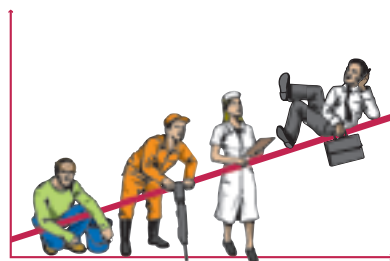
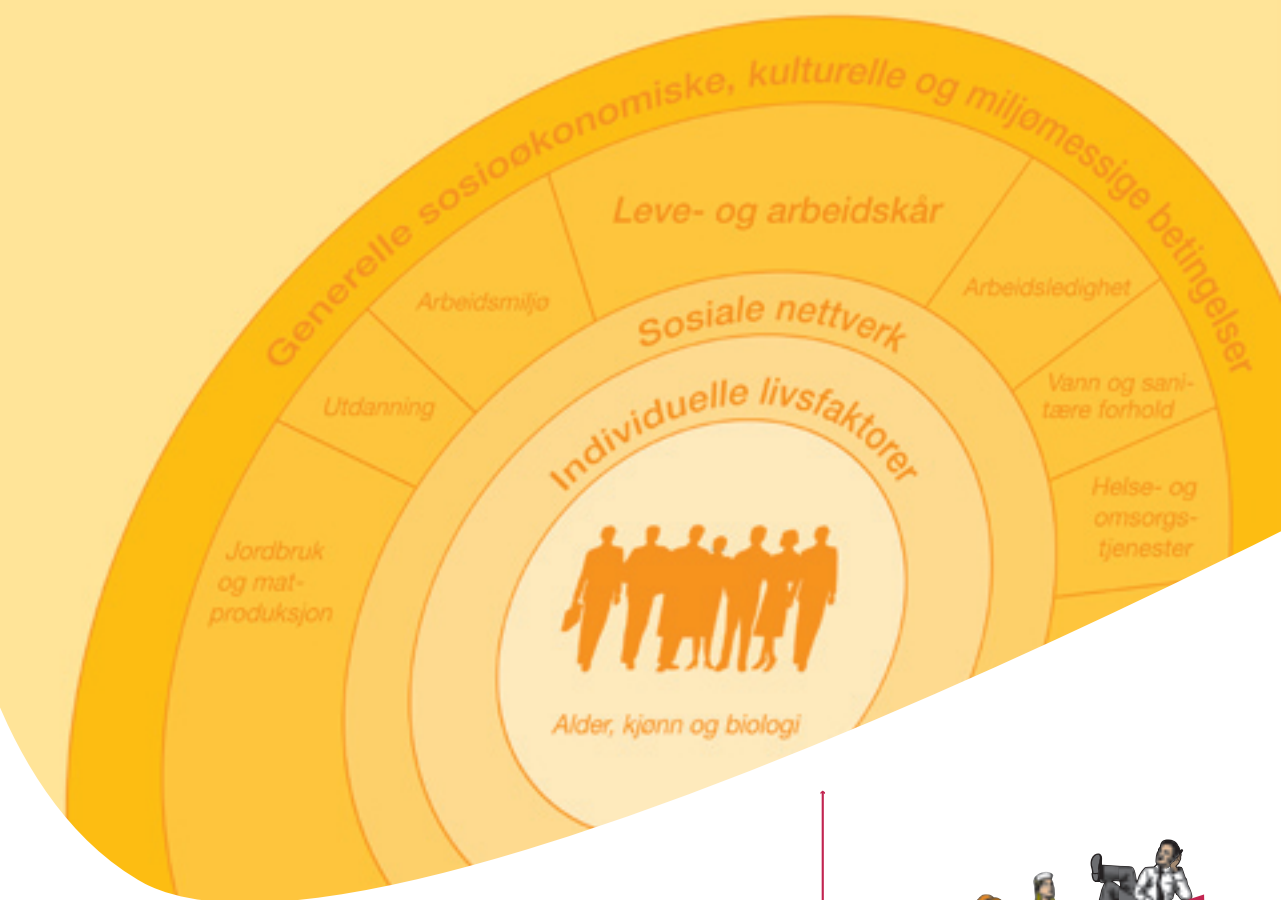


Sosial ulikhet i helse som tema i helsekonsekvensutredninger

verktøy og erfaringer i noen europeiske land



Utgitt: 05/2006

Bestillingsnummer: IS-1305

Utgitt av Sosial- og helsedirektoratet,

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf: 24 16 30 00 Faks: 24 16 30 01 www.shdir.no/gradienten

Heftet kan bestilles hos Sosial- og helsedirektoratet v/Trykksakekspedisjonen

E-post: trykksak@shdir.no Tlf: 24 16 33 58 Faks: 24 16 33 69

Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1305

Forfatter:

Elisabeth Fosse

Kontaktpersoner:

Anne-Cathrine Hjertaas, ach@shdir.no

Øyvind Giæver, ogi@shdir.no

Ole Trygve Stigen, ots@shdir.no

Tidligere utgitt i Sosial- og helsedirektoratets gule serie om sosiale ulikheter i helse:

- Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse (IS-1229)
- The Challenge of the Gradient. The Norwegian Directorate for Health and Social Affairs' Plan of Action to Reduce Social Inequalities in Health (IS-1245)
- Sosioøkonomiske ulikheter i helse – teorier og forklaringer (IS-1282)
- Sosiale ulikheter i helse i Norge – en kunnskapsoversikt (IS-1304)

Design:

Tank Design as

Illustrasjon:

Wei Qing Yu

Lars Blomberg

Forsidefigur er hentet fra den sosiale helsemodellen (Whitehead og Dahlgren, 1991)

Forord

Forskjeller i befolkningens oppvekstmiljø, levekår, skole, arbeid, kultur og miljø bidrar til at sosiale ulikheter i helse skapes, opprettholdes og forsterkes. Skal vi redusere de sosiale ulikhetene i helse har vi derfor den samme utfordringen som i alt folkehelsearbeid: vi må komme i inngrep med faktorer som befinner seg utenfor helsesektoren selv. Vi må synliggjøre helsefordelingseffekter av politikk innenfor alle sektorer. Slike sektorovergripende utfordringer krever sektorovergripende tilnærminger og dertil egnede verktøy. Helsekonsekvensutredninger er et slikt verktøy.

Helsekonsekvensutredninger har vært definert som en «kombinasjon av prosedyrer, metoder og verktøy som kan brukes til å vurdere en politikk, strategi, program eller prosjekt i forhold potensielle konsekvenser for helsen i en befolkning og fordelingen av disse virkningene i en befolkning». Som ledd i oppfølgingen av St. meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge arbeider Sosial- og helsedirektoratet med å utvikle helsekonsekvensutredninger som et verktøy til bruk for den lokale, regionale og nasjonale forvaltningen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse, Gradientutfordringen, understreker at vi skal utvikle konsekvensutredninger som verktøy på en slik måte at det kan brukes til å forutse om en beslutning vil føre til endringer i sosiale ulikheter i helse. Hensikten med denne rapporten, som er skrevet av Elisabeth Fosse ved HEMIL-senteret på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, er å vise hvordan fordelingsaspektet kan integreres i helsekonsekvensutredninger gjennom eksempler fra andre land og internasjonale organer. Sosial- og helsedirektoratet vil i 2006 også utgi en rapport om status internasjonalt innen helsekonsekvensutredninger generelt.

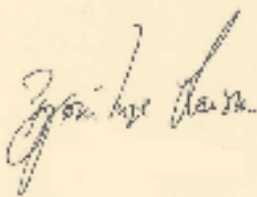
Fosse slår fast at det er bred enighet blant forskere internasjonalt om at fordelingsvirkninger alltid bør være en innbakt del av helsekonsekvensutredninger. På samme måte som våre folkehelseutfordringer ikke kan håndteres uten å takle de sosiale ulikhetene i helse, kan en ikke si å ha gjort en fullgod helsekonsekvensutredning dersom fordeling av helsekonsekvensene ikke er vurdert. Fosse finner også at de land i Europa som har kommet lengst i utviklingen av helsekonsekvensutredninger som verktøy, har et hovedfokus på helsedeterminanter eller påvirkningsfaktorer for helse. Den sosiale helsemodellen, som er valgt som forside på denne rapporten, illustrerer slike årsakskjeder tilbake til sosiale forhold. Når konsekvensene av en politikk, strategi, program eller prosjekt skal vurderes med henblikk på mulige helseeffekter, må en søke å inkludere beslutninger så langt tilbake i årsakskjeden som mulig.

Det folkehelsepolitiske målet om å redusere helseforskjellene har i alle fall to implikasjoner for hvordan vi gjennomfører helsekonsekvensutredninger. For det første må helsekonsekvensutredninger utvikles på en slik måte at de særlig synliggjør helsekonsekvenser for mindre begunstigede sosioøkonomiske grupper. For det andre

bør konsekvenser som berører helsa til allerede utsatte grupper i befolkningen tillegges større vekt i avvegingen mellom ulike hensyn enn konsekvenser som rammer gunstigstilte sosioøkonomiske lag.

Sosial- og helsedirektoratet vil takke Elisabeth Fosse for arbeidet med rapporten. Den vil utgjøre et viktig bidrag i Sosial- og helsedirektoratets videre arbeid med å utvikle helsekonsekvensutredninger på en slik måte at fordelingseffekter også blir anskueliggjort for beslutningstakere.

Rapporten inngår i Sosial- og helsedirektoratets rapportserie om sosiale ulikheter i helse. De synspunkter som fremkommer står like fullt for forfatterens regning.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Bjørn-Inge Larsen". The signature is written in a cursive, somewhat stylized script.

Bjørn-Inge Larsen
Direktør

Forord fra forfatteren

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag av Sosial- og helsedirektoratet. Mandatet for oppdraget har gått ut på å:

1. Gjennomføre litteratursøk der fokus er på helsekonsekvensutredninger (HKU) og hvordan sosial ulikhet i helse eller fordelingsaspekter er inkludert i verktøyet («health inequalities impact assessment»). Hvordan blir denne typen konsekvensutredninger brukt til å utvikle politikk og tiltak for å redusere sosiale ulikheter i helse og hvordan kan de videreutvikles og tilpasses i en norsk kontekst?
2. Kartlegge hvilken politikk og hvilke tiltak når det gjelder ulikhet i helsekonsekvensutredninger som er utviklet på overnasjonalt nivå (EU og Verdens helseorganisasjon). Fokuserer på ulike metodiske tilnærminger og hvilken nytteverdi og hvilke anvendelsesområder de kan ha.
3. Kartlegge i hvilken grad politikk og tiltak når det gjelder ulikhet i HKU som er utviklet på nasjonalt nivå i aktuelle land, kan ha overføringsverdi på norske forhold. Fokus vil blant annet være på hvilke erfaringer som er gjort med ulike verktøy og metoder.
4. Utvikle kontakt med miljøer internasjonalt der disse temaene er i fokus
5. Lage en rapport til Sosial- og helsedirektoratet der funnene blir presentert og drøftet. Rapporten skal inngå i Sosial- og helsedirektoratets serie om sosial ulikhet i helse.

Prosjektlederen har sin arbeidsplass på HEMIL-senteret ved Universitetet i Bergen. Prosjektet har vært administrert av Unifob hels som har ansvaret for den eksternt finansierte virksomheten ved HEMIL-senteret.

Tone Poulsson Torgersen og Øyvind Giæver har vært kontaktpersoner i Sosial- og helsedirektoratet og har bidratt med hjelp og gode innspill og forslag underveis.

Den endelige rapporten er likevel helt og holdent mitt ansvar, med de svakheter, feil og mangler som forekommer.

Bergen, 31. mars 2005
Elisabeth Fosse

Innhold

1	Innledning	11
2	Hva er helsekonsekvensutredninger?	12
3	Sosiale ulikheter i helse	14
4	HKU som inkluderer vurderinger av sosiale ulikheter i helse.	16
5	Verdens helseorganisasjon (WHO)	17
6	EU	19
	6.1 Prinsipper og verdier for EPHIA-metoden	20
	6.2 EPHIA og sosiale ulikheter i helse	20
	6.3 Ulike måter å bruke EPHIA	21
	6.4 Gjennomføring av en vurdering	22
7	Storbritannia	27
	7.1 The Merseyside guidelines	27
	7.2 Generelle britiske erfaringer	30
	7.3 HKU i det overordnede planarbeidet for London	32
	7.4 Wales	35
	7.5 HKU i et veiutbyggingsprosjekt i Wales	37
8	Sverige	39
	8.1 HKU på nasjonalt nivå i Sverige	43
9	Nederland	45
10	Oppsummering	48
11	Diskusjon	51
12	Passer HKU i Norge?	54
	Litteratur	56

Liste over forkortelser

- EPHIA** – European Policy Health Impact Assessment
- EU** – Den europeiske unionen
- GLA** – Greater London Authority
- HDA** – Health Development Agency
- HIA** – Health Impact Assessment
- HKU** – Helsekonsekvensutredninger
- IPO** – Tverrsektorielt kontor i det nederlandske nasjonale folkehelseinstituttet
- LHA** – Local Health Alliance (i Cardiff, Wales)
- LHC** – London Health Commission
- LHS** – London Health Strategy
- NHS** – National Health Service
- NOU** – Norges offentlige utredninger
- WHO** – Verdens helseorganisasjon

Sammendrag

Denne rapporten tar for seg sosial ulikhet i helsekonsekvensutredninger (HKU), det vil si hvordan hensynet til sosiale ulikheter blir innarbeidet i vurderinger av helsekonsekvenser av politikk og tiltak. Helsekonsekvensutredninger er den norske oversettelsen av den engelske betegnelsen Health Impact Assessments, forkortet til HIA. Rapporten baserer seg på litteratur og dokumenter fra ulike databaser. I tillegg har vi samlet opplysninger om nasjonale strategier.

Det blir operert med flere definisjoner av helsekonsekvensutredninger. Den definisjonen som har oppnådd mest støtte er den følgende:

«en kombinasjon av prosedyrer, metoder og verktøy som kan brukes til å vurdere en politikk, strategi, program eller prosjekt i forhold til potensielle konsekvenser for helsen i en befolkning og fordelingen av disse virkningene i en befolkning.»

Som vi ser av denne definisjonen, tar den ikke bare utgangspunkt i befolkningen som helhet, men også konsekvensene for ulike befolkningsgrupper. Den gir dermed også et inntak til å studere hvordan tiltakene påvirker sosiale ulikheter.

I rapporten presenteres en del forsøk på å tillemppe sosial ulikhet som en dimensjon i å vurdere politikk. Rapporten tar for seg både strategier som er utviklet i overnasjonale fora (WHO, EU) og strategier i noen europeiske land. Det blir lagt vekt på å presentere generelle oppsummeringer av erfaringer, politiske forslag og tiltak som representerer ulike innfallsvinkler og verktøy til HKU på ulike administrative nivåer. Det er også lagt vekt på at tiltakene skal være prøvd ut i praksis og evaluert.

WHO synes først og fremst å ha en formidlingsfunksjon, i forhold til aktiviteter som foregår i ulike forskningsmiljø, i internasjonale nettverk og på nasjonalt nivå. I EU har HKU vært på dagsorden i flere år. I mai 2004 ble det utgitt en guide til European Policy Health Impact Assessment (EPHIA). Siktemålet med guiden er å utvikle en metode til bruk for HKU i EUs politikk. Prosjektet baserer seg på tidligere arbeider for å utvikle HKU og på erfaringer fra ulike land. På dette grunnlaget gjøres det forsøk på å syntetisere HKU til et anvendbart verktøy for EU og medlemslandene. En av hovedmålsetningene med EUs strategier er å redusere sosiale ulikheter i helse, og HKU-verktøyet tar med hvilke konsekvenser politiske beslutninger får for ulike grupper av befolkningen. EPHIA er sterkt inspirert av The Merseyside guidelines

for health impact assessment. Disse står i en særstilling når det gjelder verktøy som er utviklet på nasjonalt nivå, og det er et verktøy som tillempes av mange.

I Sverige har HKU vært en sentral strategi for fylker (län) og kommuner siden midten av 1990-tallet. Fokus har vært på ansvarsområdene til kommuner og fylker. Utviklingen av dette har også blitt koplet til arbeidet med den svenske folkehelsepolitikken, som ble vedtatt av Riksdagen i 2003. I Sverige og Nederland har det også blitt arbeidet med å utvikle strategier for HKU på nasjonalt nivå.

Det synes som om The Merseyside guidelines har fått bred oppslutning. Imidlertid blir de ofte tilpasset den lokale konteksten. De svenske retningslinjene er enklere i sin utforming, men fanger likevel opp mange av de samme elementene. Kompleksiteten av en HKU vil ha betydning for hvilke verktøy og metoder som velges. En HKU avgrenset til et mindre prosjekt vil kunne bruke en enklere tilnærming enn et større tiltak som involverer mange aktører.

De fleste HKU vi har gått gjennom er såkalt «raske HKU», og oppsummeringer og evalueringer viser at disse også generelt sett er de vanligste. Årsaken til dette har selvsagt sammenheng med ressurstilgang og tidsfrister. Valget mellom en rask og en mer omfattende HKU vil blant annet ha konsekvenser for kunnskapsgrunnlaget en HKU hviler på. I alle rapportene der dette blir kommentert, legges det vekt på at det er viktig å ha et variert kunnskapsgrunnlag, og det argumenteres for at kunnskapen både må være forskningsbasert, basert på eksperter, og i tillegg basert på vurderinger fra berørte parter. HKU skal også være en medvirkningsform, der målgruppene skal bidra med sine kunnskaper og erfaringer.

Tverrsektorielt samarbeid og partnerskap er en forutsetning i HKU. Deltakelse fra alle interessenter vil blant annet bidra til en bedre forankring av prosessen. Det er også viktig at reduksjon av sosiale ulikheter i helse, og HKU som et middel til å nå dette målet, har oppslutning på politisk nivå. Et annet poeng er at HKU ikke må bli et nytt og merkelig redskap som kommer utenfra. De må bygges inn i og bidra til å styrke eksisterende rutiner som har de samme målsetninger. Tverrsektorielt samarbeid, partnerskap og medvirkning er alle idealer i norsk forvaltning. HKU kan betraktes som et av flere virkemidler for å oppnå dette i praktisk politikk og gjennomføring av tiltak. Slik sett må HKU betraktes som et middel til å nå målene og ikke et mål i seg selv.

1 Innledning

Denne rapporten tar for seg sosial ulikhet i helsekonsekvensutredninger (HKU), det vil si hvordan vurderinger av sosiale ulikheter blir innarbeidet i vurdering av helsekonsekvenser av politikk og tiltak. Helsekonsekvensutredninger er den norske oversettelsen av den engelske betegnelsen Health Impact Assessment, forkortet til HIA. Rapporten baserer seg på litteratur og dokumenter fra ulike databaser. Det er delvis søkt via internasjonale databaser, som Verdens helseorganisasjon (WHO), Den europeiske unionen (EU) og Verdensbanken. WHOs internettsider inneholder mye informasjon om temaet, og særlig WHO Europa synes å ha en koordinerende rolle i forhold til å samle informasjon. På internettsidene er det også lenker til ulike nasjonale sentra og dokumenter. Innenfor EU har temaet også fått prioritet, og det er utviklet en egen EU-basert strategi for helsekonsekvensutredninger som både skal gjelde på overnasjonalt og nasjonalt nivå. Verdensbanken har sitt fokus i hovedsak på miljøkonsekvenser og miljøkonsekvensutredninger.

I tillegg har vi samlet opplysninger om nasjonale strategier, disse har vi fått tilgang til enten via overnasjonale databaser, ved å søke på de enkelte land og ved å søke i litteraturdatabaser (ISI Web of Knowledge og PubMed). Det finnes en stor mengde litteratur om HKU, men fokuset på sosiale ulikheter i helse er ikke like integrert i alle. I gjennomgangen som presenteres her, har vi valgt å ta med litteratur om HKU der det fokuseres på å integrere fordelingsaspekter. Det innebærer HKU der konsekvenser for ulike grupper av befolkningen blir vurdert. Fordelingsaspektene behøver ikke nødvendigvis å være knyttet til sosioøkonomisk status, men kan fokusere på andre kategorier, som etnisitet og kjønn. Noen ganger vil kategoriene overlappe, og andre ganger ikke. I denne rapporten har vi lagt vekt på å kartlegge HKU der det fokuseres på sosioøkonomiske forhold.

I en god del land har HKU blitt utviklet i løpet av den siste 10-årsperioden. I Canada og Australia har for eksempel miljø- og helsekonsekvenser blitt integrert i systematisk vurderinger av politiske forslag.

Imidlertid er det først og fremst i Europa at det har skjedd en tydelig og eksplisitt inkludering av temaet sosial ulikhet i HKU. I Storbritannia, Nederland og Sverige har dette blitt satt på den politiske dagsorden, og spesifikke verktøy har blitt utviklet. Dette er land som har mange likheter med Norge, og det kan derfor være særlig interessant å gå inn i dem med tanke på å utvikle HKU i Norge.

2 Hva er helsekonsekvensutredninger?

HKU har sitt opprinnelige utgangspunkt i miljøkonsekvensvurderinger, som er innarbeidet som en institusjonalisert strategi i mange land. I 1969 ble det for eksempel i USA lovfestet at større prosjekter skulle vurderes ut fra hvilke konsekvenser de hadde for det menneskelige miljøet (Burney, 1998).

Det blir operert med flere definisjoner av helsekonsekvenser og HKU. Den definisjonen som har oppnådd mest støtte, ble utviklet på et konsensus-seminar, som ble arrangert av WHO i Göteborg i 1999. Her ble helsekonsekvenser definert som (s. 4):

«de overordnede indirekte eller direkte konsekvensene av en politikk, strategi, program eller prosjekt for helsen i en befolkning.»

På det samme seminaret ble HKU definert som (s. 4):

«en kombinasjon av prosedyrer, metoder og verktøy som kan brukes til å vurdere en politikk, strategi, program eller prosjekt i forhold til potensielle konsekvenser for helsen i en befolkning og fordelingen av disse virkningene i en befolkning.»

Som vi ser av denne definisjonen, tar den ikke bare utgangspunkt i befolkningen som helhet, men også konsekvensene for ulike befolkningsgrupper. Den gir dermed også et inntak til å studere hvordan tiltakene påvirker sosiale ulikheter, noe som blir brukt av som et argument for nettopp å fokusere på dette i HKU (se blant andre Acheson 1998).

En presisering av denne definisjonen av HKU har blitt gjort av Burney (1998), der han påpeker at dette ofte vil dreie seg om å vurdere helsekonsekvenser av tiltak som ikke primært er rettet inn på å påvirke helseforhold. For eksempel har HKU blitt brukt i forbindelse med utbygging av flyplasser. I utredningene har det blitt lagt vekt å beregne konsekvenser for eksempel i form av støy og forurensing.

I Norge har § 1-4 i kommunehelstetjenesteloven vært et inntak til å foreta vurderinger av helsekonsekvenser av politiske beslutninger. På 1990-tallet var det forsøk i enkelte kommuner med å integrere helse- og miljøaspekter i den kommunale planleggingen. Drammen kommune er en av disse kommunene. I forbindelse med den omfattende veiutbyggingen i kommunen på 1990-tallet, ble det laget en overordnet helse- og trivselsplan som fokuserte på å redusere ulempene ved veiutbyggingen. Planen omfattet alle kommunale sektorer, og det ble gjennomført

en rekke tiltak. Blant disse var støyreduksjon og oppgradering av rekreasjons- og grøntarealer (Fosse, 2000).

Flere forfattere understreker at HKU kan være et verktøy for å oppnå en mer helsefremmende politikk (Frankish m.fl., Scott Samuel 1998, Kemm 2001, Mittelmark 2001). Kemm (2001, s. 80) argumenterer for at to betingelser må være til stede hvis det skal utvikles en helsefremmende politikk:

- Det er viktig å forutse helsekonsekvenser av ulike politiske valg
- Politikprosessen må påvirkes slik at helsekonsekvenser tas i betraktning.

HKU kan være en strategi som kan bidra til å møte begge disse betingelsene. Utviklingen av HKU er et resultat av et internasjonalt samarbeid, og det er oppnådd en generell konsensus om at HKU består av de følgende fasene: (Bl.a. Burney 1998, Milner 1998, Scott-Samuel 1998, Mittelmark 2001):

1. HKU undersøker direkte og indirekte helsekonsekvenser av politikk, strategier, programmer eller prosjekter.
2. Den første fasen er kartlegging (screening). I denne fasen brukes tilgjengelig informasjon til å vurdere om den er tilstrekkelig, eller om det er behov for mer informasjon.
3. Hvis det er behov for mer informasjon, er det nødvendig å avgjøre omfanget av ressurser som er nødvendig og hvilken ekspertise det er behov for å innhente (scoping). Vil det være behov for en rask vurdering hvor man innkaller eksperter, eller en mer ressurskrevende og langvarig prosess?
4. Utvikling og presentasjon av en vurderingsrapport.
5. Endring/modifisering av det aktuelle forslaget eller tiltaket.

Som vi skal komme nærmere tilbake til lengre nede, er det et bredt spekter av kunnskapskilder som anvendes i HKU. De som det vanligvis fokuseres på er bruk av eksisterende statistikk, forskningsdokumentasjon, ekspertkonsultasjon og innspill fra berørte brukergrupper,

Videre kan det skisseres to typer av HKU (Milner 1998, Scott-Samuel 1998):

1. *Prospektiv HKU* utføres før en politikk eller tiltak blir utviklet for å anslå de potensielle helsekonsekvensene. Vurderingene skal bidra i beslutnings- og planleggingsprosessen.
2. *Retrospektiv HKU* gjennomføres etter at en beslutning er fattet, eller i iverksettelsesfasen, for å vurdere de faktiske helsekonsekvensene. Opplysningene som hentes inn kan brukes som underlag for framtidige prospektive HKU.

I følge de fleste forfattere er prospektiv HKU å foretrekke, for det gir mulighet til å følge hele den politiske prosessen. Påvirkningsmulighetene er mye større når man kommer inn i prosessen på et tidlig tidspunkt. Dette blir uttrykt slik av Scott-Samuel m.fl. (2001:4):

«Ideally, such work should be prospective. In other words, it should precede the start of the project, programme or policy concerned, in order that any potential negative health effects can be avoided or reduced, and any positive ones enhanced.»

Det er også de samme prinsippene som først og fremst ligger til grunn for miljøkonsekvensvurderinger.

3 Sosiale ulikheter i helse

I Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan «Gradientutfordringen» (IS 1229, 2005) blir sosiale ulikheter i helse definert som «systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier, særlig yrke, utdanning og inntekt» (s. 8).

Temaet sosiale ulikheter i helse har i økende grad blitt satt på den politiske dagsorden i mange land, i de senere årene også i Norge, blant annet i «Folkehelsemeldingen» fra 2003 (St. meld. nr.16, 2002-2003). Bakgrunnen er blant annet at selv om levelader og helsestatus har vist en bedring for befolkningen som helhet, har de sosioøkonomiske forskjellene i dødelighet og sykkelighet økt. (Mackenbach m.fl., 2004). Dette gjelder også i Norge (St. meld. nr. 16, 2003-2004). Bl.a. er det en tydelig sosial gradient i dødelighet i befolkningen. I perioden 1970-1997 øker forventet levealder i alle grupper, men betydelig mer i grupper med høy sosial stauts (Zahl m.fl. 2003).

Det er ulike måter å nærme seg studiet av sosiale ulikheter på. Innenfor en helsefokuset forskning har det ofte blitt skilt mellom biologiske og sosiale forklaringsmodeller. Imidlertid har perspektivet blitt utvidet en del når det gjelder å forstå og fortolke forhold som bidra til sosiale ulikeheter i helse. Blant disse er forhold i barndommen, materielle faktorer, helseatferd og psykososiale forhold som alle gir et meningsfullt inntak til å forstå sosiale ulikheter i helse. Dette kalles gjerne den sosiale helsemodellen (Whitehead og Dahlgren, 1991). Whitehead og Dahlgrens figur viser at sosiale ulikheter påvirkes av mange ulike faktorer.



Figur 1.
Den sosiale helsemodellen (Whitehead og Dahlgren, 1991)

Hver av ringene viser et lag av helsedeterminanter, disse kommer i tillegg til de biologiske og genetiske faktorene hvert menneske er født med. Livsstil, samfunnsmessige forhold, arbeidsforhold og kulturelle faktorer bidrar alle til å avgjøre et menneskes helsetilstand. Et vesentlig poeng hos Whitehead og Dahlgren er at helse er en av flere faktorer som bidrar til livskvalitet hos mennesker

Graham og Kelly (2004) fokuserer på de bestemmende faktorer (determinanter) for helse og tar utgangspunkt i forskjellene mellom determinanter for helse og determinanter for sosiale ulikheter i helse. Når det gjelder hvilke determinanter som er viktige, siteres følgende fra en nylig britisk rapport (Wanless, 2004):

«Health and wellbeing are influenced by many factors including past and present behaviour, health-care provision and «wider determinants», including social, cultural and environmental factors.»

Graham og Kelly skiller mellom tiltak som er rettet mot hele befolkningen, og tiltak rettet mot de fattigste gruppene. Tiltak rettet mot de fattigste kan føre til at disse gruppene får det bedre, men det vil ikke endre på gradienten, det vil si forskjellen mellom de gruppene som har høyest og lavest sosioøkonomisk status. Det er med andre ord forskjell på offentlig politikk som er rettet inn mot å forbedre helsedeterminanter for de fattigste gruppene, og tiltak som er rettet mot hele befolkningen

for å redusere helsegradienten. Det siste vil kreve strukturelle virkemidler med fokus på fordelingsvirkninger i befolkningen

I den britiske rapporten *Securing good health for the whole population* anbefaler Wanless (2004) at målet når det gjelder å redusere sosiale ulikheter i helse må være å få alle grupper i befolkningen opp til nivået for dem med best helse, med andre ord å redusere helsegradienten. Dette krever en politisk prioritering som er ganske annerledes enn om fokus er å bedre situasjonen for de aller fattigste.

I litteraturen som behandler HKU blir det særlig lagt vekt på at det er virkningene av den generelle politikken som er i fokus. Det blir dermed viktig å vurdere hvordan strategier og tiltak utenfor helsesektoren har innvirkning, både når det gjelder helse generelt og når det gjelder fordeling av konsekvenser i ulike sosioøkonomiske grupper.

4 HKU som inkluderer vurderinger av sosiale ulikheter i helse.

Konsensus-dokumentet fra Göteborg fokuserer ikke bare på helsekonsekvenser av politikk generelt, men også på hvilke fordelingsvirkninger ulike politiske initiativ vil ha. Slik sett er det sosiale ulikhetsperspektivet allerede innbakt i HKU. Dette er det bred enighet om blant forskerne om (Mackenbach m.fl. 2004). I praksis innebærer det at alle HKU bør vurdere sosiale ulikheter i helse og potensielle fordelingsvirkninger på ulike grupper (WHO 1999, Göteborg konsensus dokument 1999).

Rapporten Independent inquiries into inequalities in health (Acheson 1998) er en sentral rapport når det gjelder temaet sosiale ulikheter i helse. Acheson foreslo at HKU skal tillempes for å vurdere fordelingsvirkninger av alle politiske forslag. Siktemålet er å vurdere hvilke konsekvenser politiske forslag har for helse og velvære med bakgrunn i alder, kjønn, etnisitet og/eller sosioøkonomisk status. Rapporten foreslo at for å redusere sosiale ulikheter i helse vil det være viktig å utforme alle relevante politiske tiltak med siktemålet å redusere sosiale ulikheter i helse (Acheson 2000). Som en konsekvens av dette var rapportens første anbefaling (Acheson 2000, s. 76):

«As part of health impact assessment all policies likely to have direct or indirect effects on health should be evaluated in terms of their impact on health inequalities, and should be formulated in such a way that by favouring the less well-off they will, whenever possible, reduce such inequalities.»

Scott-Samuel har vært sentral i å utvikle HKU, og også han konkluderer at HKU i stor grad må ha fokus på helsedeterminantene (Scott-Samuel m.fl. 2001:4):

«HIA builds on the now generally accepted understanding that a community's health is not determined by its health services, but also by a wide range of economic, social psychological, and environmental influences. Once this is accepted, it is clearly important to attempt to estimate the effects of these influences on health; this is the aim of health impact assessment.»

I det følgende skal vi presentere en del forsøk på å tillempe sosial ulikhet som en dimensjon i vurdering av politikk. Vi skal først se hvilke strategier som er utviklet i overnasjonale fora (WHO, EU). Deretter skal vi gå inn i ulike lands strategier. Vi skal også gå inn i ulike praktiske forsøk på å tillempe HKU. Vi har lagt vekt på å presentere:

- Generelle oppsummeringer av erfaringer
- Politiske forslag og tiltak som representerer ulike innfallsvinkler og verktøy til HKU
- Ulike administrative nivåer
- Ulike verktøy

Vi har videre lagt vekt på at tiltakene skal være:

- Prøvd ut i praksis
- Evaluert

Videre skal vi diskutere hvilke erfaringer som er gjort og hvilke muligheter og begrensninger som finnes når det gjelder de ulike verktøyene. Til sist skal vi diskutere hvordan HKU kan fungere i en norsk kontekst.

5 Verdens helseorganisasjon (WHO)

På hjemmesidene til WHO er det mye stoff om HKU. WHO synes på dette området først og fremst å ha en formidlingsfunksjon i forhold til aktiviteter som foregår i ulike forskningsmiljø, i internasjonale nettverk og på nasjonalt nivå.

WHO poengterer at HKU er verdibasert, og at det hviler på fire verdier, som danneren plattform for arbeidet (www.who.int/hia/about/why/en). HKU skal bidra til å fremme:

- Demokrati; ved at folk får delta i utvikling og iverksetting av politikk, programmer eller prosjekter som kan ha innvirkning på dem.
- Sosial rettferdighet; HKU vurderer fordeling av virkningene av forslag på hele befolkningen og på hvordan de vil påvirke utsatte grupper (i form av sosioøkonomisk status, etnisk bakgrunn osv).
- Bærekraftig utvikling; både kortsiktige og langsiktige konsekvenser blir vurdert
- Etisk bruk av kunnskap; bruke de beste tilgjengelige kvantitative og kvalitative datakildene i vurderingen. En rekke ulike kilder bør brukes som kunnskapsgrunnlag

I 2000 ble det arrangert en rundebordskonferanse der temaet var sosial likhet og rettferdighet. Innleggene ble publisert i en WHO bulletin (årg. 78, nr.1 i 2000). På denne konferansen holdt Donald Acheson et innlegg med tittelen Health Inequalities Impact Assessment. Det var basert på hans nylig framlagte rapport. I litteraturen om HKU blir det svært ofte referert til Achesons rapport og definisjoner.

I 2003 var et helt nummer av WHO bulletin viet HKU (årg. 81, nr. 6). med mange av de sentrale bidragsyterne i HKU-debatten. Vurderinger av sosiale ulikheter i HKU ble ikke tatt opp som eget tema, men diskusjonen om sosial likhet og rettferdighet var inkludert i mange av bidragene. De inneholdt for det meste prinsipielle diskusjoner rundt tema, og mindre om konkrete prosjekter eller tiltak.

WHO's European Centre for Health Policy er et forskningssenter som er plassert i Belgia. Senteret har et prosjekt der det fokuserer på HKU, og har arrangert flere internasjonale møter der temaet har blitt diskutert. Dokumentene fra disse møtene har fått ofte fått stor innvirkning på utviklingen av en felles forståelse av HKU (bl.a. «Göteborg konsensus-dokument»). Temaet «Methodological Implications of an Equity Focus in HIA» ble diskutert i Brussel i mars 2001. Det foreligger imidlertid ikke noe referat eller skriftlig materiale fra dette møtet.

6 EU

I EU har HKU vært på dagsorden i flere år. I 2001 utgav EU-kommisjonen en praktisk guide til HKU. De generelle prinsippene bygger også her på Göteborg konsensus-dokument. De mer praktiske rådene er hentet fra erfaringer gjort i medlemslandene, særlig i Nederland (EU-kommisjonen, 2001). I det nederlandske verktøyet er vurderinger av konsekvenser for utsatte grupper inkludert. Slik sett er vurderinger av sosiale ulikheter integrert i EUs strategier. Dette er også tydelig i en artikkel fra 2003, som fokuserer på utvikling av HKU i EU (Hübel og Hedin, 2003). Her blir sosial ulikhet betraktet som en av flere sentrale dimensjoner for å vurdere helsekonsekvenser. I mai 2004 ble det utgitt en guide til European Policy Health Impact Assessment (EPHIA) (EU-kommisjonen, 2004).

Siktemålet med guiden er å utvikle en metode til bruk av HKU i EUs politikk. Guiden er basert på arbeid utført av forskere i England, Irland, Nederland og Tyskland og er et ledd i EUs arbeid for å utvikle verktøy for HKU. Prosjektet baserer seg på tidligere arbeider for å utvikle HKU og på erfaringer fra ulike land. På dette grunnlaget gjøres det forsøk på å syntetisere HKU til et anvendbart verktøy for EU og medlemslandene. EPHIA-prosjektet baserer seg på den sosiale helsemodellen til Whitehead og Dahlgren, der det fokuseres på helsedeterminanter. Utgangspunktet er blant annet inspirert av Achesons rapport (1998). En av hovedmålsetningene med EUs strategier er å redusere sosiale ulikheter i helse, og HKU-verktøyet tar med vurderinger av konsekvenser politiske beslutninger kan få for ulike grupper av befolkningen. Det kan være verdt å gå nærmere inn i denne tilnærmingen for å vise hvordan den er utviklet og tenkt brukt.

Verktøyet skisserer hovedkategorier av helsedeterminanter, under hver av hovedkategoriene er det en rekke spesifikke helsedeterminanter. Den følgende tabellen og eksemplene er hentet fra rapporten (s. 5):

KATEGORIER AV HELSEDETERMINANTER	SPESIFIKKE HELSEDETERMIANTER
Sosioøkonomisk, kulturelle og miljømessige betingelser	<ul style="list-style-type: none"> • Internasjonal, nasjonal, lokal offentlig politikk (for eksempel økonomi, helse, arbeidsliv, utdanning, forsvar, transport, bolig, innvandring, velferd) • Internasjonale, nasjonale og lokale tjenester for befolkningen • Sosiale og kulturelle verdier og normer (Diskriminering, holdninger til ulike befolkningsgrupper, likhet og rettferdighet, forholdet mellom staten og borgerne)
Levekår og arbeidsforhold (fysisk miljø)	<ul style="list-style-type: none"> • Bolig- og arbeidsmarkedspolitik, luft-, jord- og vannkvalitet, støy, avfall osv.
Sosialt miljø og lokal medvirkning	<ul style="list-style-type: none"> • Sosial støtte og integrering, sosial ekskludering, lokal involvering i politiske beslutninger, arbeidsmarkedsforshold og Utdanning (f.eks. tilgjengelighet og kvalitet)
Individuelle og livsstilsfaktorer	<ul style="list-style-type: none"> • Individuell atferd (kosthold, fysisk aktivitet, røyking, alkoholbruk, stoffmisbruk) • Personlig sikkerhet • Status på arbeidsmarkedet, utdanning, inntekt. Selvtillitt, holdninger.
Biologiske faktorer	<ul style="list-style-type: none"> • Alder, kjønn, genetiske faktorer

Tabell 1:

Eksempler på spesifikke helsedeterminanter

6.1 Prinsipper og verdier for EPHIA-metoden

Prinsippene og verdiene for EPHIA-metoden gjenspeiler de verdiene som generelt har blitt skissert for HKU, og som vi har gjengitt tidligere. EPHIA skal være:

- En samarbeidsprosess, med delt eierskap mellom de deltagende organisasjoner/institusjoner.
- Gjennomførbar; framgangsmåten bør i hver HKU være tilpasset tilgjengelig tid og ressurser.
- Demokratisk, med representasjon fra brukergrupper direkte, eller ved representasjon.
- Redusere ulikheter i helse; bør vurdere fordelingsvirkninger i befolkningen
- Objektiv, det vil si innsamlede data bør ha en anerkjent, forskningsbasert standard.
- Åpen, det vil si metoder og prosedyrer må gjøres rede for.
- Gjennomførbar og oppnåelig og vurdere både kortsiktige og langsiktige konsekvenser.

6.2 EPHIA og sosiale ulikheter i helse

Ulikheter i helse kan være i fokus i alle faser og metoder i EPHIA. Det bør for eksempel samles inn data om utsatte grupper i befolkningen og om grupper som vil bli særlig berørt av politikken. Representanter fra berørte grupper bør være representert i gruppen av interessenter og nøkkelinformanter. Metoder og verktøy

bør inkludere vurderinger av sosiale ulikheter i helse. I rapporten foreslås det for eksempel å utvikle matematiske modeller som inkluderer data om kategorier og underkategorier av befolkningen. Analyser av konsekvenser bør inkludere fordelingsvirkninger for ulike befolkningsgrupper. Prioriteringer og anbefalinger bør gjenspeile et siktemål om å få helsetilstanden for de dårligst stilte opp på nivået til de best stilte. Kjønnforskjeller bør også inkluderes i vurderingene.

6.3 Ulike måter å bruke EPHIA

EPHIA verktøyet kan brukes for ulike formål og det kan brukes mer eller mindre grundig og dyptpløyende. Hvor grundig vurderingene skal være vil være avhengig av bl.a. den politiske konteksten, tid til disposisjon, siktemålet med HKU og tilgjengelige ressurser. Den følgende tabellen gir en oversikt over hvordan det kan arbeides med HKU med ulik grundighet:

SKRIVEBORDSBASERT EPHIA	RASK EPHIA	DYBDE EPHIA
Gir bred oversikt over mulige helsekonsekvenser	Gir mer detaljert informasjon om mulige helsekonsekvenser.	Gir utfyllende vurderingen av mulige helsekonsekvenser
Kan brukes tidlig i politikktutforming (F.eks. NOU) el. når begrenset tid/ressurser er tilgjengelige	Grundigere undersøkelser av helsekonsekvenser, økt pålitelighet i vurderingene. Typisk/mest brukte tilnærming i HKU	Grundigste definisjoner av virkninger, men minst brukt. «Gullstandard» i HKU.
Innsamling og analyse av eksisterende data	Innsamling og analyse av eksisterende data, samt nye kvalitative data fra nøkkelinformanter	Datainnsamling og analyse ved hjelp av flere metoder og kilder (kvantitative og kvalitative, inkl. medvirkning fra berørte parter og nøkkelinformanter)
Tar ca. 2-6 uker (en person)	Varer ca. 12 uker (en person)	Varer ca 6 mnd. (en person)

Tabell 2:

Eksempler på bruk av EPHIA

Når det gjelder å vurdere hvilke type konsekvensutredning som bør anvendes i hvert tilfelle, kan den følgende oversikten bidra til å avgjøre dette:

Når må EPHIA-rapporten være ferdig?	Hvis mindre enn 6 mnd, sannsynligvis skrivebordsbasert el. rask
Hvem vil gjennomføre EPHIA?	Hvis intern, sannsynligvis skrivebordsbasert el. rask
Hvilke ressurser er tilgjengelige?	Hvis tilgjengelige ressurser, større valgfrihet mht personell og dybde
Er det politikk av sentral betydning? (for eksempel type, tema, investeringer). Er det foreslått betydelige endringer?	Dybde
Viser kartleggingen betydelige, potensielle konsekvenser av endringene?	Dybde
Hvilke data er tilgjengelige? Hvilke dokumentasjon foreligger på helsekonsekvenser?	Hvis flere data kreves: dybde
Hvilket nivå av politisk og/eller offentlig interesse.	Hvis større interesse: dybde

Tabell 3:

Veiledning i å velge hvor grundig EPHIA som må gjennomføres

6.4 Gjennomføring av en vurdering

Metodene for innsamling og analyse av data vil variere avhengig av hva slags EPHIA som gjennomføres. De følgende stadiene vil imidlertid være viktige å følge i alle typer:

Analyse av politikken

Det viktigste formålet med å analysere politikken er at denne skal danne grunnlaget for å avgjøre hvilken framgangsmåte som skal velges. Analysen bør identifisere:

- Rasjonale, strategier og kontekst for politikken
- Hvilke grupper i befolkningen som påvirkes positivt eller negativt av politikken
- Hvem som utgjør utvalget av nøkkelinformanter og interessenter
- Hvordan politikken relaterer seg til annen politikk og politikkområder
- Resultater av evalueringer av lignende politikk

Vurderinger og analyse av tre typer dokumenter:

- Den foreslåtte politikken og underlagsmaterialet den hviler på
- Annen politikk og offentlige dokumenter som kan relateres til politikken
- Dokumentasjon av den sosiale, økonomiske, politiske og kulturelle konteksten

Analyse av politikken vil bidra til å utvikle datasettet og profilen for vurderingen, hvilke spørsmål som skal stilles og hva som skal være tema for litteraturundersøkelsen.

Framgangsmåten følger trinnene i en HKU slik de ble skissert tidligere. Rapporten gir konkrete eksempler hvordan EPHIA-retningslinjene har blitt brukt både innen EU i enkelte medlemsland, med henvisninger til rapporter og webadresser.

Analyse av arbeidsmarkedspolitikken i EU ble brukt som en pilotstudie for EPHIA. Et eksempel det vises til, er kriteriene for å analysere politikken innenfor dette området. De mest sentrale temaene er de følgende (s. 11):

Politikkutvikling. Hvilke tema forbindes med dette politikkområdet, det vil si arbeidsmarkedet i EU? Hvordan ble politikken satt på dagsorden og utviklet? Hvem var involvert, for eksempel ulike nettverk? Hvordan ble innholdet i politikken utformet i beslutningsfasen?

Politikkens innhold. Hva er de formulerte målsetningene og tiltakene, tidshorisont og finansiering av politikken? Hvem påvirkes av politikken? Fokuserer politikken på de temaene som har blitt identifisert som viktige? Er forslagene kunnskapsbasert? Hvilke underliggende verdier og teoretiske modeller preger politikken?

Iverksetting. Hva er muligheter og utfordringer når det gjelder effektiv iverksetting av politikken (kommunikasjon, synergi, forhold til andre politikkområder, ressurser og politisk vilje)?

Helse i politisk planlegging. Hvilke overveielser ble gjort med hensyn til helsekonsekvenser av politikken?

Profilering. En viktig del av prosessen dreier seg om å danne seg et bilde av den helsemessige, sosiale og demografiske konteksten for en politikk for å bedre forstå hvilke helsekonsekvenser politikken har, og hvilke befolkningsgrupper som kommer til å bli særlig påvirket. I profileringen inngår det å samle inn data om

en rekke relevante indikatorer. Foreliggende statistikk er en viktig datakilde, i forhold til å samle inn data om indikatorer. Eksempler på profilering kan være følgende indikatorer:

- Befolkningsdata på nasjonalt nivå, data om undergrupper
- Helsestatus, for eksempel dødelighet, opplevd helse og livskvalitet
- Helse-determinanter som boligforhold, yrkesstatus, luftkvalitet, tilgang til helsetjenester, kosthold og fysisk aktivitet.

Den følgende tabellen gir en oversikt over helseindikatorer og helse-determinanter som ble brukt i pilotundersøkelsen om europeiske arbeidsmarkedsstrategier:

HELSEINDIKATORER	HELSEDETERMINANTER
<ul style="list-style-type: none">• Forventet antall friske år ved fødsel• Andel av befolkningen som er funksjonshemmet• Dødsfall knyttet til yrke	<ul style="list-style-type: none">• Befolkningen inndelt etter yrkeskategorier• Andel arbeidsledighet/ikke deltakere i yrkeslivet• Andel i arbeid, etter yrkeskategorier• Utviklingstrekk i arbeidsmarkedet

Tabell 4:

Eksempler på HKU-indikatorer og determinanter

Det kan brukes mange ulike datakilder i EPHIA. Søk i databaser skaffer til veie forskningsbasert kunnskap og funn som kan være nyttig. Litteraturstudier kan også være en kilde til forskningsbasert kunnskap.

I tillegg kan det være behov for å samle inn kunnskap, meninger og oppfatninger fra deltakere og berørte grupper i prosessen. Denne kunnskapen vil gi et mer dyp-tpløyende bilde av hvordan helse-determinantene påvirkes av politikken og kan gi et bedre perspektiv på fordelingsvirkningene av politikken.

I pilotprosjektet om den europeiske arbeidsmarkedspolitikken ble det for eksempel brukt strategiske utvalg for å samle informasjon. Siktemålet her var å inkludere mennesker med særlige kjennetegn, i dette tilfellet de som var involvert i utvikling og iverksetting av nasjonale arbeidsmarkedsstrategier. Denne metoden ble etterfulgt av den såkalte snøballmetoden. Det innebar at de som først var valgt ut identifiserte andre som kunne være viktige bidragsyttere.

Datainnsamlingen kan inkludere fokusgrupper og delvis strukturerte eller ustrukturerte intervjuer. I pilotprosjektet om EUs arbeidsmarkedspolitikk ble det brukt en delvis strukturert intervjuguide, organisert rundt følgende tema:

SPØRSMÅL KNYTTET TIL ARBEID	SPØRSMÅL KNYTTET TIL ARBEID OG HELSE
<p>Tendenser mht arbeidsledighet, som:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hvilke befolkningsgrupper berøres? Hvorfor? Hvordan? Konsekvenser for livskvalitet? Prioriteringer? 	<p>Konsekvenser av arbeidsledighet for helse og livskvalitet, som:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fysisk/psykososial helse/velvære? Hvordan (årsakssammenhenger)? Undergrupper i befolkningen som er mest berørt? Hvorfor?
<p>Tendenser når det gjelder sysselsetting, som:</p> <ul style="list-style-type: none"> Yrkeskategorier? Lavtlønne? Innflytelse for arbeidstakere? 	<p>Konsekvenser av sysselsetting for helse og livskvalitet, som:</p> <ul style="list-style-type: none"> Yrkeskategorier? Sosioøkonomisk- lavtlønne? Andre arbeidsforhold? Hvem? Hvordan?
<p>Effektive tiltak for å redusere arbeidsledighet, som:</p> <ul style="list-style-type: none"> Langtidsledige? Andre grupper utenfor arbeidsmarkedet? 	<p>Konsekvenser av tiltak for å redusere arbeidsledighet, som:</p> <ul style="list-style-type: none"> Intervju med arbeidssøkere? Muligheter for barnepass?
<p>Effektive sysselsettingstiltak, som:</p> <ul style="list-style-type: none"> Økt produktivitet Økt innovasjon 	<p>Konsekvenser av sysselsettingstiltak for helse og livskvalitet, som:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fleksibilitet for arbeidstakere Fleksibilitet for arbeidsgiverne Deltakelse fra arbeidstakere

Tabell 5:

Eksempel på verktøy for å kartlegge forhold knyttet til helse og arbeidsliv (fra Storbritannia).

Andre kvalitative tilnærminger kan være ulike metoder for å oppnå konsensus, som delfi-teknikker, konsensus-konferanser og ekspertpanel. Noen av disse skal vi komme tilbake til i presentasjonen av nasjonale eksempler.

Analyse av virkninger

Det neste trinnet er å analysere de ulike virkningene en politikk kan ha (impact analysis). Siktemålet her er å identifisere og karakterisere potensielle virkninger som har blitt tydelige i de tidligere trinnene i prosessen. Å analysere virkningene innebærer å organisere dokumentasjon på virkningene fra de ulike kvantitative og kvalitative datakildene og vurdere:

- Virkningene for helsen, hvilke helsedeterminanter som er påvirket og påfølgende resultater for helsen.
- Retningen for endringen - indikere positivt for helsen (+) og negativt (-).

- Omfang – hvor alvorlig virkningen er (dødelighet, sykkelighet/skade og livskvalitet), hvor mange/hvor stor andel av befolkningen som blir påvirket (høy, middels, lav).
- Sannsynlighet for at virkninger blir manifeste – påviste (retrospektiv HKU), sannsynlige eller usikre – ut fra hvor pålitelig dokumentasjonen er og antall kilder.
- Latens – det vil si når virkningene vil oppstå: øyeblikkelig eller på kort, middels eller langt sikt.

Både analyser av virkningen for hele befolkningen og fordeling på ulike grupper bør inngå i analysen.

Gjennom prosessen kan det også utvikles anbefalinger av de høyest prioriterte virkningene. Anbefalingene er forslag til alternative løsninger eller tillegg til den foreslåtte politikken for å oppnå størst mulig helsegevinster. Anbefalingene bør være praktiske, oppnåelige og der det er mulig bør de baseres på dokumentert kunnskap.

Et eksempel kan være ulike alternative anbefalinger når det gjelder å redusere de negative helseeffektene av luftforurensning skapt av veitrafikk (s. 20):

- Redusere veitrafikken, opprette bilfrie soner
- Redusere utslipp fra kjøretøy, fremme bruk av gass- og elektrisitsdrevne biler
- Øke sunnere transport – gåing og sykling
- Utvikle lokale varslingssystemer for luftforurensing

Prosessevaluering

Prosessevaluering har som siktemål å identifisere læringen som har skjedd i HKU-prosessen, med tanke på framtidige HKU. Ideelt sett bør det være enighet om en evalueringsplan i begynnelsen av HKU-prosessen. Et eksempel på prosessevaluering ble vist. I den ble det satt opp tre evalueringskriterier:

- Et *effektivitetskriterium*, der det ble fokusert på de planlagte resultatene, sett i lys av de oppnådde resultatene. Spørsmålet om hvorfor det gikk som det gikk, var viktig her.
- Et *innsatskriterium*, der kostnader i form av penger, tid og personell ble vurdert.
- Et *sosial-rettferdighetskriterium*, hvor fokus var på å redusere sosiale ulikheter i helse. Blant spørsmålene som kan stilles er: Ble utsatte grupper eller representanter for dem inkludert i HKU? Var data om utsatte grupper lett tilgjengelig? Ble det identifisert fordelingsvirkninger i ulike befolkningsgrupper, og ikke bare virkninger for de mest utsatte?

Rapportering

Når vurderingen er ferdig, og anbefalingene for endringer har blitt utviklet, bør et første rapportutkast presenteres for HKU-styringsgruppen (e.l.) og til interessenter

og nøkkelinformanter for kommentarer. Et andreutkast bør sendes til uavhengig vurdering med hensyn til kildebruk, metodebruk osv. Et endelig utkast sendes til beslutningstakerne med siktemålet å forhandle om endringer i politikken, forslaget eller tiltaket.

Overvåking

Overvåking handler om å overvåke om de endringene som det er oppnådd enighet om faktisk blir gjennomført.

Virkninger og resultater

Til slutt bør også resultatet av hele HKU-prosessen evalueres. Evaluering av resultater kan være vanskelig, fordi det er tale om komplekse årsakssammenhenger.

Når det gjelder å vurdere virkningene, kan de følgende spørsmålene stilles (s. 21):

- Hvordan ble HKU brukt i utviklingen av politikken?
- Hvordan ble de politiske forslagene endret som følge av HKU?
- Ble anbefalingene godtatt og iverksatt?

Dette er en detaljert gjennomgang av hvordan en HKU-prosess kan foregå. Vi har valgt å ta den med, fordi den gir et godt overblikk over prosessen. EPHIA er sterkt inspirert av *The Merseyside guidelines*, som er utviklet i Storbritannia og som er et verktøy som tillempes av mange. Vi skal i de neste kapitlene presentere nasjonale eksempler, og gi et overblikk over ulike tilnærminger til HKU.

7 Storbritannia

I Storbritannia har HKU vært på den politiske dagsorden i en del år. I rapporten *Saving Lives - Our Healthier Nation*, som ble utgitt i 1999, slås det fast at det er regjeringens målsetning å tillempes HKU på relevante politikkområder. Dette har også blitt en sentral strategi i forhold til den overordnede målsettingen om å redusere sosiale ulikheter i helse.

7.1 The Merseyside guidelines

The Merseyside guidelines for Health Impact Assessment står i en særstilling når det gjelder verktøy som er utviklet på nasjonalt nivå (Scott-Samuel m.fl. 2001, <http://www.ihia.org.uk>). Mange HKU tillempes disse retningslinjene, ikke alltid på en strikt måte, men klart inspirert av dem.

The Merseyside guidelines er utviklet som et samarbeid mellom helsemyndighetene i de fire distriktene som ligger rundt elven Mersey i Nord-England og Liverpool Public Health Observatory. I retningslinjene skilles det mellom prosedyrer og metoder for HKU (s. 5). Prosedyrer er rammeverk for å utføre og iverksette HKU; metoder er systemer for å gjennomføre dem.

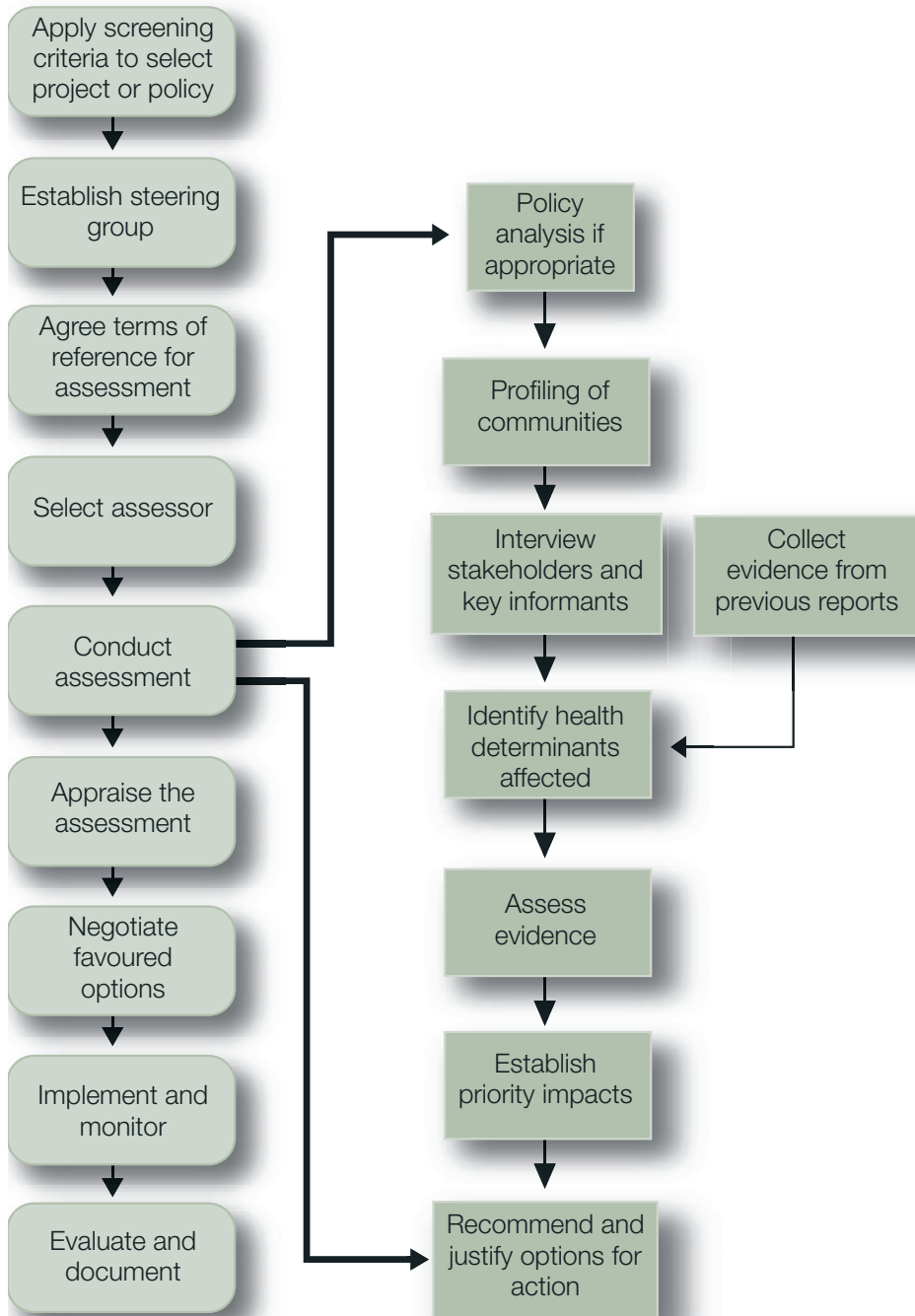
Oppsummeringsvis vil **prosedyrer** for HKU innebære å:

- kartlegge, for å velge politikk eller prosjekt som skal vurderes
- etablere en styringsgruppe og bli enige om betingelser og rammer
- gjennomføre HKU
- forhandle fram de alternativene som vil gi størst helsegevinst
- overvåke og evaluere prosesser og resultater av HKU og gi tilbakemelding for å påvirke videre vurderinger

Metoder for å gjennomføre HKU vil inkludere å:

- analysere politikken (når det er nødvendig)
- lage et omriss av hvilke områder og lokalmiljøer som påvirkes
- involvere interessenter og nøkkelinformanter når det gjelder å forutse helsekonsekvenser, ved å bruke en definert helsemodell
- vurdere viktighet, omfang og sannsynlighet for at de foreslåtte konsekvensene inntreffer
- vurdere alternative valg og anbefale handling som vil øke eller minske konsekvensene.

Retningslinjene gir en detaljert beskrivelse av de forskjellige trinnene, med anbefalinger og framgangsmåter og forhold det er viktig å være oppmerksom på. Den følgende figuren viser trinnene i HKU-prosessen (Scott-Samuel m.fl., 2001, s. 6):



Figur 2:
HKU-prosessen i følge The Merseyside guidelines

Selve verktøyet er et registreringsskjema med de følgende kategoriene:

KATEGORIER / SPESIFIKK INNFLYTELSE PÅ HELSE	UTVIKLING AV PROSJEKT / AKTIVITET	ANTATTE HELSEKONSEKVENSER – TYPE, OMFANG, MÅLBARHET – F. EKS. KVALITATIVE (K), ESTIMER- BARE (E) ELLER MÅLBARE (M)		RISIKO FOR KONSEKVENSN – AVGJORT (A), SANNSYNLIG (S) ELLER USIKKER (U)
		Positive konsekvenser	Negative konsekvenser	

Tabell 6:

The Merseyside guidelines – registreringsskjema

I den første kolonnen til venstre lister man opp de kategoriene (for eksempel fysisk miljø) og helsedeterminantene (for eksempel støy) som kan bli påvirket av prosjektet, tiltaket e.l. I den andre kolonnen kan man liste opp alle de aktivitetene i prosjektet / tiltaket som sannsynligvis kan påvirke disse forholdene. I den tredje og fjerde kolonnen kan man identifisere positive og negative helsekonsekvenser og vurdere hvor målbare hver av dem er. I kolonnen lengst til høyre vurderer man hvor sannsynlig det er at de oppsatte konsekvensene faktisk oppstår.

Forfatterne framhever at deres retningslinjer er én av flere tilnærminger til HKU, som kan brukes både på sentralt og lokalt nivå. Fordelen er at den er prøvet ut i praksis og har vist seg å være anvendelig. Imidlertid poengterer de at utviklingen av verktøy for HKU er en prosess som vil føre til mer tilpassede verktøy etter hvert.

7.2 Generelle britiske erfaringer

Det engelske *Health Development Agency* (HDA) har hovedansvaret for å gjennomføre regjeringens politikk på dette området. HDA, som er en del av *National Health Service* (NHS), har laget en del informasjonsmaterieell om HKU, og en av disse heter «Adressing inequalities through health impact assessment» (NHS, 2003a). Den henter en del fra noen empiriske undersøkelser, deriblant en i London som vi skal presentere lengre nede.

I veiledningen tas det utgangspunkt i at HKU kan være et nyttig verktøy for å vurdere hvordan politiske forslag og beslutninger kan ha en positiv eller negativ virkning for ulike grupper i befolkningen, f.eks. hvordan de:

- antas å påvirke grupper som man vet er vanskeligstilte
- kan bidra til å befeste eksisterende ulikeheter i helse
- kan endre hvordan grupper blir utsatt for risiko og endre fordelingen av risiko
- påvirker spesifikke helsedeterminanter, som f.eks. sosial ulikhet når det gjelder bolig- og arbeidsforhold.
- påvirker tilgang til tjenester for enkelte befolkningsgrupper og den sosiale fordelingen i befolkningen.

En HKU-tilnærming til sosiale ulikheter har ifølge HDA en rekke fordeler:

- Den gir et bedre grunnlag for å fatte beslutninger. Ved å kombinere dokumentasjon fra en rekke kilder kan HKU bidra til et bedre beslutningsunderlag i forhold til fordelingsvirkninger av politiske beslutninger.
- Den bidrar til økt bevissthet om de politiske sidene ved helsespørsmål. De ulike interessentene som deltar i HKU vil ofte ikke ha en klar forståelse av hvilke faktorer som påvirker ulikheter i helse. HKU kan vise hvordan for eksempel politiske beslutninger som handler om bolig- eller arbeidsmarkedspolitikken kan bidra til å øke eller redusere sosiale forskjeller. Det er to fordeler ved dette; dels kan det lede til forslag som tar hensyn til sosial likhet og rettferdighet, og dels kan det bidra til en læringsprosess hos de involverte aktørene når det gjelder HKU generelt og sosiale ulikheter i helse spesielt.
- Den gir et bedre resultat for lokalmiljøet. Arbeidet med å rette fokus mot sosiale ulikheter i helse krever medvirkning fra berørte grupper. Deltakelse fra berørte parter er viktig for å gi innspill til beslutningsprosessen, men det kan også ha en egenverdi og bidra til en myndiggjøringsprosess blant deltakerne i lokalmiljøet.

Det er imidlertid også utfordringer og problemer knyttet til en slik tilnærming:

- Det kan være vanskelig å finne den rette balansen mellom konkurrerende interessenter. For eksempel hvis det er et spørsmål om å skape nye arbeidsplasser, kan det være motstridende interesser mellom private investorer og potensielle arbeidsgivere og arbeidstakerne. Et råd for å balansere interessene kan være å være tydelig på hvilket fokus HKU har. Hvis det for eksempel er en sentral målsetning å sette fokus på sosiale ulikheter, er det viktig at alle interessenter er inneforstått med dette og lar det være et tydelig premiss gjennom hele prosessen.
- Medvirkning og deltakelse er særlig viktig for HKU når siktemålet er å redusere sosiale ulikheter i helse. Erfaringer viser at det kan være særlig vanskelig å mobilisere utsatte og marginaliserte grupper til å delta i arbeidsgrupper og lignende. Det kan være nødvendig

å ha en pragmatisk innstilling og se hva som er mulig å oppnå innen de ressursrammene som står til rådighet. Hvis det er vanskelig å få de gruppene man ønsker å nå i tale, kan det være en løsning at eksperter eller andre virker som talspersoner for disse gruppene. Det er også viktig å bygge på det som foreligger av dokumentasjon av befolkningsgrupper og lokalsamfunn, som statistikk, rapporter osv.

Selv om disse forholdene kan representere store utfordringer, sier rapporten at praktisk erfaring viser at det er mulig å gjennomføre HKU med fokus på sosiale ulikheter i helse. Dette vises i et eksempel i rapporten (*New Cross Gate New Deal for Communities*) og også et annet eksempel som handlet om en plan for å gi utsatte grupper bedre oppvarming av hjemmene (Laburn-Peart m.fl., 2003).

I alle land i Storbritannia har HKU blitt en sentral strategi, og det har etter hvert blitt gjort en del erfaringer. Vi skal i det følgende presentere to HKU-prosesser, én i England og én i Wales. Begge er prosesser i kommuner, men de er likevel ganske forskjellige når det gjelder fokus. Det engelske eksemplet handler om det overordnede planarbeidet i London, det walisiske gjelder et mer avgrenset veibygging-prosjekt. De er valgt fordi begge er godt dokumentert og har vært gjenstand for ekstern evaluering.

7.3 HKU i det overordnede planarbeidet for London

I 2000 ble det opprettet en regional forsamling i London med en direkte valgt ordfører. Ordførerembetet har en lovfestet plikt til å utføre embetet slik at det bidrar til å fremme forbedringer i helsen til innbyggerne i Stor-London (*Greater London Authority, GLA*) (Health Impact Assessment Project E-news, May 2003).

Gjennom tverrsektorielt samarbeid ble det utviklet en helsestrategi for London (*London Health Strategy, LHS*). Denne strategien inkluderte HKU som en gjennomgående strategi for å oppnå målsetningene. Målsetningene inkluderte bl.a. reduksjon av sosiale ulikheter i helse, fornyelse og bedret helse hos minoritetsgrupper. Til grunn for arbeidet lå den sosiale modellen til Whitehead og Dahlgren, som vi har beskrevet tidligere.

En arbeidsgruppe innen London Health Commission (LHC) hadde hovedansvaret for å gjennomføre strategiene (London Health Commission 2003a og 2003b).

Hovedmålsetningene for deres arbeid var:

- Å bruke best mulig dokumentasjon for å identifisere potensielle positive og negative konsekvenser av strategiene for folks helse og velvære samt potensielle konsekvenser når det

gjelder sosiale ulikheter i helse.

- Å lage anbefalinger om hvordan man best mulig kan unngå ulemper, styrke de positive sidene og redusere sosiale ulikheter i helse.
- Å øke bevisstheten om den sosiale helsemodellen og få HKU og folkehelse på dagsorden til institusjoner og organisasjoner utenfor helsesektoren.

LHCs strategier var pragmatiske, prospektive (framtidrettet), tverrsektorielle og tverrfaglige. Alle har vært raske HKU. Det har vært knappe tidsfrister, så mer grunnleggende vurderinger var ikke mulig. Den første fasen, kartlegging, ble ikke gjennomført fordi man allerede hadde besluttet å gjennomføre HKU.

Framgangsmåten var som følger:

- Finne ut hvor mye arbeid som skulle legges ned og hvem som skulle delta.
- Rask vurdering av relevant forskningsdokumentasjon
- Workshops, vanligvis over en halv dag, med inviterte deltakere fra berørte parter på alle nivåer.
- Rapport med anbefalinger basert på forskningsdokumentasjon og oppsummering fra workshopen.
- Rapporten ble sirkulert til deltakerne i workshopen og til medlemmer av LHC for kommentarer og til andre relevante instanser i andre sektorer.
- Den ferdige rapporten ble sendt til ordføreren.

Evalueringen viser at framgangsmåten stort sett fungerte og bidro til at målsetningene ble oppnådd. HKU bidro til å:

- identifisere både positive og negative sider ved strategiene
- samle inn forskningsdokumentasjon og innhente kunnskap fra deltakerne i arbeidsgruppene, noe som bidro til at forslagene i rapportene var godt dokumentert
- involvere og engasjere en rekke deltakere som ellers ikke ville blitt engasjert i strategiene
- skape oppmerksomhet omkring HKU og den sosiale helsemodellen samt generelle folkehelse spørsmål i andre sektorer. Dette viste seg når strategiene ble omarbeidet. For eksempel ble tema som sosial inkludering og helse sentrale målsetninger både innenfor transportområdet og innen den generelle økonomiske utviklingsplanen
- utvikle et forum der deltakerne kunne møtes. Det bidro til å øke oppmerksomheten om sosialpolitiske spørsmål generelt og til at personer fra ulike sektorer kunne utveksle meninger og erfaringer.

Når det gjelder de faktorene som bidro til at dette ble vellykket, pekes det i rapporten blant annet på følgende forhold:

- Helse spørsmål ble innbakt i den overordnede planen for London, noe som bidro til et politisk imperativ for handling. HKU ble tidlig i prosessen betraktet som en relevant strategi.
- Støtte og engasjement fra viktige aktører på politisk og administrativt nivå i London, fra London Health Observatory som bidro med forskningsdokumentasjon og fra aktører fra andre institusjoner.
- Profilen på selve GLA-planen, som hadde målsetninger om involvering fra mange aktører.
- Generell økning i interessen for HKU, noe som også ble fremmet gjennom det konkrete arbeidet med strategiene.
- Konsekvens i gjennomføringen, ettersom alle strategiene ble gjenstand for HKU. Det bidro til at deltakerne fikk erfaringer med å gjennomføre dem og også fikk godt innblikk i de ulike strategiene.
- En tverrsektoriell tilnærming, som bidro til kunnskapsutvikling i mange sektorer, både når det gjaldt HKU og betydningen av folkehelse spørsmål for mange sektorer.
- Tilgjengelige ressurser, særlig muligheten til å gi forskere i oppdrag og gjennomføre litteraturanalyser.
- Involvering av beslutningstakere fra et tidlig stadium slik at deres innspill ble brakt inn i prosessen. Dette sikret at resultatene av HKU ble oppfattet som meningsfulle av dem.
- Det er viktig å ha en reflekterende holdning til HKU, med stadig kritiske vurderinger.

Selv om evalueringen konkluderer med at målsetningene ble nådd, og at prosessen på mange måter var vellykket, var det likevel flere kritiske punkter som bør tas med. Et mer overordnet poeng er at det er utført få evalueringsstudier av HKU-prosesser, og at det derfor er få sammenlignbare data. Det er heller ikke noen generelle, konsensusbaserte kvalitetsstandarder for HKU. Det blir derfor vanskelig å si noe om prosessen i London var bedre eller dårligere enn andre tilnærminger.

På bakgrunn av innspill fra deltakerne i prosessen, stilles det i evalueringen en del kritiske spørsmål:

- Hvordan vet man at man har den beste forskningsdokumentasjonen? Innspill fra deltakerne i arbeidsgruppene kan noen ganger gå på tvers av forskningsdokumentasjonen og være like verdifull.
- Hvordan vet man at man har de beste deltakerne i arbeidsgruppene? Et bredt spekter av interessenter var invitert, og i hver arbeidsgruppe deltok ca 50 personer, ca 20 prosent av dem som ble invitert. Dette var i stor grad planlagt, og det var ikke forventet at alle skulle komme. Men hvis sentrale personer og institusjoner mangler, kan det oppstå tvil om verdien av arbeidsgruppens konklusjoner.

- Kan deltakerne få innsikt i dokumentasjon og politiske forslag på så kort tid? Arbeidsgruppene var helt klart drivkraften i prosessen. Det er imidlertid en kompleks prosess, og en halv dag kan bli for kort tid til å se helheten, sin egen rolle i den og komme med viktige innspill. Arbeidsmøtene bør organiseres slik at det er mulig for alle å bli hørt og komme med innspill.

Og til slutt, det aller viktigste spørsmålet:

- Vil HKU påvirke de bredere helse-determinantene, helsen til folk i London og sosiale ulikheter i helse? Og kan dette måles? Ikke alle var overbevist om HKU var verdt arbeidet, det er derfor viktig å evaluere resultatene med hensyn til om de:
 - bidrar til å endre strategiene, og på hvilken måte de gjør det
 - gjennom iverksettingen av anbefalingene fra HKU påvirker de bredere helse-determinantene
 - gir effektivt tilbakemelding om resultatene av evalueringen, både til deltakerne i prosessen og til et bredere publikum

Den summeringen som skisseres over er basert på prosessevalueringen av strategiene i London. Satsingen har blitt evaluert videre, men foreløpig foreligger ikke disse resultatene.

7.4 Wales

Utviklingen av helsekonsekvensvurderinger i Wales har skjedd innenfor rammen av betydelige konstitusjonelle endringer og en generelt sett ny tilnærming til utforming av politikk (Breeze, 2004). Dette har gitt muligheter for å prøve ut HKU og bidratt med en del erfaringer når det gjelder den praktiske tillempingen.

I 1999 ble den walisiske nasjonalforsamlingen opprettet. Bakgrunnen for dette var modernisering av den britiske forvaltningen med vekt på mer innflytelse til de enkelte land. Dette ga en anledning til å endre rutiner, og det ble besluttet at helsekonsekvensvurderinger skulle integreres i det politiske beslutningsunderlaget, både på nasjonalt og lokalt nivå. Å redusere sosiale ulikheter i helse ble en av hovedstrategiene for den nye nasjonalforsamlingen. HKU der vurderinger av sosiale ulikheter i helse er inkludert, ble en sentral strategi. Det finnes en nettbasert portal, som gir lenker til både retningslinjer og aktuell dokumentasjon (<http://www.whiasu.cardiff.ac.uk/>).

Bro Taf-metoden for HKU er utarbeidet av myndighetene i Bro Taf-regionen i Wales. Bro Taf-metoden er noe utvidet og revidert i det som har blitt Wales' nasjonale retningslinjer for HKU. De bygger på The Merseyside guidelines, og

fokus er i hovedsak på helsedeterminanter. De spørsmålene det fokuseres på er følgende:

1. Hvilke problemer retter prosjektet seg mot?
2. Hvilke behov retter prosjektet seg mot (for eksempel hele befolkningen eller en spesiell prioritert gruppe)?
3. Sammenfaller prosjektet med målsetningen i det vedtatte programmet for helseforbedringer?
4. Vil prosjektet fremme muligheter til å foreta opplyste valg?
5. Har de spesielle behovene til følgende grupper blitt vurdert i forhold til hvordan prosjektet vil fremme eller begrense tilgangen til tjenester med bedre kvalitet for dem? Tiltaket skal vurderes i forhold til om det vil forbedre, forverre eller ikke føre til endring i de ulike gruppernes forhold.
 - a. Mennesker med materielle problemer (inkludert lav inntekt, tilgang til bil, arbeidsledighet, hjemløse og reisende)?
 - b. Kulturelle, etniske og språklige minoriteter.
 - c. Barnefamilier, gravide kvinner, små barn og tenåringer.
 - d. Utsatte grupper, inkludert mentalt og fysisk funksjonshemmede, eldre og mennesker med lærevansker.
 - e. Mennesker med problemer skapt av kjønn eller seksualitet
6. Når sjekklisten er gjennomgått, må det vurderes om behovene til flere brukergrupper bær inkluderes.
7. Hvordan politikken skal følges opp i forhold til å møte behovene til utsatte grupper?

Når det gjelder erfaringene med HKU i Wales, blir det pekt på noen hovedpunkter (Breeze, 2004):

- a. HKU bør være en fleksibel tilnærming og betraktes som et rammeverk som består av komponenter og prinsipper. Det er viktig å ikke ha for store forventninger til hva man kan oppnå.
- b. Utvikling av HKU i de politiske beslutningsprosessene må ikke betraktes isolert og bør ikke ses som noe særlig og spesielt. HKU bør bygge på eksisterende rutiner for å bidra til sektorovergrepene planlegging og kontakt mellom sektorer.
- c. I utvikling og bruk av HKU er det viktig å anerkjenne realitetene i politikktutforming. Det er viktig å inkludere HKU i eksisterende rutiner for politikktutforming og søke å institusjonalisere HKU-prosesser gjennom dette.
- d. HKU kan bidra til å oppnå en mer helhetlig tilnærming til politikk og programmer, men det er viktig å huske på at det er et middel til å nå et mål og ikke et mål i seg selv. Det virkelige målet er å forbedre politikktutformings- og iverksettingsprosessene med et overordnet perspektiv for øyet: å hjelpe folk til å forbedre sin helse og til å redusere sosiale ulikheter i helse.

Vi har funnet noen eksempler på hvordan HKU har blitt anvendt i Wales, og vi vil i det følgende presentere ett av disse, som har blitt ganske grundig evaluert.

7.5 HKU i et veiutbyggingsprosjekt i Wales

Det dreier seg om en prosess der HKU ble brukt til å analysere konsekvensene av et veiutbyggingsprosjekt for et boligområde (Lester og Temple, 2002 og 2003). I dette boligområdet bor det en del utsatte grupper, det vil i hovedsak si familier uten inntekt. Området er et av mange der den viktigste inntekten for folk har vært gruvedriften, og etter at gruvene ble nedlagt ble mange arbeidsledige.

Veien var en tilknytningsvei til hovedveien mellom Cardiff og London, og den lå tett inntil et boligområde. Boligområdet besto delvis av selveide boliger, men hovedtyngden var utleieboliger, utleid på sosiale kriterier (sosialboliger). Et stort antall av dem som bor i sosialboligene er familier. Beboerforeningen i området skrev et brev til helsemyndighetene i september 2001, der de uttrykte bekymringer for konsekvensene av veibyggingen. På denne tiden hadde det blitt arrangert kurs for å trene medlemmene i Cardiff *Local Health Alliance* (LHA) i Bro Taf-metoden for å vurdere helse- og ulikhetskonsekvenser. LHA er et partnerskap av lokale myndigheter, helsetjenesten og frivillige organisasjoner, og siktemålet er å bedre helsen til innbyggerne.

Det ble besluttet at veiutbyggingsprosjektet skulle være et eksempel på hvordan metoden kan brukes. Det skulle brukes en rask HKU, og det skulle være en samarbeidsprosess. Det ble satt sammen en gruppe med mange interessenter: helsesektoren, samferdselssektoren, frivillige organisasjoner, beboere i området og lokale politikere. De lokale politikerne skulle være observatører.

Det ble arrangert tre møter for deltakerne, to varte ca 3 timer, det tredje varte ca. 1,5 time. Følgende tabell gir en oppsummering av de tre møtene:

MØTE	AKTIVITET	TEMA
Første møte	Presentasjon Diskusjon	Utvikling av planen: lokalpolitikere, lokale hensyn, beboere, HKU-prosess, helsemyndigheter Fokus for vurderingen, tidsperspektiv, positive og negative virkninger, hvem skal samle inn dokumentasjon?
Andre møte	Presentasjon Diskusjon	Dokumentasjon fra alle deltakere Lage utkast til rapport, ordninger for sirkulering, tidsfrister for tilbakemelding
Utkast til rapport		Sirkulere første utkast, motta tilbakemeldinger, revidert utkast
Tredje møte	Presentasjon	Ytterligere mindre revisjon, enighet og sluttrapport, format, design og sirkulasjonsliste.

Tabell 7:

Innholdet i tre møters-prosessen i Wales

En sentral oppgave var å diskutere og dokumentere positive og negative helsekonsekvenser, inkludert konsekvensene for dem som allerede var utsatt. Det ble oppnådd enighet om hvilke typer dokumentasjon det var relevant å hente inn, og hvem som skulle være ansvarlig. Dokumentasjonen skulle ikke bare basere seg på publisert vitenskapelig dokumentasjon, men skulle også inkludere dokumentasjon som ble samlet inn av beboerne, basert på lokale erfaringer og kunnskap. Fagfolk fra helsemyndighetene skulle lage et utkast til rapport som gjenspeilte synspunktene til alle medlemmene av styringsgruppen. På det andre møtet ble både de positive og de negative virkningene av veibyggingen diskutert.

Som nevnt over var dokumentasjonen som ble brukt variert, og den inkluderte akademiske artikler, planer og rapporter. Det ble også tatt hensyn til personlige rapporter om stress, vanskeligheter med å selge eiendommer osv. Det ble bl.a. fokusert på helseeffekter av forurensing, på ulykker, på muligheter og fordeler ved fysisk utfoldelse og på støy. Det ble også gjort vurderinger av om veitbyggingen ville tilføre området flere arbeidsplasser, slik noen hevdet.

På grunnlag av den innsamlede dokumentasjonen ble det konkludert at veiutbyggingen ville ha negative helsekonsekvenser for befolkningen i området. Konklusjonen på forsøket var at «tre møters-prosessen» lyktes i å gi grunnlaget for en dokumentert vurdering av helsekonsekvenser, som kan legges til grunn i det videre arbeidet. Prosessen viste at HKU er et pragmatisk verktøy der fagfolk og lokalsamfunn samarbeider. I denne prosessen har et lokalmiljø blitt gitt anledning til å gjøre sine anliggender og behov kjent for beslutningstakere på en effektiv måte. Planleggere har også fått innsikt i de sannsynlige helsekonsekvensene ulike planer kan ha for dem som blir berørt. Da evalueringen ble laget, var saken ennå ikke avgjort, og vi har heller ikke funnet mer informasjon om den videre prosessen.

8 Sverige

I Sverige har HKU vært en sentral strategi for fylker (län) og kommuner siden midten av 1990-tallet. Det var Landstingsforbundet som tok initiativet, mens arbeidet med å utvikle retningslinjene var et samarbeid mellom Landstingsforbundet og det svenske Kommuneforbundet. Den viktigste målsetningen var å gi folkehelsearbeidet større tyngde i den politiske debatten (Finer m.fl. 2002). Fokus har dermed vært på ansvarsområdene til kommuner og fylker. Utviklingen av dette har også blitt koplet til arbeidet med den svenske folkehelsepolitikken, som ble vedtatt av Riksdagen i 2003.

I det følgende skal vi presentere de retningslinjene som har blitt utarbeidet av det svenske Landstingsforbundet, og også viderebringe noen av erfaringene som er gjort med verktøyet. I den siste tiden har det også blitt arbeidet med å utvikle HKU for den nasjonale politikken. Dette skal vi komme nærmere tilbake til.

De svenske folkehelsemålene har utgangspunkt i ulike helsedeterminanter, og med dette utgangspunktet blir sosial ulikhet og rettferdighet et implisitt utgangspunkt og et sterkt insitament for konsekvensvurderinger. Det overordnede nasjonale målet for folkehelsepolitikken er å

- Skape samfunnsmessige forutsetninger for en god helse på like vilkår for hele befolkningen.

De ulike målområdene er (www.fhi.se):

1. Delaktighet og innflytelse i samfunnet
2. Økonomisk og sosial trygghet
3. Trygge og gode oppvekstvilkår.

4. Økt helse i arbeidslivet
5. Sunne og sikre miljøer og produkter
6. En mer helsefremmende helsetjeneste
7. God beskyttelse mot smittespredning
8. Trygg og sikke seksualitet og en god reproduktiv helse
9. Økt fysisk aktivitet
10. Gode matvaner og trygge matvarer
11. Minsket bruk av tobakk og alkohol, et samfunn fritt fra narkotika og doping, samt minskede skadevirkninger av overdreven spilling (på automat etc.)

Utjevning er med andre ord et hovedmål i den svenske folkehelsepolitikken, og fokus for HKU er både på hvordan politiske beslutninger påvirker befolkningen som helhet, og hvordan de påvirker ulike grupper i befolkningen.

Verktøyene kan prøves ut som de er, eller tilpasses og utvikles etter skiftende forutsetninger og behov. Det viktige anses ikke å være at man får nøyaktige svar, men at det startes en prosess som i større grad enn tidligere fokuserer på helsekonsekvenser av beslutninger. Verktøyet består av tre alternative modeller: helsespørsmålet, helsematrisen og helsekonsekvensanalysen, hvor de tre modellen krever ulik innsats (Landstingsforbundet og Svenska kommunforbundet, 1998).

Helsespørsmålet består av enkle spørsmål om konsekvenser for menneskers helse. Det kan særlig brukes i forkant av enkle politiske beslutninger. Det er tre hovedspørsmål som stilles; for det første om det framlagte forslaget fremmer utviklingen av utsatte grupper / befolkningens helse med tanke på det sosiale miljøet. Det andre spørsmålet dreier seg om risikofaktorer, som f.eks. det fysiske miljøet eller livsstil. Det tredje er spørsmålet om forslaget er i tråd med de overordnede målene for kommunen eller fylket.

Helsematrisen er en matrise for å påvise hvordan en beslutning kan påvirke ulike forhold og grupper. Den kan brukes til å belyse hvordan politiske beslutninger har konsekvenser for forhold som påvirker helsen. Man kan også belyse helsekonsekvensene for noen grupper og for hele befolkningen, i et kort og et langt perspektiv. De forskjellige vurderingene markeres med pluss eller minus. Mange minus kan tyde på at beslutningen bør revurderes eller utredes ytterligere. Særskilte befolkningsgrupper kan legges til, og også andre faktorer enn de som finnes i den opprinnelige matrisen.

Faktorene i matrisen er et resultat av utviklingsarbeidet med HKU, og de ulike faktorene har følgende betydning:

Demokrati/ mulighet til å påvirke/ likestilling	En god folkehelse er både avhengig av et fungerende representativt demokrati og deltakelse, oversikt og sammenheng i nære relasjoner.
Økonomisk trygghet	Den økonomiske utryggheten som oppleves av mange ved raske og gjennomgripende samfunnsendringer, for eksempel arbeidsledighet og påtvunget flytting, har stor betydning for helsen.
Arbeid/ meningsfull sysselsetting/ utdanning	Menneskers mulighet til å utvikle seg gjennom meningsfylt arbeid og utdanning har stor betydning for hvor lenge vi lever og hvordan vi har det.
Sosialt nettverk	Det sosiale nettverket av familie, slekt, venner, naboer og kolleger har stor betydning for helsen.
Tilgang til helse- og omsorgstjenester	Tilgang til gode og rettferdige helse- og omsorgstjenester har betydning for helse, særlig for barn, eldre, syke og funksjonshemmede.
Framtidstro, mål og mening	Følelsen av at hverdagen er forståelig og håndterbar og rommer utfordringer som er utviklende har stor betydning. Det har også framtidstro.
Fysisk miljø	Det fysiske miljøet rommer spørsmål av stor betydning for helsen. Det spenner over mange forhold, fra samfunnsplanlegging til avfallssortering.
Livsstil	Livsstil når det gjelder for eksempel mat, drikke, seksualitet, stoffmisbruk og mosjon har stor betydning for helsen og påvirkes i høy grad av sosiale og kulturelle forhold i samfunnet.

Tabell 8: Faktorene i den svenske helsematrisen

Selve helsematrisen ser slik ut:

	PRIORITERT GRUPPE		HELE BEFOLKNINGEN	
	Lang sikt	Kort sikt	Lang sikt	Kort sikt
Demokrati/ mulighet til å påvirke/ likestilling				
Økonomisk trygghet				
Arbeid/ sysselsetting/ utdanning				
Sosialt nettverk				
Tilgang til helse- og omsorgstjenester				
Framtidstro/mål og mening				
Fysisk miljø				
Livsstil				

Tabell 9: Den svenske helsematrisen

I tillegg skal det krysses av for om forslaget er i tråd med overordnede mål for kommunen eller fylket.

Hvert av punktene i matrisen fylles ut ved å sette inn pluss, minus eller null. Pluss står for positive endringer, minus for negative og null ingen endring. Hvis det blir mange minuser, kan det tyde på at forslaget trenger ytterligere utredning, eller at det bør endres. Matrisen har vært mye brukt, blant annet til å vurdere en bydelsreform, der innbyggerne ble gitt mulighet til å fremme forslag til bydelsutvalgene.

Helsekonsekvensanalysen er et underlag i forkant av en beslutning. Den kan være særlig egnet til å analysere beslutninger av mer strategisk karakter. Den første gruppen av spørsmål i analysen er knyttet til de generelle målene, til å rette fokus mot utsatte befolkningsgrupper osv. Det er også fokus på om det finnes konkrete mål for området. Det neste skrittet er å se på den aktuelle beslutningen og i hvilken grad den bidrar til bedre eller dårligere helse for utsatte befolkningsgrupper og befolkningen som helhet. Det er også fokus på det sosiale miljøet, og om det er muligheter for alternative løsninger.

I dokumentet «Med fokus på hälsa» er det formulert noen veiledende spørsmål for en helsekonsekvensanalyse. Disse er delt inn i generelle spørsmål og spørsmål som er spesifikt knyttet til det aktuelle temaet. Spørsmålene er formulert på følgende måte:

Generelle spørsmål

- 1a. Hva sier den lokale folkehelse rapporten om helseforholdene blant ulike grupper i kommunen/fylket? Er det grupper som er helsemessig særlig sårbare, eller utsatt for helseserisiko, eller er det grupper som har en dårlig helseutvikling?
- 1b. Finnes det helsepolitiske mål som er presisert?

Spesifikke spørsmål knyttet til et spesielt forslag/beslutning

2. Finnes det spesifikk helseserisiko som kan antas å ha øket eller minket på grunn av forslaget? Vis de kjente effektene på kort (innen 5 år) eller på lang sikt?
3. Når det gjelder fordeling av dårlig helse, er det avgjørende hvilke grupper som rammes av minskende eller økt helseserisiko. Kan forslaget tenkes å styrke ulike gruppers evne til å håndtere vanskeligheter, eller vil det tvert om øke deres sårbarhet?
4. Hvordan påvirkes det sosiale miljøet i lokalsamfunnet av beslutningen?
5. Finnes det risiko for at beslutningen kan innebære at noen grupper rammes «dobbel», det vil si både at helseserikoen øker og at forholdene i det sosiale miljøet forverres?
6. Finnes det alternative løsninger, som fører til bedre helse for de utsatte gruppene og befolkningen som helhet?

De ulike trinnene i verktøyet har blitt brukt av mange svenske kommuner og fylker. I 2002 ble de brukt av halvparten av fylkene for å vurdere helsekonsekvensene av politiske beslutninger og forslag (FHI, 2004). På nettsidene til det svenske Landstingsforbundet (www.skl.se) finnes det eksempler på hvordan det er brukt. Noen HKU-prosesser har også vært gjenstand for evaluering (Finer m.fl. 2002).

Ingen av de rapporterte erfaringene går inn på vurderinger av hvilke typer dokumentasjon som har blitt brukt og hvilke erfaringer som er gjort med dette. De er mer utprøvinger og vurderinger av selve verktøyet. Et hovedfunn her er at det må tilpasses til de enkelte områder og vurderes ut fra hvilke spørsmål vurderingene skal gi svar på. Selve prosessen med å tilpasse og videreutvikle verktøyet kan bli en del av prosessen som får beslutningstakere til å bli mer bevisst på HKU og også bidra til å utvikle samarbeid og konsensus mellom deltakerne i prosessen. En forutsetning for å lykkes er også at det eksisterer politisk vilje og støtte til å gjennomføre prosessen (Finer m.fl. 2002).

8.1 HKU på nasjonalt nivå i Sverige

I Sverige er det også utarbeidet et verktøy for å vurdere nasjonale beslutninger i lys av målene i folkehelsepolitikken (FHI rapport nr. 41, 2004). Det primære siktemålet var å vurdere behovet for HKU på nasjonalt nivå ved å kartlegge komité-

arbeid som forbereder politiske saker, lovframlegg osv. (for eksempel offentlige utredninger). Ved å gå inn på dette stadiet, er det mulig å påvirke saker tidlig i den politiske prosessen. Verktøyet ble utviklet ved å:

- Utvikle en sjekkliste basert på områdene i folkehelsepolitikken
- Teste sjekklisten ved å kartlegge dokumenter utarbeidet i perioden januar 2001 til august 2002 fra alle departement

119 dokumenter ble kartlagt fra følgende departement: Finans, Landbruk og fiske, Utdanning og vitenskap, Helse og sosial, Industri, Arbeid og kommunikasjon, Forsvar, Utenriks, Kultur, Justis og Miljø.

Det ble opprettet en ekspertgruppe fra Nasjonalt folkehelseinstitutt for å oppnå konsensus i de tilfellene det var vanskelig å avgjøre om politikken hadde konsekvenser for helsedeterminantene. Et dokument ble definert til å ha konsekvenser for helsedeterminanter hvis minst ett av områdene i folkehelsemålene ble berørt. Sjekklisten inneholder følgende punkter:

1. En kort beskrivelse av målsetningene med saken
2. Identifisering av hvilke folkehelse mål som ble berørt
3. Identifisering av hvilke befolkningsgrupper som blir berørt (for eksempel, hele befolkningen, barn, voksne, eldre, funksjonshemmede, arbeidsledige, innvandrere, hjemløse, homofile.) Kjønnssdimensjonen ble ivaretatt ved å krysse av for kvinne eller mann for hver gruppe. Det er også et åpent spørsmål for å begrunne valget.
4. Et siste spørsmål dreier seg om HKU bør inkluderes i det videre arbeidet. Her kan det krysses av for ja og nei og gis en begrunnelse.

Resultatene viste at 47 av 119 (39 %) kartlagte dokumenter ble identifisert til å ha potensielle konsekvenser for et eller flere av folkehelseområdene. I 21 av dem var det allerede inkludert vurderinger om helsekonsekvenser.

Fordelen med denne kartleggingen var at den tok for seg forarbeidene til saker, og at vurderingene dermed ble foretatt på et så tidlig tidspunkt at det var mulig å påvirke det videre arbeidet.

En ulempe som ble rapportert var at referansegruppen i dette tilfellet bare besto av eksperter på folkehelse spørsmål. Ideelt sett burde det være bredere sammensatte grupper for å øke kvaliteten på kartleggingsprosessen. Særlig viktig vil det være å få med departementene i dette arbeidet, ikke minst med tanke på at et fokus på helsedeterminanter er av politisk karakter og krever politiske prioriteringer.

I tillegg til Sverige har også Nederland tillempet HKU på det nasjonale nivået. Vi skal også gå gjennom den nederlandske framgangsmåten og rapportere de erfaringene som er gjort her.

9 Nederland

I Nederland har arbeidet med helsekonsekvensvurderinger en historie tilbake til 1993. Det var i økende grad en politisk interesse for faktorer utenfor helsetjenesten som påvirker helsen (Put m.fl., 2001, Broeder, 2003 og Roscam Abbing, 2004). Helsedepartementet nedsatte en ekspertgruppe, som foreslo å starte et forsøk med HKU av nasjonale politiske forslag. Arbeidet endte opp i en handlingsplan for å utvikle HKU, denne ble presentert for den nederlandske nasjonalforsamlingen i 1995. Det ble bevilget ca. 1.8 mill kroner pr år i denne første fasen til å arbeide med dette, og det nasjonale folkehelseinstituttet skulle ha en støttefunksjon. I 1996 ble det opprettet en tverrsektorielt kontor (IPO) i det nasjonale Folkhelseinstituttet, som hadde ansvaret for å arbeide med dette, sammen med en liten styringsgruppe.

En arbeidsgruppe hadde gått gjennom ulike måter å gjennomføre HKU, og skiserte to hovedtilnærminger, enten en «rasjonell» eller en «inkrementalistisk» (Abbing, 2004). Den rasjonelle prosessen følger fastsatte framgangsmåter og prosedyrer og produserer kvantitative mål for helseeffekter. I den inkrementalistiske prosessen ble framgangsmåter og prosedyrer valgt i samhandling og forhandlinger med ulike aktører, og produktet var en konsensus-rapport om helseinteresser og sannsynlige helseeffekter. Valget mellom rasjonelle eller inkrementalistiske prosedyrer vil være avhengig av hvilken type HKU som utføres.

Det er Helsedepartementet som har hatt det overordnede ansvaret for å utvikle HKU i Nederland, og den viktigste rollen til IPO har vært å støtte dette arbeidet. Bevilgningene til IPO økte til ca. 2,4 millioner kroner i 2001.

Helsedepartementet og IPO forsøker å kartlegge politiske initiativ fra alle departementer for å identifisere hvilke som har konsekvenser for helsen. Tanken var at departementet selv skulle utføre dette arbeidet, men i realiteten er det IPO som gjør dette. Det er to hovedstrategier som benyttes, en kartlegging av helsekonsekvenser og en helsekonsekvensvurdering. En kartlegging er mer overfladisk enn en vurdering, og de to tilnærmingene er parallelle til det som vanligvis kalles en

rask og en mer grundig HKU. Fra perioden 1996 til 2003 ble 23 politiske initiativ kartlagt. En tendens er at det etter hvert har blitt flere politiske utspill fra andre enn Helsedepartementet, og det har blitt flere grundige vurderinger og færre overflatiske HKU i årenes løp.

Hovedmålet med arbeidet har vært å bygge helsevurderingen inn i den politiske beslutningsprosessen ved å:

- påvirke politiske vurderinger slik at de fokuserer på helse
- øke bevisstheten om langsiktige virkninger på helse av politiske forslag
- sette helsespørsmål på den politiske dagsorden - og få dem til å bli der
- øke sannsynligheten for at helsehensyn ivaretas i politikken

Modellen som ble valgt har tre faser:

1. Finne tilfeller, dvs., politiske forslag som har virkninger på helse
2. Vurdere virkningene på helsen
3. Tillemppe resultatene fra de to første trinnene for å påvirke politiske beslutninger til å inkludere helsehensyn.

Det første skrittet er å foreta en foreløpig kartlegging for å finne politiske saker som har helsekonsekvenser. Hvilken type HKU som blir gjennomført på dette stadiet vil avhenge av den politiske og administrative konteksten. Et viktig forhold er tidsaspektet, og det er helt avgjørende å komme inn med HKU tidlig i prosessen.

Når helsekonsekvensene blir drøftet, kan det føre til at forslaget blir fremmet slik det er, at det blir godtatt med endringer eller trukket tilbake. Dette er ofte et forhandlings spørsmål mellom de ulike partene, og det vil også avhenge av hvor langt prosessen er kommet. Inkrementalistisk HKU vil ofte bli brukt i disse sammenhengene. Men det understrekes også at det er behov for kvantitative data, særlig for å overbevise andre interesser om at politikken vil føre til negative helsekonsekvenser.

Når det gjelder kartleggings- og utredningen av omfang og type ressurser det er behov for, ble det utviklet sjekklister til hjelp. En av disse fokuserer på helse-determinanter. Et hvert politisk forslag som blir vurdert å være relevant for en eller flere av helse-determinantene, blir markert.

LIVSSTIL	FYSISK MILJØ	SOSIOØKONOMISK MILJØ	HELSETJENESTEN
Livsstil	Miljø	Inntekt	
Kosthold	Boligforhold	Utdanning	
Alkohol, tobakk, stoff og spill	Sikkerhet	Arbeidsforhold	
Mosjon	Annet	Sosialt miljø og velferd	
Sikker sex		Rekreasjon	
Annet		Annet	

Tabell 10:

Helsedeterminanter brukt i Nederland

Selv om hensikten er å bruke sjekklisten for å kartlegge politiske forslag, har det ennå ikke blitt dokumentert at den egner seg til å evaluere politikk, programmer og prosjekter. Forsøk med å bruke den viser at det er vanskelig, for ikke å si umulig, å finne klare, utvetydige svar (Abbing, 2004).

Kartleggingen ble gjort ved å gå gjennom:

- politiske dokumenter (type stortingsmeldinger, komiterapporter) som krever politisk behandling i nasjonalforsamlingen
- statsbudsjett
- rapporter til departementene

I Nederland har hvert departement et eller flere rådgivende organ. Rapportene fra disse blir ofte brukt som underlag for politiske forslag. Ved å gå gjennom disse rapportene, er det mulig å komme inn i den politiske prosessen på et svært tidlig stadium (Put m.fl., 2001).

Vurderingen av sosiale ulikheter har ikke blitt systematisk og eksplisitt inkludert i denne prosessen. Likevel har sosiale ulikheter blitt implisitt inkludert, gjennom at sjekklisten ovenfor fokuserer på sentrale helsedeterminanter for sosiale ulikheter i helse (ansettelsesforhold, utdanning og inntekt). Imidlertid har IPO i den senere tid arbeidet med også å inkludere mer eksplisitte kriterier for å vurdere virkningene av politiske forslag på ulike befolkningsgrupper.

Erfaringene med å bruke HKU på det nasjonale nivået i Nederland er så langt delte. Konklusjonene i de rapportene vi har referert til her er at ansvaret for å gjennomføre HKU i større grad burde ligge i Helsedepartementet, og ikke hos IPO slik

som nå. Dagens ordning bidrar til at det blir vanskelig å integrere HKU som en del av departementets arbeidsmåte. Et annet dilemma er knyttet til helsesektorens rolle, og spørsmålet er om HKU burde vært gjennomført i alle departement, og ikke bare av helsedepartementet. Helsedepartementet kan lett få en rolle som «overdepartement» i samarbeidet med andre, der deres rolle blir å påpeke svakheter i andre departementers politikk, noe som kan ha negativ virkning på det tverrsektorielle samarbeidet. Abbing (2004) peker på følgende spørsmål som må avklares:

- Bør HKU tillempe på at bredt spekter av politikkområder, eller bør det begrenses til ansvarsområdene til Helsedepartementet (som livsstil og sosiale ulikheter i helse)?
- Bør HKU være det viktigste instrumentet i tverrsektorielle politikkområder, eller bør andre mulige strategier velges?
- Finnes det metodologiske verktøy (eller kan de utvikles) for å velge politiske forslag som har helsekonsekvenser?
- Bør HKU formelt sett institusjonaliseres som strategi på nasjonalt nivå?
- Bør ansvaret for HKU plasseres på et høyere (mer strategisk) administrativt nivå?
- Bør HKU være et ansvar for Helsedepartementet, eller bør også andre departementer ha ansvar for dette?
- Bør HKU iversksettes på nasjonalt nivå, lokalt nivå eller begge?

I følge Abbing (2004) vil utviklingen av HKU være avhengig hvilke svar politikerne gir på disse spørsmålene.

10 Oppsummering

Hvilke oppsummeringer kan trekkes ut av de erfaringer som er gjort med HKU i Storbritannia, Nederland og Sverige?

Når det gjelder **metodene** som er brukt, varierer de en del. Imidlertid er det også mange fellestrekk. Når det gjelder trinnene i en HKU, synes de å være stort sett de samme. Det samme gjelder fokus på om det er en prospektiv eller en retrospektiv HKU. Videre skilles det mellom rask og langsiktig HKU.

Det synes som om *The Merseyside guidelines* har fått bred oppslutning. Imidlertid virker det som om den blir tilpasset den lokale konteksten. For eksempel i Wales ble den tilpasset til *Bro taf*-modellen, særlig i forhold til å gjennomføre en rask HKU. De svenske retningslinjene er enklere i sin utforming, men fanger likevel opp

mye av de samme elementene. I utarbeidelsen av Londons plan forelå det ingen ferdig modell, men de konsensusbaserte prinsippene for HKU ble fulgt. Det synes som det også er vesentlig å tilpasse verktøyet til den enkelte HKU. I London var det for eksempel viktig å betrakte fordelingsvirkningene av strategiene på ulike befolkningsgrupper. Dette ble så utviklet og innarbeidet som et kriterium for vurderingene. I den svenske vurderingen av den nasjonale politikken, blir målene for folkehelsepolitikken satt som kriterium.

Det kan også synes som kompleksiteten av en HKU vil ha betydning for hvilke verktøy og metoder som velges. En HKU avgrenset til et mindre prosjekt vil kunne bruke en enklere tilnærming enn et større tiltak som involverer mange aktører.

Også de som har utviklet de ulike verktøyene understreker at de ikke er ment å være statiske og rigide modeller, men fleksible og tilpasningsdyktige rammeverk. De fleste konkluderer med at en prospektiv HKU er å foretrekke. Det er viktig å komme inn på et tidlig stadium i den politiske prosessen, før dagsorden er satt og premissene lagt. En av grunnene til at prosessen med Londons overordnede plan ble betraktet som vellykket var at alle aktørene ble involvert fra begynnelsen av arbeidet med planen. I Nederland foregikk arbeidet med HKU på det nasjonale nivået, og konklusjonene var også her at det var viktig å komme inn på et tidlig stadium. Det er mye vanskeligere å påvirke politiske forslag hvis det allerede er lagt ned mye arbeid i det og den politiske prosessen er kommet langt.

De fleste av de HKU vi har gått gjennom er raske HKU, oppsummeringer og evalueringer viser at det vanligste også generelt sett er å gjennomføre raske HKU. Årsaken til at det i hovedsak er raske HKU har selvsagt sammenheng med ressurstilgang og tidsfrister. Valget mellom en rask og en mer omfattende HKU vil ha konsekvenser for kunnskapsgrunnlaget en HKU hviler på. I alle rapportene der dette blir kommentert, legges det vekt på at det er viktig å ha et variert kunnskapsgrunnlag, og det argumenteres for at kunnskapen både må være forskningsbasert, basert på eksperter og i tillegg basert på vurderinger fra berørte parter. En slik variert kunnskapsbase vil også være i tråd med verdiene for HKU, slik de skisseres av WHO. HKU skal også være en medvirkningsform, der målgruppene skal bidra med sine kunnskaper og erfaringer.

Framgangsmåtene for kunnskapshenting i de raske HKU begynner vanligvis med en litteraturgjennomgang. Flere poengterte at det var viktig at dette arbeidet ble utført av forskere, som har erfaring med å arbeide med forskningslitteratur og

også er vant til å vurdere ulike kilder. Det blir også poengtert at det er viktig å ta utgangspunkt i eksisterende, kvantitative data, dette kan være levekårsdata og helsedata.

I evalueringen av veiprojektet i Wales ble det for eksempel samlet inn tilgjengelige data om ulike virkninger veiprojekter kan ha på mennesker, både når det gjaldt sosial konsekvenser for boligområdet, men også når det gjaldt for eksempel støy.

En annen datakilde kan være ekspertkunnskap. Dette var viktig i London-prosjektet, der eksperter fra ulike sektorer møttes for å diskutere hvordan planen måtte utformes for å ivareta helsehensyn. Det ble arrangert arbeidsmøter der ulike eksperter kom sammen for å diskutere planen. Foruten at man fikk hentet inn nyttig kunnskap fra ulike perspektiver, bidro også møtene til lærings- og utvekslingsprosesser, der aktørene opplevde at saker og problemer ble belyst fra flere sider. Dette førte igjen til at flere fikk en bedre forståelse av HKU-prosessen og også til at planen etter hvert fikk et helhetsperspektiv.

Brukermedvirkning er en tredje datakilde som framheves som verdifull. I veiprojektet ble den ivaretatt ved at folk i det berørte boligområdet fokuserte på forhold i nærmiljøet som kom til å bli påvirket av veiutbyggingen.

Det er ikke lett å nå alle brukere i alle HKU. Særlig hvis fokus er på utsatte grupper, kan de ofte være vanskelig å få i tale og bidra med å formulere behov. En strategi som kan være brukbar i slike tilfeller, kan være at noen opptrer som talspersoner, for eksempel forskere som kan vise til forskning om denne gruppe, eller folk i hjelpeapparatet.

Imidlertid påpekes det at raske HKU kan være problematiske i forhold til å få et solid datagrunnlag for å fatte beslutninger. Mange nevner at det i større utstrekning bør satses på mer omfattende HKU. Spørsmålet er vel generelt sett hvor gode data som foreligger, og hvor omfattende et politisk forslag er, i forhold til om det skal satses på en rask eller en langsiktig HKU. Problemet blir størst når valget nesten alltid blir en rask HKU på grunn av tids- og ressurspress, også i de tilfellene det vil være behov for en langsiktig HKU.

Tverrsektorielt samarbeid og partnerskap er en forutsetning i HKU. Vi har ovenfor påpekt verdien av den kunnskapen ulike deltakere kan tilføre. Dette har også en annen side, relatert til at deltakelse fra interessenter også bidrar til en

bedre forankring av prosessen. Et problem som beskrives i Nederland og Sverige er helsesektorens rolle i forhold til andre sektorer. Hvis helsesektoren får en dominerende rolle, kan det oppfattes som «helseimperialisme» fra andre sektorer, som igjen kan bidra til en dårlig forankring. Det er viktig at alle involverte parter får et eiendomsforhold til den aktuelle HKU. I London oppnådde man dette ved å gjennomføre en prospektiv HKU der alle parter var premissleverandører i prosessen.

Et annet poeng som nevnes, er at det er viktig at en HKU omfattes med **politisk interesse**. Det er viktig at målet om reduksjon av sosiale ulikheter i helse, og HKU som et middel til å nå dette målet, har tilslutning på politisk nivå. Da vil dette etter hvert kunne bli en allment akseptert framgangsmåte, som i Storbritannia. Et annet poeng som framheves av flere er at HKU ikke må bli et nytt og merkelig redskap som kommer utenfra. Det må bygges inn og bidra til å styrke eksisterende rutiner som har de samme målsetninger. Tverrsektorielt samarbeid, partnerskap og medvirkning er alle idealer i norsk forvaltning. HKU kan betraktes som et av flere virkemidler for å oppnå dette i praktisk politikk og gjennomføring av tiltak. Slik sett må HKU betraktes som et middel til å nå målene og ikke et mål i seg selv.

11 Diskusjon

I denne diskusjonen vil vi gå inn på tre tema som er mye diskutert i litteraturen, og som har konsekvenser for utformingen av HKU. Det første temaet er helsedeterminanter, det andre temaet er metoder for gjennomføring og evaluering av HKU, og det tredje temaet er institusjonalisering av HKU. Temaene blir tatt opp fordi de alle er gjenstand for diskusjon og innebærer ulike verdivalg i tilnærmingen til HKU.

I gjennomgangen i denne rapporten ser vi at de verktøyene som er utviklet, og de tiltakene som er gjennomført, har sitt hovedfokus på helsedeterminanter. Dette perspektivet bekreftes også i andre europeiske studier. Mackenbach m.fl. (2002) finner at det er en fellesnevner for de strategiene som har blitt utviklet i flere land for å redusere sosiale ulikheter i helse. Det er de strukturelle tiltakene som er i fokus, basert på tverrsektoriell innsats: inntekts- og boligpolitikk, arbeidsmarkedspolitikk, skattelegging av tobakk og alkohol og så videre.

Et fokus på helsedeterminanter er også i tråd med WHO sin forståelse av HKU, og det er også innbakt i Göteborg konsensus-dokument. Acheson (1998) framhevet i sin rapport at HKU må være et middel til å redusere sosiale ulikheter i helse. Dette

har også blitt en overordnet strategi i Storbritannia.

Som vi så innledningsvis i rapporten er det også ulike måter å fokusere på helse-determinanter. Tidligere har vi referert til Graham og Kelly (2004) som skisserer ulike tilnærminger og skiller mellom politikk og tiltak rettet mot de fattigste grup-pene, og politikk og tiltak med en målsetning om å bringe alle opp på nivået til de gruppene som har best helse.

Bak disse strategiene ligger det viktige politiske valg. Det er forskjell på politiske satsinger som øremerker tiltak for de mest utsatte, sammenlignet med å redusere de negative helsevirkningene av den sosiale lagdelingen. Storbritannia har nylig gitt sin tilsutning til den siste strategien (Wanless 2003), og i Sverige er hovedmål-setningen for folkelesepolitikken å sikre god helse på like vilkår for hele befolkning-en. I Norge har fokus så langt i stor utstrekning vært på utsatte grupper, og de skisserte tiltakene har vært rettet inn mot dem (St. meld. nr. 50, 1998-1999, St. meld. nr. 6, 2002-2003, St. meld. nr. 16, 2002-2003).

Handlingsplanen fra Sosial og helsedirektoratet (IS-1229, 2005) har imidlertid et bredere perspektiv og fokuserer også på gradienten. Tittelen på handlingsplanen er da også «Gradientutfordringen.» I tråd med dette fokuset blir det viktig å innar-beide sosioøkonomiske kriterier i HKU. Siktemålet må være å se på fordelings-virkninger av ulike politiske forslag og tiltak, ikke for å kunne målrette tiltak i forhold til utsatte grupper, men for å kunne utforme en helsefremmende politikk.

Når det gjelder metoder for HKU blir dette også mye diskutert i litteraturen. Dette henger sammen med spørsmål om reliabilitet og validitet av de HKU som gjennomføres. Burney (1998) mener at det ikke vil være et enkelt verktøy eller metode som kan tillempes i HKU. Milner (1998) mener at en av fordelene med HKU er å bidra til at politikk, programmer og prosjekter har et sterkere fokus på hvilke helsekonsekvenser de medfører. Hvis målsetningen går utover dette, vil ressursinnsatsen måtte økes ganske betraktelig. Han mener også at HKU-prosessen alltid vil ha subjektive elementer, og at resultatene derfor alltid kan bestrides av andre interesser.

Milner m.fl. (2003) mener at det må utvikles strategier for HKU som er tilpasset hvert tilfelle. HKU dreier seg ofte om komplekse områder der det er vanskelig, for ikke å si umulig, å fastslå klare årsakssammenhenger. Som eksempel nevner de at kvinnemishandling vil kreve mange ulike og forskjellige typer dokumentasjon,

sammenlignet med å vurdere luftkvalitet. Derfor er det behov for ulike typer kunnskap, fra mange disipliner og områder.

Validiteten i konklusjonene vil være avhengig av hvordan kontekstuell og tema-spesifikk kunnskap blir brukt. HKU vil måtte basere seg på ulike typer kunnskap, og mye av den vil være kvalitativ og lite egnet til å kvantifiseres. Utfordringen er å få til en god balanse mellom vitenskapelig og praksisbasert kunnskap.

Joffe (2003) er kritisk til en del av Milner m.fl. sine konklusjoner og mener at særlig spørsmålet om reliabilitet og etterprøvbarehet kan skape større problemer enn de antar. Joffe stiller spørsmålet om man kan være sikker på at andre ville komme fram til de samme konklusjonene som de aktørene som faktisk deltar i prosessen.

Dette er et komplisert spørsmål, som også ble tatt opp i evalueringen av Londons plan. Joffe er enig i at svaret ikke er å lage mer strikte og kvantifiserbare design, men det er viktig å ikke undervurdere problemene med å gjennomføre HKU. En del av problemet er at konsekvenser som kan kvantifiseres ikke nødvendigvis er de viktigste for beslutningsprosessen, og at det ikke alltid er mulig å kvantifisere effekter det er god dokumentasjon på (Mindell m.fl. 2001).

Det vesentlige er å ha en åpen prosess der valg av strategier er tydeliggjort, at de hviler på ulike solide kunnskapskilder, og at grunnlaget for beslutninger og anbefalinger er gjort eksplisitt.

Et tredje tema er institusjonalisering av HKU, det vil i denne sammenhengen si hva som er viktig for at HKU skal bli innarbeidet som et verktøy i forvaltningen. Vi har ovenfor referert erfaringer fra ulike land som viser at det er viktig at HKU blir integrert i eksisterende rutiner. Dette bekreftes også av andre forfattere. Milner (1998) påpeker at hvis HKU skal bli en vanlig strategi for politikutvikling, må de basere seg på den politiske virkeligheten, blant annet når det gjelder hvor mye tid og ressurser som er tilgjengelig. Det er viktig at HKU blir et nyttig verktøy i den politiske prosessen og ikke en byrde.

Banken (2001) framhever at politisk oppmerksomhet og støtte også er svært viktig. Det er ikke nok å forankre HKU hos et sjikt som arbeider aktivt med og for HKU i det daglige, det må også forankres politisk og administrativt i ledersjiktet for å bli ivarettatt. Dette er også i tråd med de erfaringene som ble kommunisert fra flere av de rapportene vi har gått gjennom og vist til tidligere.

12 Passer HKU i Norge?

I Folkehelsemeldingen (St. meld. nr. 16, 2003-2004) er det en overordnet målsetning å redusere sosiale ulikheter i helse. I Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan (IS-1229, 2005) blir det skissert at HKU kan være et middel til sette fokus på sosiale ulikheter, ved å ta inn et fordelingsaspekt når det gjelder å vurdere hvilke konsekvenser politikk, tiltak og prosjekter har på sosioøkonomiske grupper i befolkningen.

De landene som er presentert her er alle europeiske land vi gjerne sammenligner oss med, og som har politisk administrative systemer som ligner på vårt. Det er derfor ingen grunn til at ikke HKU også skulle kunne utvikles i Norge. Den største forskjellen er nok at Nederland, Storbritannia og Sverige har lengre erfaring enn oss på dette området. På den andre siden er det mulig for oss å nyttiggjøre oss av erfaringer som er gjort i disse landene.

På grunnlag av erfaringene som er gjort i disse landene, vil vi komme med noen forslag til hvordan HKU kan utvikles i Norge:

- Det er viktig å ta tak i prosesser som allerede er i gang. HKU forutsetter tverrsektorielt samarbeid og et helhetsperspektiv på folkehelsepolitikken. Dette er også målsetninger for den norske folkehelsepolitikken, der partnerskapstanken står sterkt. Det blir også i økende grad fokusert på tverrsektorielt samarbeid på alle nivå i forvaltningen, både statlig, regionalt og lokalt. HKU kan være et konkret virkemiddel for å føre denne prosessen videre.
- Kommunehelsetjenestelovens § 1-4 er en bestemmelse som i praksis fokuserer på HKU ved at den legger vekt på at helsehensyn skal tas i planlegging i alle sektorer. I kapittel 4 er det også en bestemmelse om at kommunene kan initiere helsekonsekvensutredninger. Dette kan være et inntak til å utvikle HKU.
- Norge har et meget godt datagrunnlag både når det gjelder levekår generelt og når det gjelder hemseforhold (bl.a. gjennom Norgeshelsa). Dette vil danne et godt grunnlag for dokumentasjon i HKU. For tiden pågår det også en oppbygging av forskningskompetanse, både innen HKU og sosiale ulikheter i helse. En av disse er den Ekspertgruppen på feltet som Sosial- og helsedirektoratet har oppnevnt. Denne ekspertgruppen er tverrfaglig sammensatt, og kan bidra til å innhente nødvendig kunnskap, bl.a. ved å gjennomføre litteraturgjennomganger. Utvikling av partnerskapsmodellen vil også gi et bedre grunnlag for å utvikle brukervedvirkning, som også vil være en viktig kunnskapskilde i HKU.
- Erfaringene fra denne gjennomgangen viser at det ikke finnes ett enkelt verktøy som kan anvendes til alle HKU. Tvert i mot gis det anbefalinger om en fleksibel tillempling av de ulike

verktøyene, tilpasset hver enkelt HKU. For norske forhold kan det være en ide å oversette de mest utprøvde verktøyene til norsk, samle dem i en perm og distribuere dem. De kan dermed tjene som et grunnlag for HKU, og tilpasses til ulike kontekster.

Et sentralt poeng er at HKU-prosessene fungerer som arenaer for læring og utvikling. Delvis blir de ulike aktørene bevisste på betydningen av å bruke et bredt helseperspektiv i planlegging og utvikling av politikk og tiltak. Delvis er det også en læringsprosess i samarbeid, både mellom ulike etater og sektorer, men også mellom ulike grupper av interessenter. Det blir påpekt at denne bevisstgjøringen er svært vesentlig, og at den bidrar til å sette fokus på sosial ulikhet i helse i helsekonsekvensutredninger.

Literatur

- Abbing, E. W. R. (2004). HIA and National Policy in the Netherlands. *Health Impact Assessment*. J. Kemm, J. Parry and S. Palmer. Oxford, Oxford University Press: 177-190.
- Acheson, D. (1998). *Report of the independent inquiry into inequalities in health*. London, TSO.
- Acheson, D. (2000). *Health Inequalities Impact Assessment*. Round Table Discussion. Bulletin of the World Health Organization 78(1): 75-76.
- Alleyne, G. A. O., J. A. Casas, et al. (2000). Equality, Equity: why bother? Bulletin of the World Health Organization 78(1): 76-77.
- Banken, R. (2001). Strategies for institutionalizing HIA. *ECHP Health Impact Assessment Discussion papers*. Brussels, European Centre for Health Policy.
- Banken, R. (2003). Health Impact Assessment- how to start the process and make it last. *Bulletin of the World Health Organization* 81(6).
- Banken, R. (2004). HIA of Policy in Canada. *Health Impact Assessment*. J. Kemm, J. Parry and S. Palmer. Oxford, Oxford University Press: 165-177.
- Barnes, R. (2004). HIA and urban regeneration: the Ferrier estate, England. *Health Impact Assessment*. J. Kemm, J. Parry and S. Palmer. Oxford, Oxford University Press: 299-316.
- Barzach, M. (2000). Overcoming inequity means finding approaches that work. *Bulletin of the World Health Organization* 78(1): 77-78.
- Berensson, K. (2004). HIA at the local level in Sweden. *Health Impact Assessment*. J. Kemm, J. Parry and S. Palmer. Oxford, Oxford University Press: 213-222.
- Bowen, C. (2004). HIA and policy development in London: using HIA as a tool to integrate health considerations into strategy. *Health Impact Assessment*. J. Kemm, J. Parry and S. Palmer. Oxford, Oxford University Press: 235-242.
- Bowen, K. (2003). Health Impact Assessment in London. *Health Impact Assessment*, Project E-News, No.3. London, London Health Observatory.
- Braveman (2000). Combining forces against inequity and poverty rather than splitting hairs. *Bulletin of the World Health Organization* 78(178-79).
- Breeze, C. (2004). The experience of HIA in Wales. *Health Impact Assessment*. J. Kemm, J. Parry and S. Palmer. Oxford, Oxford University Press: 201-212.
- Broeder, L. d., M. Penris, et al. (2003). Soft data, hard effects. Strategies for effective policy on health impact assessment - an example from the Netherlands. *Bulletin of the World Health Organization* 81(6): 404-407.
- Burney, P. (1998). *Evaluating Health Impact Assessment*. Health Impact Assessment. A Methodological Seminar, London.
- Dahlgren, G. (2000). Efficient equity-oriented strategies for health. *Bulletin of the World Health Organization* 78(1): 79-81.
- Department of Health, Health Equity Audit. A Self-Assessment Tool. London, Department of Health.
- Douglas, M. and J. Muirie (2004). HIA in Scotland. *Health Impact Assessment*. J. Kemm, J. Parry and S. Palmer. Oxford, Oxford University Press: 191-200.
- Elliot, E. and G. Williams (2002). Housing, Health and Well Being in Llangeinor, *Garw Valley: A Health Impact Assessment*. Cardiff, School of Social Sciences and Regeneration Institute Cardiff University.
- EU Commission, (2004). EPHIA. European Policy Health Impact Assessment. A Guide.

- European Commission, (2001). *Ensuring a high level of health protection. A practical guide*. Luxemburg, Health and Consumer Protection Directorate-General.
- Finer, D., B. J. Haglund, et al. (2001). *Hälsokonsekvensbeskrivningar (HKB) i ett sjukvårdsområde – en utvärdering av praktisk tillämpning och genomförande*. Stockholm, Karolinska institutet/Landstingsförbundet.
- Fosse, E. (2000). *Implementering av helsefremmende og forebyggende arbeid*. Avhandling til Dr. polit. graden. Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap/HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen.
- Frankish, C. J., L. W. Green, et al. (1996). *Health Impact Assessment as a tool for population health promotion and public policy*. Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia.
- Frankish, C. J., Green, L. W., Ratner, P. A., Chomik, T., & Larsen, C. (1996). *Health Impact Assessment as a Tool for Population Health Promotion and Public policy*. Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia.
- Gorman, D., M. J. Douglas, et al. (2003). Transport policy and health inequalities: a health impact assessment of Edinburgh's transport policy. *Public Health* 17(1): 15-24.
- Graham, H. and M. P. Kelly (2004). *Health inequalities: concepts, frameworks and policy*. Health Development Agency, Briefing paper.
- Gupta, G. R. (2000). Equity and Gender. *Bulletin of the World Health Organization* 78(1): 81-82.
- Hamer, L., B. Jacobson, et al. (2003). *Health Equity Audit Made Simple: A briefing for Primary Care Trusts and Local Strategic Partnerships*. Working document. London, Health Development Agency.
- Health Canada (2002). *Health Impact Assessment as a tool for population health promotion and public policy*. Appendix A: Application Abstracts of Health Impact Assessment, Public Health Agency of Canada.
- Health Canada (1999). *Canadian Handbook on Health Impact Assessment*. Ministry of Public Works and Government Services Canada.
- Helsedepartementet (2003). St.meld.nr.16 (2002-2003), *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo, Helsedepartementet.
- Horton, R. (2002). What the UK government is (not) doing about health inequalities. *The Lancet* 360:186.
- Hübel, M. and A. Hedin (2003). 81. *Bulletin of the World Health Organization* 81(6): 463-464.
- Joffe, M. (2003). How do we make health impact assessment fit for purpose? *Public Health* 117: 301-304.
- Kamper-Jørgensen, F. (2001). *The Danish Government Programme on Public Health and Health Promotion 1999-2008*. Policy Learning Curve Series. Brussels, European Centre for Health Policy.
- Kemm, J. (2001). Health Impact assessment: a tool for healthy public policy. *Health Promotion International*. 16(1):79-85.
- Kwiatkowski, R. E. (2004). Impact Assessment in Canada: an evolutionary process. *Health Impact Assessment*. J. Kemm, J. Parry and S. Palmer. Oxford, Oxford University Press: 309-316.
- Laburn-Peart.C., E. Scully, et al. (2004). HIA of the Health Through Warmth Scheme. *Environment Impact Assessment Review*. 24: 269-279.
- Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet (1998). *Med fokus på hälsan. Hur kan man beskriva hälsokonsekvenser av politiska beslut?* Stockholm, Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet.
- Lester, C. and M. Temple (2002). *A Health (Inequality) Impact Assessment of the St. Mellons Link Road Development*. Cardiff, Bro Taf Health Authority.

- Lester, C. and M. Temple (2004). Rapid Collaborative Health Impact Assessment: a three meeting process. *Public Health* 118: 218-224.
- Lewis, S. J. (2003). Migration and Health Impact Assessment. *Public Health* 117: 305-311.
- Liu, Y. (2000). Understanding and setting up the process for health equity. *Bulletin of the World Health Organization* 78(1): 82-83.
- Lock, K. (2000). Health impact assessment. *BMJ*. 320(May 2000): 1395-1398.
- London Health Commission (2003a). *Evaluation of the Health Impact Assessment on the draft Mayoral strategies for London*.
- London Health Commission (2003b). *Report on the qualitative evaluation of four health impact assessments on draft mayoral strategies for London*.
- Mackenbach, J. (1994). Socioeconomic inequalities in health in the Netherlands: impact of a five year research programme. *BMJ* 309: 1487-1491.
- Mackenbach, J. and K. Stronks (2003). A strategy for tackling inequalities in the Netherlands. *BMJ* 325: 1029-1032.
- Mackenbach, J., J. L. Veerman, et al. (2004). Health Inequalities and HIA. *Health Impact Assessment*. J. Kemm, J. Parry and S. Palmer. London, Oxford University Press.
- Mackenbach, J., J. L. Veerman, et al. (2004). Health inequalities and HIA. *Health impact assessment*. J. Kemm, J. Parry and S. Palmer. Oxford, Oxford University Press.
- Mayor of London, (2003). *Report on the qualitative evaluation of four health impact assessments on draft mayoral strategies for London*. London, London Health Observatory.
- Milner, S. (1998). *The Health Impact Assessment of Non-health public policy*. Health Impact Assessment. A methodological seminar, London.
- Milner, S. J., C. Bailey, et al. (2003). «Fit for purpose» Health impact assessment: a realistic way forward. *Public Health* 117:295-300.
- Mindell, J., A. Hansell, et al. (2001). What do we need for robust, quantitative health impact assessment. *Journal of Public Health Medicine* 23(3):173-178.
- Mindell, J., E. Ison, et al. (2003). A glossary for health impact assessment. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 57:647-651.
- Mittelmark, M. (2001). Promoting social responsibility for health: Health impact assessment and healthy public policy at the community level. *Health Promotion International*. 16(3):269-273.
- Mittelmark, M. B., D. E. Gillis, et al. (2004). Community development: the role of HIA. *Health Impact Assessment*. J. Kemm, J. Parry and S. Palmer. Oxford, Oxford University Press:143-152.
- Morgan, R. K. 2003. *Bulletin of the World Health Organization* 81(6): 390.
- Northern and Yorkshire Public Health Observatory (2001). *An overview of Health Impact Assessment*. Occasional Paper No.1, Northern and Yorkshire Public Health Observatory.
- NHS (2003a). *Addressing inequalities through health impact assessment*. London, Health Development Agency.
- NHS (2003b). *Evaluating health impact assessment*. London, Health Development Agency.
- NHS (2003). *Influencing the decision-making process through health impact assessment*. London, Health Development Agency.

- Nilunger, L., F. Diderichsen, et al. (2004). Using risk analysis in Health Impact Assessment: the impact of different relative risks for men and women in different socio-economic groups. *Health Policy*. 67(2): 215-224.
- Orosz, É. (2000). The key to overcoming inequality is political commitment. *Bulletin of the World Health Organization* 78(1): 83-85.
- Parry, J. and E. Scully (2003). Short Report. Health Impact Assessment and the considerations of health inequalities. *Journal of Public Health Medicine* 25(3): 243-245.
- Put, G. V., L. d. Broeder, et al. (2001). *Experience with HIA at National Policy level in the Netherlands*. Policy learning Curve Series. Brussels, European Centre for Health Policy: 25.
- Quigley, R. and L. Taylor (2003). Evaluation as a key part of health impact assessment: the English experience. *Bulletin of the World Health Organization* 81(6): 415-419.
- Ritsatakis, A. (2004). HIA at the international policy-making level. *Health Impact Assessment*. J. Kemm, J. Parry and S. Palmer. Oxford, Oxford University Press: 153-164.
- Ritsatakis, A., M. Barnes, et al. (2002). Health impact assessment: An approach to promote intersectoral policies to reduce socioeconomic inequities in health. *Reducing inequalities in health. A European perspective*. J. Mackenbach and M. Bakker. London and New York, Routledge.
- Scott-Samuel, A. (1998). *Methods for Prospective Health Impact Assessment*. *Health Impact Assessment*. Report of a Methodological Seminar, London.
- Scott-Samuel, A., M. Birley, et al. (2001). *The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment*, International Health Impact Assessment Consortium.
- Sosialdepartementet (2002). St.meld.nr.6 (2002-2003) *Tiltaksplan mot fattigdom*. Oslo, Sosialdepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet, (1998). St.meld. nr. 50 (1998-99) *Utjamningsmeldinga. Om fordeling av inntekt og levekår i Norge*. Oslo, Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedirektoratet, (2005). *Gradientutfordringen*. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet.
- Swedish National Institute for Public Health, (2004). *The need for Health Impact Assessment. Screening the terms of reference of Swedish official government reports*. Stockholm, Swedish National Institute of Public health.
- Taylor, L. and R. Quigley (2002). *Health Impact Assessment. A review of reviews*. London, Health Development Agency.
- Thomson, H., M. Petticrew, et al. (2002). *Housing Improvement and Health Gain*. Medical Research Council Social & Public Health Sciences Unit Occasional Papers. Glasgow, Medical Research Council Social & Public Health Sciences Unit.
- University of Cardiff (udatert): *How to use health impact assessment: A short guide*. Cardiff, School of Social Sciences, Cardiff University.
- University of Cardiff, (2004). *Improving Health and Reducing Inequalities*. Cardiff, Cardiff Institute of Society, Health and Ethics.
- Wanless, D. (2004). *Securing good health for the whole population: final report*. London, HMSO.
- Whitehead, M. (1999). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*. 22(3):429-45.

- Whitehead, M., B. Burström, et al. (2000). Social Policies and the pathway to inequalities in health: a comparative analysis of lone mothers in Britain and Sweden. *Social Science and Medicine* 50: 255-270.
- Whitehead, M. and G. Dahlgren (1991). What can we do about inequalities in health. *The Lancet* 338: 1059-1063.
- Whitehead, M., F. Diderichsen, et al. (2000). Researching the impact of public policy on inequalities in health. *Understanding Health Inequalities*. H. Graham. Maidenhead, Open University Press: 203-218.
- WHO The determinants of Health.
- WHO *Glossary of terms used in HIA*.
- WHO (1999). *Health Impact Assessment. Main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper*. Brussels, European Centre for Health Policy.
- Wilkinson, R. and M. Marmot (1998). *Social determinants of health. The solid facts*. Copenhagen, WHO Euro.
- Zahl, P. H., M. Rognerud, et al. (2003). *Bedre helse - større forskjeller. En analyse av hvordan inntekt, utdanning og husholdningsstørrelse har påvirket dødeligheten i befolkningen i perioden 1970-77, 1980-87 og 1990-97*. Rapport 2003:1. Oslo, Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Östlin, P. and F. Diderichsen (2001). *Equity-oriented national strategy for public health in Sweden. A case study*. Policy Learning Curve Series. Brussels, European Centre for Health Policy.



Sosial- og helsedirektoratet,

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf: 24 16 30 00 Faks: 24 16 30 01

www.shdir.no