spørsmål om den som svarer bor i samme bolig som sist vedkommende svarte. Dette er et usikkert spørsmål, for det første fordi undersøkelsen er roterende slik at noen alltid faller bort, i tillegg er det bare om lag 56 prosent av de spurte som svarer. Hovedanalysene vil uansett måtte være tverrsnittsanalyser, muligens på ulike tidspunkter. På grunn av datas beskaffenhet, det er en utvalgsundersøkelse, vil det også være få individer i ulike kategorier. Det vil heller ikke være mulig å koble dem til kommunenummer. Det begrenser analyser som kan gjøres mht boligområder, men det er grupper av variable som kan knyttes sammen i analyser slik at det vil være mulig å peke på generelle tendenser. Det vil imidlertid ikke være mulig å replikere, det vil si gjennomføre nye studier der problemstillinger som har diskutert bydeler, distrikter og nabolag i spesielle distrikter, og deres konsekvenser for helse, gjentas. Derfor vil det heller ikke være mulig å trekke noen konklusjoner mht sammenhenger mellom helse og bolig på grunnlag av opplysningene i levekårsdataene i EU-Silc, men det kan vise noen tendenser. Tendenser kan så være utgangspunkt for andre typer studier.

Det kan også være mulig å gjøre noen analyser basert på **Difis innbyggerundersøkelser** (fra 2009-10 og 2012-13) som inneholder noen spørsmål om boligforhold (for eksempel disposisjonsform og antall husstandsmedlemmer), men kun enkelte spørsmål om bruk av kommunale helse- og pleietjenester – dvs. ikke om faktisk eller opplevd helsetilstand. Fordelen med disse dataene er allikevel at de foreligger på individnivå, at materialet er forholdsvis omfattende (N = 12 000 til 23 000), at det opplyses om bosted (kommunenummer) – slik at stedlige boligmarkedsforhold lett kan kontrolleres for – og at det inneholder et rikt batteri av individuelle bakgrunnsvariabler. En ulempe er uansett at dette dreier seg om tverrsnittsdata, dvs. de gir ikke anledning til å følge individuelle forløp med hensyn til boligsituasjon og helsetilstand. Se <http://www.difi.no/innbyggerundersokelsen/>.

Det vil være av interesse å se eventuelle resultater fra analyser gjennomført på EU-silc-materialet mot **Intervjudata** NIBR er i besittelse av og som ble gjennomført høsten 2013 og vinteren

2014. Dette er fokusgruppeintervjuer om folkehelse som ble gjennomført i 12 kommuner, samt at det foreligger data fra ytterligere seks kommuner ved utgangen av 2014. Noen av intervjuene berører bolig som tema. Resultatene herfra bør følges opp med nye intervjuer i fire til seks kommuner spesifikt knyttet til dette prosjektet, der kommunenes rolle i boligpolitikken, deres verdier og forhandlingsstyrke, studeres. Kommunene bør da velges mht de kommunene som allerede er i materialet, samt slik at de så langt som det er mulig kan utgjøre et representativt utvalg. Dette er først og fremst knyttet til størrelse, men også lokalisering. Det bør benyttes fokusgruppeintervjuer der aktører innenfor både planlegging og helse, evt. oppvekst deltar. Aktører innenfor disse områdene av kommunal tjenesteproduksjon kan ha synspunkter på bolig og helse, samt sosial ulikhet, det kan være interessant å se i sammenheng.

Litteratur

- Akademisk Arkitektforening og Københavns kommune, Teknik og miljøforvaltningen (2014): *Evidens for sociale effekter af fysiske indsatser i udsatte boligområder*. København
- Almedom, A. M. og D. Glandon (2008). Social Capital and Mental Health. An Updated Interdisciplinary Review of Primary Evidence. I: I. Kawachi, S. V. Subramanian og D. Kim. *Social Capital and Health* Springer Science, New York
- Andvig, Ellen, Lyberg, Anne og Gonzalez, Marianne Thorsen (2013) Erfaringer med å bo i egen bolig ved langvarige psykiske helseproblemer: En scoping review. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 2013, nr.2, ss. 115-128.
- Baker, E., R. Bentley, og K. Mason (2013): The Mental Health Effects of Housing Tenure: Causal or Compositional? *Urban Studies*. 2013:50 (2), ss. 426-442.
- Bakke, K. I. Kvamme, T. S. Mydland, og R. Wærdahl (2012): Husrom uten hjerterom. Kan bolig motvirke marginaliseringsprosesser? Agderforskning. Kristiansand, FoU-rapport nr. 1/2012
- Baldersheim H, K Ståhlberg, Guided Democracy or Multi-Level Governance? New Trends in Regulatory Regimes in Central-Local Relations in the Nordic Countries« p 74-90, *Local Government Studies* 28, 2002
- Barnes, M. Butt, S., Tomaszewski, W. (2011): "The Duration of Bad Housing and Children`s Well-being in Britain". *Housing Studies*. Vol.26, no. 1,s. 155-176. Londen: Routledge
- Barlindhaug, R. A. Holm, B. Nordahl og H. Renå (2014): Boligbygging i storbyene – virkemidler og handingsrom. Nibr-rapport 2014:8.

- Barrington, W. E., M. Stafford, M. Hamer, S. A. A. Beresford, T. Koepsell og A. Steptoe (2014). Neighborhood socioeconomic deprivation, perceived neighborhood factors, and cortisol responses to induced stress among healthy adults. *Health & Place* 27 (2014) 120-126
- Bask, M. (2010): "Increasing Inequalities in Social Exclusion Occurrence: The Case of Sweden 1979-2003". Springer Science+Business Media B.B.
- Bentley, R., E. Baker, K. Mason, S. V. Subramanian, og A. M. Kavanagh (2011): Association Between Housing Affordability and Mental Health: A Longitudinal Analysis of a Nationally Representative Household Survey in Australia. *American Journal of Epidemiology*. Vol. 174, no. 7, 2011, ss. 753-760.
- Bloze, Gintautas og Skak, Morten (2012) "Housing Tenure and Psychological Distress". *International Journal of Housing Policy*. Vol. 12, No.4, ss. 471-488. December 2012.
- Bolte, B. Tamburlini, G. og Kohlhuber, M. (2009): "Environmental inequalities among children in Europe – evaluation of scientific evidence and policy implications" *European Journal of Public Health*, Vol. 20 no.1 s. 14-20
- Borg, Marit (2009) Bedringsprosesser slik de leves I hverdagslivet. Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening* 46, ss. 452-459.
- Braubach, J. Algoet, M. Beaton, S. Lauriou, M, Heroux, M (2012): "Mortality associated with exposure to carbon monoxide in WHO European Member States". WHO Regional Office for Europa, Copenhagen, Denmark. Blackwell Publishing
- Braubach, M and J. Fairburn (2010): Social inequities in environmental risks associated with housing and residential location – a review of evidence. *European Journal of Public Health*. Vol. 20, No. 1, 36-42
- Breeze, E., Sloggett, A. og Fletcher, A. (1999) Socioeconomic and demographic predictors of mortality and the institutional residence among middle aged and older people: results from the longitudinal study, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 53ss. 765-774.

- Carlson, C., S. Aytur, K. Gardner og S. Rogers (2012): Complexity in Built Environment, Health and Destination Walking: A Neighborhood-Scala Analysis. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol.89. No.2, 270-284
- Cassidy, T., G. Inglis, C. Wiysonge og R. Matzopoulos (2014): A systematic review of the effects of poverty deconcentration and urban upgrading on youth violence. *Health & Place* 26 (2014) 78-87
- Curtis, S. And M. Riva (2008): Health geographies. I: Complexity theory and human health. *Progress in Human Geographies* 2010 34:215. DOI: 10.1177/0309132509336026
- Dahl, E., H. Bergsli og K. A. van der Wel (2014). *Sosial ulikhet i helse. En norsk kunnskapsoversikt*. Fakultetet for samfunnsforskning, Høgskolen i Oslo og Akershus, Oslo
- Dahlgren, G. & M. Whitehead (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
- Davies, and N. Sheriff (2011):
- Deguen, S. and Zmirou-Navier, D. (2010): “Social inequalities resulting from health risks related to ambient air quality – A European review” *European Journal of Public Health*, Vol. 20, no. 1 s. 27-35
- Duncan, G. E., B. Mills, E. Strachan, P. Hurvitz, R. Huang, A. V. Moudon og E. Turkheimer (2014). *Health & Place* 27 (2014) 106-111
- Dunn, J. (2006): Housing as a Socio-Economic Determinant on Health: Findings on a Gaps and Opportunities Assessments. National Needs Canadian Journal of Public Health. Volum 97, ss.11-15.
- Dyb, E., K. Johannesen, C. Lied og T. Kvinge (2013): Forklaringer på bostedsløshet. NIBR-rapport 2013:6. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo
- Dyb, E. og K. Johannesen (2012): Bostedsløse i Norge i 2012 – en kartlegging. NIBR-rapport 2013:5. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo

- Dyb, E., M. K. Helgesen og K. Johannesen (2008): På vei til egen bolig. Evaluering av nasjonal strategi for å forebygge og bekjempe bostedsløshet 2005-2007. NIBR-rapport 2008:15. Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo
- Elstad, J. I. (2005): "Sosioøkonomiske ulikheter i helse. Teorier og forklaringer". *Sosial-og helsedirektoratet*. IS- 1282
- Epland, J. (2001). Barn i husholdninger med lav inntekt: Omfang, utvikling, årsaker. Statistisk sentralbyrå 2001/9
- Fosse, E. (2009): Norwegian public health policy – revitalisation of the social democratic welfare state? *International Journal of Health Services*. Vol.13, no.2, 2009
- Fosse, E. og M. Strand (2010): "Politikk for å redusere sosiale ulikheter i helse i Norge: Fornyet politisering av folkehelse spørsmål". *Tidsskrift for velferdsforskning*, vol. 13, No. 1, 2010, side 14-25
- Freedman, D. A. m.fl. (2014): "Using Photovoice to Develop a Grounded Theory of Socio-Environmental Attributes Influencing the Health of Community Environments". *British Journal of Social Work* nr. 44, s. 1301-1321
- Gautun, H. og A. B. Grønningsæter (2012): Bolig og helse. Samhandlingsreformens betydning for boligpolitikken. Fafo-rapport 2012:3.
- Gaskin, D.J. Thorpe, R.J., McGinty, E., Bower, K., Rohde, C., Young, J.H., LaVeist, T.A og Dubay, L. (2013) Disparities in Diabetes: The Nexus of Race, Poverty and Place. *American Journal of Public Health*. 2013
- Gibson, M., Thomson, H. Kearns, A. og Petticrew, M. (2011:2) Understanding the Psychological Impacts og Housing Type: Qualitative Evidence from a Housing and Regeneration Intervention. *Housing Studies*. Vol. 26, no. 4. Ss. 555-573.
- Gibson, M., Petticrew, M., Bambra, C. og Sowden, A.J. (2011:1) Housing and health inequalities: a synthesis of systematic reviews of interventions aimed at different pathways linking housing and health. *Health and Place*, 17. Ss. 175-184.
- Gjestland, D. og B. Moen (1988) East is East and West is West. Nibr-rapport 1988

- Gullestad, M. (1985): Livsstil og likhet. Oslo. Universitetsforlaget
- Guttu, J. og Schmidt, L. (2012): "Nye byboliger i et kvalitetsperspektiv" i Nordahl (red.) *Boligmarked og boligpolitikk*. Trondheim. Akademika forlag
- Hanssen, G.S. og Hofstad, H. (eds.2013): Compact City Policies in England, Denmark, the Netherlands and Norway. Oslo: NIBR rapport 2013:30
- Helbig, M. (2010) "Neighborhood does matter! Soziostrukturelle Nachbarschaftscharakteristika und Bildungserfolg". *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*. Köln: Verlag für Sozialwissenschaften
- Hellevik, O. (2006). Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap. Universitetsforlaget, Oslo
- Heløe, L. A. (2010): Velferd på avveier? Utviklingslinjer og dilemmaer I *helse- og sosialpolitikken*. Abstrakt forlag, Oslo
- Henwood, Benjamin F., Cabassa, Leopoldo J., Craig, Catherine M. og Padgett, Deborah K. (2013) Permanent Supportive Housing: Adressing Homelessness and Health Disparities? *American Journal of Public Health*, volume 103, Issue S2 (December 2013).
- Helsedirektoratet (2013): *God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*. Helsedirektoratet, Oslo
- Hofstad, H., G. S. Hanssen, A. Røiseland, M. Indseth, J. E. Klausen og M. K. Helgesen (2014): *Handling wicked and unruly problems at the regional level – Norwegian regions as network nodes and drivers of health promotion, water management and economic development policies*. Upublisert arbeidsnotat
- Hiscock, R. Macintyre, S., Kearns, A. og Ellaway, A. (2003) Residence and residents: factors predicting the health disadvantage of social renters compared to owner-occupiers. *Journal of Social Issues*, 59 (3), ss. 527-546.
- Holm, Arne (2012) En verdig bosituasjon innen psykisk helsearbeid. NIBR-rapport 2012:2.
- Holm, Arne og Hild Marte Bjørnsen (2012) Boligsosialt arbeid i fjell kommune. Nibr-rapport 2012:12.

- HOD (2011): Lov om folkehelsearbeid. Lov-2011-06-24-29.
Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
- Juvkam, D. (2009): ”Hvem bor i små boliger”. Schmidt (red.): Små boliger – en kunnskapsoversikt. Oslo: NIBR rapport 2009:1
- Kawachi, I. et al. (2008): Social capital and Health. Springer
- Kearns, A. Hiscock, R., Ellaway, A. og Macintyre, S. (2000)
“Beyond four walls”: the psycho-social benefits of home: evidence from west central Scotland. *Housing Studies*, 15. Ss. 387-410.
- Kjelvik, J.(2012): Barn og unges miljø og helse 2011. utvalgte indikatorer om barn og unges fysiske og sosiale miljøfaktorer. SSB Rapporter 12/2012, Statistisk sentralbyrå, Oslo, Kongsvinger
- KMD (2014): *Statlige planretningslinjer for samordnet bolig-, areal- og transportplanlegging*. Retningslinje, 26.09.2014. Kommunal og moderniseringsdepartementet, Oslo
- Kunnskapssenteret (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten) (2012): *Forebygging av allergi hos barn. Systematisk litteratursøk med sortering*. Oslo
- Leppo, K., Ollila, E., Peña., Wismar, M. and Cook, S. (2013): *Health in all Policies. Seizing opportunities, implementing policies*. Finnish Ministry of Social Affairs and Health
- Leventhal, T. og Newman, S. (2010): “Housing and child development”. *Children and Youth Services Review*. Oxford: Elsevier
- Li, T. og G. Lin (2014): Examining the role of location specific associations between ambient air pollutants and asthma in the United States. *Health & Place* 25 (2014) 26-33
- Lindèn-Boström, M. Persson, C. og Eriksson, C. (2010): ”Neighbourhood characteristics, social capital and self-rated health – A population-based survey in Sweden”. *BMC Public Health*
- Marmot, M. (2010): The Marmot Review. Fair Society, Healthy Lives. Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010.

- Marmot, M. (2007): Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet* 370:1153-63, 2007.
- McCormack, G. R., A. Shiell, P. K. Doyle-Baker, C. M. Friedenreich og B. A. Sandalack (2014): Subpopulation differences in the association between neighborhood urban form and neighborhood-based physical activity. *Health & Place* 28 (2014) 109-115
- MD (2008): Plan- og bygningsloven (PBL). Lov-2008-06-27-71. Miljøverndepartementet, Oslo
- Medby, Per og Astrup, Kim (2011) Langtidsleietakere I det norske boligmarkedet – En empirisk analyse basert på Levekårsundersøkelsen 2007. Nibr-rapport 2011:27
- Mehdipanha, R., M. Rodrigues-Sanz, D. Malmusi, C. Muntaner, E. Diez, X. Bartoll and C. Borrell (2014): The effects of an urban renewal project on health and health inequalities: a quasi-experimental study in Barcelona. *Journal of Epidemiology Community Health* 2014;68:811-817
- Midtbø, T. (2010). *Regresjonsanalyse for samfunnsvitere. Med eksempler i SPSS*. Universitetsforlaget, Oslo
- Miewald, Christina og Ostry, Aleck (2014) A Warm Meal and a Bed: Intersections of Housing and Food Security in Vancouver's Downtown Eastside. *Housing Studies*. 2014. Vol. 29, No.6, ss. 709-729
- Miles, R., C. Coutts and A. Mohamadi (2011): Neighbourhood Urban Form, Social Environment and Depression. *Journal Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 89, No 1
- Milton, B. m.fl. (2012): The impact of community engagement on health and social outcomes: a systematic review". *Community Development Journal*, Vol. 47, no. 3 s. 316-334
- Mohnen, S.M. m.fl. (2012a): "Health-related behavior as a mechanism behind the relationship between neighborhood social capital and individual health- a multilevel analysis". *BMC Public Health*
- Mohnen, S.M. m.fl. (2012b): "You have to be there to enjoy it? Neighbourhood social capital and health" i *European Journal of Public Health* Vol. 23 no. 1, s. 33-39

- Mohnen, S. M. m.fl. (2011): "Neighborhood social capital and individuell health". *Social Science & Medicine* 72 (2011) s. 660-667 . Elsevier
- Naidoo, J. og J. Wills (2010): *Developing Practice for Public Health and Health Promotion*. Baillière and Tindall, Elsevier, Edinburgh
- Nordahl, B. (2013): Planlegging og marked – arealplanlegging som arena for dialog og forhandling. N. Aarsæther, E, Fallet, T. Nyseth og R. Kristiansen (red): *Utfordringer for norsk planlegging. Kunnskap, bærekraft, demokrati*. Cappelen Damm, Høyskoleforlaget, Oslo
- Nordahl, B. (2012): "Boligpolitikken og markedet". I: B. Nordahl (red): *Boligmarked og boligpolitikk*. Akademika forlag, Oslo
- Norges forskningsråd (2005): Sosial kapital
- NKSHT, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2013): Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Mars 2013
- Nordvik, V. (2006): "Boligstandard" i Gullbrandsen, L. (red.) *Bolig og levekår i Norge 2004. en artikkelsamling*. Oslo: NOVA rapport nr. 3, s. 23-56
- Northridge, J., O. F. Ramirez, J. A. Stingone og L. Claudio (2010): The Role of Housing Type and Housing Quality in Urban Children with Asthma. *Journal of Urban Health: Bulletin of New York Academy of Medicine*, Vol.87, No. 2
- Næss, P. (2014): "Urban Form, Sustainability and Health: The Case of Greater Oslo". *European Planning Studies* Vol.22, no.7 s. 1524-1543
- O`Campo, P., C. Salmon and J. Burke (2009): Neighbourhoods and mental well-being: What are the pathways? *Health & Place* 15 (2009) 56-58
- Ortiz, Selena E. og Zimmerman, Frederick J. (2013) Race/ethnicity and the Relationship Between Homeownership and Health. *American Journal of Public Health*. April 2013, Vol. 103, No. 4, ss e122-e129.
- Osborne, S. P. (2010). "Introduction. The (New) Public Governance: a suitable case for treatment?" In S. P. Osborne (ed): *The new Public Governance? Emerging perspectives*

on the theory and practice of public governance. Routledge, New York

- Oslo kommune (2009) Barns oppvekstvilkår i kommunale boliger i Oslo. Helse- og velferdsetaten.
- Pedersen, M. (2013): Det store eksperiment. København: Statens byggeforskningsinstitut/Aalborg Universitet
- Pollack, C.E., Griffin, B.A. og Lynch, J. (2010) Housing affordability and health among homeowners and renters. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(6), ss. 515-521
- Poortinga, W. (2012): "Community resilience and health: The role of bonding, bridging, and linking aspects of social capital". *Health & Place* 18 p. 286-295. Elsevier
- Robertson, A. and M. Minkler (1994): "New Health Promotion Movement: A Critical Examination". *Health Education & Behaviour. Health Education Quarterly*, Vol. 21 (3): 295 – 312
- Ruud, M. E., Holm-Hansen, J., Nenseth, V. og Tønnesen, A. (2011): *Midtveisevaluering av Groruddalsatsingen*. Oslo: NIBR/TØI rapport
- Røiseland, A. og S. I. Vabo (2012): *Styring og samstyring – governance på norsk*. Fagbokforlaget, Bergen
- Sandlie, Hans-Christian (2010) Leiemarkedet. I Sandlie, Hans-Christian (red.) Bolig og levekår I Norge 2007. Nova-rapport 2/10.
- Sauni, R., J. Uitti, M. Jauhiainen, K. Kreiss, T. Sigsgaard og J. H. Verbeek (2011): Remediating buildings damaged by dampness and mould for preventing or reducing respiratory tract symptoms, infections and asthma (Review). *The Cochrane Collaboration*, Wiley
- Singh, m.fl. (2009): Neighborhood Socioeconomic Conditions, Built Environments, and Childhood Obesity
- Smith, N. R., C. Clark, A. E. Fahy (2012): The Olympic Regeneration in East London (ORiEL) study: protocol for a prospective controlled quasi-experiment to evaluate the impact of urban regeneration on young people and their families. *BMJ Open* 2012;2:e001840

- Smith, S., Easterlow, D. og Munro, M. (2004) Housing for health: does the marked work? *Environment and Planning A*, 36(4), ss. 579-600.
- SHD (2005): Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo
- SHD (2003): Miljørettet helsevern. Veileder. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo
- Sosialdepartementet (1960): "Lov af 16.mai 1860 om Sundhedscommisjoner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme". Det opprinnelige lovverket med forarbeider, samlet og utgitt i anledning lovens 100 års jubileum".
- Stoker, G. (2010). "Translating Experiments into Policy". *ANNALS, AAPS*, 628, March 2010
- Stensvold, Inger, Rognerud, Marit og Thelle, Dag S. (1998) Dødelighet av alle årsaker i regioner og bydeler i Oslo: Sammenlikning med utvalgte europeiske land. *Norsk Epidemiologi* 1998; 8 (1), ss. 21-28.
- St. meld. nr. 23 (2003-2004): Om boligpolitikken. Kommunal- og regionaldepartementet, Oslo
- Strand, B. H. og Ø. Næss (2010): Forskning på sosial ulikhet i helse. I R. R. Bore (red): *På liv og død. Helsestatistikk i 150 år*. SSB, Oslo-Kongsvinger
- Suglia, S. F., C. S. Duarte og M. T. Sandel (2011): Housing Quality, Housing Instability and Maternal Mental Health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 88, No. 6
- Søholt, Susanne (2007) Gjennom nåløyet – en sammenlikning av tilpasninger til boligmarkedet blant hushold av pakistansk, tamilsk og somalisk bakgrunn, Oslo 1970-2003. Dr.polit, avhandling. Institutt for statsvitenskap, det samfunnsvitenskaplige fakultet, Universitetet i Oslo.
- Thomson, H., S. Thomas, E. Sellstrøm og M. Petticrew (2013). Housing improvements for health and adssociated socio-economic outcomes (Review). *The Cochrane Collaboration*, Wiley

- Thompson, C., D. Lewis, T. Greenhalg, S. Taylor and S. Cummins (2013): A Health and Social Legacy for East London: Narratives of “problem” and “solution” Around London 2012. *Sociological Research Online* 18 (2)1
- Tones, K. og J. Green (2008): Health Promotion; Planning and *Strategies*. Sage Publications Ltd. London
- Tsemberis, Sam, Kent, Douglas og Repress, Christy (2012) Housing Stability and Recovery Among Chronically Homeless Persons With Co-Occuring Disorders in Washington D. *American Journal of Public Health*. 2012, vol. 102, no. 1, ss. 13-16.
- Tufts, P. A. (2013). ”Forståelser av kausalbegrepet I samfunnsvitenskapene”. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. VOL 54, NR 3, 341-354
- Turcotte, David A. Alker, Heather, Chaves, Emily, Gore, Rebecca og Woskie, Susan (2013) Helthy Homes: In-Home Environmental Astma Intervention in a Diverse Urban Community. *American Journal of Public Health*
- Turner og Stefansen (2012):Boforhold blant barnefamilier med lav inntekt. NOVA notat nr. 1/12
- Ulfrstad, Lars-Marius (2011) Velferd og bolig. Om boligsosialt (sam-)arbeid. Kommuneforlaget. Oslo.
- van Vuuren, C. L., S. A. Reijneveld, M. F. van der Wal og A. P. Verhoeff (2014): Neighborhood socioeconomic deprivation characteristics in child (0-18) health studies: A review. *Health & Place*. 29 (2014) 34-42
- Vassenden, Anders (2014) Homeownership and Symbolic Boundaries: Exclusion of Disadvantaged Non.homeowners in the Homeowner Nation of Norway. *Housing studies*. Vol. 29, No. 6, 760-780.
- Vrålstad, S., K. S. Wiggen og L. R. Thorsen (2013): Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2012. Tema: Bolig og boforhold, og utsatthet og uro for lovbrudd. Dokumentasjonsrapport SSB Notater 22/2013
- Vyncke, V. m.fl. (2013): Does neighbourhood social capital aid in levelling the social gradient in the health and well-being of children and adolescents?

- Wells, N.M. og Harris, J.D. (2007) Housing quality, psychological distress, and mediating role of social withdrawal: a longitudinal study of low-income women. *Journal of Environmental Psychology*, 27(1), ss. 69-78.
- Wiggen, K. S. (2012): Samordnet levekårsundersøkelse 2008-2010 (EU-SILC) – Panelundersøkelsen, Dokumentasjonsrapport SSB Notater 70/2012
- Winters, M., M. Brauer, E. M. Setton and K. Tesche (2010): Built Environment Influences on Healthy Transportation Choices: Bicycling versus Driving. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol.87.no. 6. 969-993
- WHO (2013): Combined or multiple exposure to health stressors in indoor built environment
- WHO (2012): Environmental inequalities in Europe
- WHO (2011): Environmental burden of disease associated with inadequate housing. A method guide to the quantification of health effects of selected housing risks in the WHO European Region. Summary report
- WHO (2009): Social inequalities and their influence on housing risk factors and health
- Xie, H. og Kang, J. (2010): “On the Relationship Between Environmental Noise and Socio-Economic Factors in Greater London”. *Acta Acustica united with Acustica: the journal of the European Acoustics Association*. Vol. 96. Stuttgart
- Ytrehus, Siri (2004): Fattige barn i Norge. Hvem er de og hvor bor de? Fafo-rapport 445
- Øia, Tormod med flere (2006): Fattige innvandrerbarn. NOVA-rapport 16/2006