

# **Om helsekonsekvensutredninger: en oppsummering av norske og internasjonale kunnskaper**

**Arve Negaard**

**Høgskolen i Østfold  
Oppdragsrapport 2015:7**

Online-versjon (pdf)

Utgivelsessted: Halden

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Høgskolen i Østfold har en godkjenningsordning for publikasjoner som skal gis ut i Høgskolens Rapport- og Arbeidsrapportserier.

Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2015:7

© Forfatteren/Høgskolen i Østfold

ISBN: 978-82-7825-443-1

ISSN: 1504-5331





## **Folkehelsearbeidet i forandring**

Foto: Øystein Søbye, Ridderspranget

På 1200-tallet bodde det ei jente på Skårvangen i Vågå som var så vakker at hun gikk under navnet «Skårvangsola». Hun var kjæreste med Sigvart Lierholar, men faren hadde lovet henne bort til ridder Eldjarn. Da bryllupet nærmet seg, ba hun Sigvat om å berge seg.

Sigvat kom, henta jenta, og rømte, med Eldjarn i hælene. På Randsverk kom de til den dype kløften som Sjoa fosser gjennom. Sigvat og Skårvangsola hoppet over for å berge seg fra Eldjarn og mennene hans. Tjeneren til Eldjarn hoppet etter, men Sigvat satte en klubbe mot ham så han styret i elva. Da våget ingen andre å hoppe etter dem.

Sigvat ga Eldjarn store eiendommer i Heimdalen for å få beholde Skårvangsola som kone.

Kløften heter ennå Ridderspranget, og minner om at noen ganger må man våge å ta et sprang for å komme videre.

## Forord

Denne rapporten gir en oversikt over nasjonale og internasjonale kunnskaper om helsekonsekvensutredninger (HKU) i politiske saker. Rapporten retter oppmerksomheten mot kunnskaper om hva HKU er, og hvordan HKU blir brukt, med vekt på politiske saker på det lokale nivået i offentlig forvaltning.

Kunnskapen er basert på nasjonale og internasjonale kilder, på oversiktsarbeid som dokumenterer praksis, og samfunnsvitenskapelig teori som bidrar til å belyse hva HKU er og hvordan HKU blir brukt.

Våren 2014 tok Helsedirektoratet initiativ til et prosjekt for å utvikle og formidle erfaringer om hvordan folkehelsearbeidet etter den nye folkehelseloven fungerer i praksis, og hva som kan være gode modeller i dette arbeidet. Helsedirektoratet valgte ut tre erfaringsfylker, med tre forskningsmiljøer, knyttet til hvert sitt fylke. Østfold ble valgt som ett av fylkene og fikk i oppdrag å lede arbeidet i utvalgte kommuner med å utvikle og utprøve enkle former for helsekonsekvensutredninger i kommunal saksbehandling til politiske organ. Høgskolen i Østfold fikk i oppdrag å følgevaluere arbeidet i Østfold fylkeskommune. Denne rapporten er skrevet som et ledd i denne følgeevalueringen.

Samarbeidet med Helsedirektoratet og deltakerne i de to andre erfaringsfylkene, kollegaer ved Høgskolen i Østfold, prosjektledelsen i Østfold fylkeskommune, og delprosjektlederne i kommunene i Østfold har vært lærerikt og gitt nyttige innspill i arbeidet. Spesielt takk til Jan Ch. Karlsson og Joe Ese ved Høgskolen i Østfold, Kenneth Dahlgren i Rodeogruppen, Sara Linnea Hovden og Anni Skipstein i Østfold fylkeskommune, og Bente Rostad Hansen, Agnethe Weisæth, Else Berit Baccouche, Bent Olav Olsen og Heidi Bye i kommunene. Innholdet i rapporten, med de feilene og manglene som ikke har blitt luket bort, er fullt og helt mitt ansvar.

Folkehelsefeltet er inne i en krevende overgangsfase fra å være entydig forankret i medisinsk forskning og faglig plassert i helsesektoren, til å bli forankret i radikal tverrfaglig praksis, plassert i den overordnede ledelsen i kommunene. Overgangen krever vilje og evne til å arbeide tverrfaglig, ikke bare hos fagmedarbeidere i folkehelse, men også hos dem folkehelsemedarbeiderne skal samarbeide med.

Denne overgangen er i liten grad behandlet i faglitteraturen om folkehelse og HKU. Rapporten er en samfunnsvitenskapelig forankret beskrivelse av HKU, og et bidrag til å utvikle en forståelse av den overgangen som folkehelsearbeidet og HKU er inne i. Det er et stort og komplekst felt, og

rapporten er omfangsrik. Det er planlagt å utgi et mer praktisk orientert, kortfattet versjon av rapporten i tillegg.

Rapporten er skrevet for å kunne være til nytte for alle som er involvert i arbeidet med å utvikle og ta i bruk HKU i alle typer politiske saker, ut fra prinsippet om helse i alt vi gjør. Den kortfattede versjonen vil særlig være rettet mot saksbehandlere, planleggere og folkehelsekoordinatorer på kommune- og fylkesnivå.

Fredrikstad, 30. mai 2015

Arve Negaard

Som et ledd i arbeidet med rapporten, har jeg tatt kontakt med Kommunal- og moderniseringsdepartementet og pekt på at slik plan- og bygningslovens blir forstått, er tiltak som *kan* inngå i planer etter loven, og hva som *skal* konsekvensutredes i planer etter loven, avgrenset til fysiske tiltak. Det er lite hensiktsmessig, sett ut fra et folkehelseperspektiv. I svarbrev av 12. juni 2015 ga Kommunal- og moderniseringsdepartementet en ny tolkning av bestemmelsene i loven. Tolkningen imøtekommer kritikken og åpnet for å benytte et bredt spekter av tiltak i kommuneplanens samfunnsdel og kommunedelplaner, slik folkehelseloven forutsetter. Departementet skriver også at plan- og bygningsloven forutsetter at de ordinære planprosessene skal omfatte tilsvarende vurderinger av tiltak i samfunnsdelen med handlingsdel, som de konsekvensutrendingene loven og forskriftene eksplisitt krever for fysiske tiltak.

I denne versjonen av rapporten, er svaret fra departementet referert i fotnoter på side 165 og 166. Samtidig er trykkfeil og mangler i teksten og litteraturlisten rettet, og utformingen tilpasset standarden til Høgskolen i Østfold. Innholdet er ellers ikke endret.

Fredrikstad, den 30. juni 2015

Arve Negaard

## Innhold

Forord .....	iii
Sammendrag .....	3
Forkortninger .....	8
1. Om kunnskapsoppsummeringen .....	9
Mandatet .....	9
Arbeidsform i utarbeidingen av rapporten .....	9
Hva er en helsekonsekvensutredning (HKU)? .....	10
HKU og beslektede former for konsekvensutredninger .....	13
2. Organisasjonsteoretisk og vitenskapsteoretisk grunnlag for rapport .....	15
Om HKU .....	15
HKU i et organisasjonsteoretisk perspektiv .....	15
Et vitenskapsteoretisk grunnlag for rapporten og arbeidet med HKU .....	17
3. Metode .....	28
4. Hva er en HKU? Teorier, begreper og modeller .....	30
Om HKU .....	30
HKU og beslektede konsekvensutredninger .....	34
Om prosedyrer, metoder og verktøy i en HKU .....	39
HKU brukt som verktøy og symbol i reformarbeid .....	48
Om arbeidsdeling, samarbeid og samordning .....	56
Fra Old Public Management til NPM og videre til en Whole-Of-Government (WOG) tilnærming .....	58
Om norske kommuner .....	63
Elementene i en plan og verdigrunnlaget for en fremtidsrettet HKU .....	66
Bruk av prosedyrer i arbeidet med håndterbare og gjenstride problemer .....	68
HKU og ulike former for samarbeid .....	70
Om helsebegrepet .....	75
HKU som analyser av årsaksforhold .....	80
5. WHO og utviklingen av HKU .....	83
Om WHO .....	83
HKU, helse i alle policyer og whole-of-government perspektivet .....	85
HKU som en videreføring av miljøkonsekvensutredninger .....	87
Samarbeid mellom WHO og andre internasjonale organisasjoner .....	89

HKU og sosiale helsedeterminanter .....	93
Integrering av ulike perspektiv i én konsekvensutredning, eller HKU som en av flere paralleller?.....	95
6. Bruk av HKU - erfaringer fra enkelte land .....	97
Bruk av HKU.....	97
Institusjonalisering av HKU i utvalgte land frem til 2013 .....	100
Virkningene av HKU på de politiske beslutningene .....	100
Virkningene av HKU på folkehelsen.....	103
Utvalg av land.....	106
Storbritannia .....	107
Australia.....	121
Canada .....	127
Nederland.....	132
Finland.....	137
Danmark .....	141
Sverige.....	147
Norge .....	159
7. Avsluttende kommentarer.....	198
Ulike perspektiver på HKU .....	198
Det finnes ingen «one size fits all» - HKU som verktøy.....	199
Prospektive og retrospektive HKU.....	212
Utvikling av HKU som et tverrfaglig og transfaglig samarbeid .....	213
HKU som en selvstendig konsekvensutredning eller som integrert i SEA og EHIA.....	219
Litteratur og andre kilder.....	222

## Sammendrag

Rapporten beskriver hva helsekonsekvensutredninger (HKU) er og hvordan HKU blir brukt i utvalgte land. Verdens helseorganisasjon WHO har utformet den mest utbrede standarden for HKU. Ut fra denne standarden er HKU et verktøy for å utrede beslutningsgrunnlaget for vedtak i offentlig og privat sektor, og består av:

«(...) en kombinasjon av prosedyrer, metoder og verktøy som kan brukes til å vurdere en plan, et program eller et prosjekt i forhold til potensielle konsekvenser for helsen i en befolkning, og fordelingen av disse virkningene i en befolkning.» (WHO Europe 1999)

Rapporten beskriver hvordan HKU er et forholdsvis nytt fenomen, utviklet av WHO i samarbeid med andre internasjonale organisasjoner og nasjonale myndigheter på 1990-tallet, og spredd og tilpasset forholdene i ulike land etter årtusensskiftet. Standarden for HKU er fortsatt under utvikling og er preget av kritiske overganger som er nært knyttet til hverandre:

- HKU har vært basert standarden for miljø konsekvensutredninger, brukt i fysisk planlegging med analyser av hvordan fysiske, kjemiske og biologiske faktorer påvirker helsen. De siste årene har det blitt lagt stadig større vekt på hvilken betydning de bakenforliggende sosiale og økonomiske strukturene har for helsen. Slektskapet mellom HKU og sosial konsekvensutredninger har blitt tydeligere.
- HKU har vært en del av folkehelsearbeidet i helsesektoren, forankret i medisinsk, naturvitenskapelig orientert epidemiologisk forskning. Analyser av hvordan sosiale og økonomiske forhold påvirker helsen krever en kombinasjon av naturvitenskapelig og samfunnsvitenskapelig metode og teori. Fra å være basert på et monofaglig eller løst samordnet flerfaglig arbeid, beveger HKU seg i retning av et sterkere integrert tverrfaglig arbeid, og et transfaglig arbeid der berørte innbyggere og andre interessenter trekkes med som aktive deltakere i utredningsarbeidet. Folkehelsearbeidet har blitt løftet opp til et sektorovergripende tema, hvor det er forutsatt at fagmedarbeidere fra de forskjellige sektorene bidrar i utarbeidingen av HKU ut fra sin fagkompetanse.
- New Public Management la vekt på oppdeling av arbeidet i autonome konkurrerende resultatenheter. Land som gikk lengst i å utforme offentlig sektor etter denne modellen, som Australia og Storbritannia, har korrigert kursen gjennom et whole-of-government og whole-of-society perspektiv med vekt på samarbeid gjennom horisontal koordinering på tvers av grenser mellom fag, sektorer og sivilsamfunnet, og vertikal koordinering på tvers av grenser mellom nivåene i offentlig forvaltning. Verdens helseorganisasjons

regionskontor for Europe, WHO Europe, har lagt dette whole-of-government, whole-of-society perspektivet til grunn i sin langsiktige strategi for folkehelsearbeidet. Integrerte konsekvensutredninger kan være en arena for et slikt samarbeid, og det har igjen blitt reist en debatt om HKU bør utarbeides som separate utredninger eller som en del av integrerte utredninger. Konseptet for konsekvensutredninger blir stadig differensiert i flere mer spesialiserte beslektede standarder. Det gir i seg selv et økende behov for å integrere dem i en felles konsekvensutredning.

Alle disse tre utviklingstrendene representerer en overgang for dem som arbeider med HKU, fra en kjent, oversiktlig og trygg arbeidssituasjon, over i noe som kan virke ukjent, uoversiktlig og utrygt.

*Kapittel 1* beskriver mandatet for arbeidet, skisserer hva en HKU er og sammenhengen rapporten har blitt skrevet i, som en bakgrunn for temaene rapporten behandler.

*Kapittel 2* redegjør for det teoretiske grunnlaget for rapporten. HKU er en globalt utbredt organisasjonsoppskrift som blir brukt i reformarbeid i norske kommuner. I beskrivelsen av hva HKU er, støtter rapporten seg på organisasjonsteori som kan kaste lys over temaet, og legger til grunn både et verktøyperspektiv og et symbolperspektiv på HKU.

Både organisasjonsteorien som ligger til grunn for rapporten, og kunnskapsgrunnlaget for HKU i utredninger av sosialt betingede helseforskjeller, kombinerer teori fra naturvitenskapene, fag som er inspirert av naturvitenskapene, og samfunnsvitenskapelig forskning som er kritisk til naturvitenskapenes relevans på det samfunnsvitenskapelige området. Rapporten drøfter hvilket vitenskapsteoretisk grunnlag som kan gjøre det legitimt å kombinere dette brede knippet av teorier. Rapporten argumenterer for at kritisk realisme har en ontologi og en epistemologi som gjør den til et egnet grunnlag.

HKU er analyser av de bakenforliggende årsakene til helsen i befolkningen. Rapporten argumenterer for at man i sosiale sammenhenger må analysere samspillet mellom den konkrete konteksten og de bakenforliggende mekanismene som utløser hendelser og får konsekvenser for helsen.

*Kapittel 3* redegjør for metodene som er bruk i kunnskapsoppsummeringen. Tidsrammen har vært stram og arbeidet har i hovedsak vært basert på kunnskapsoppsummeringer andre har gjort, supplert med enkelte semistrukturerte intervjuer. Utvalget av kilder har dels skjedd gjennom systematiske søk på internett, dels gjennom snøballmetoden.

*Kapittel 4* redegjør nærmere for hva en HKU er og drøfter nøkkelbegrep i beskrivelsen av HKU, som helse, prosedyrer, verktøy og metoder. HKU plasseres i sammenheng med beslektede former for konsekvensutredninger. HKU beskrives både i et verktøyperspektiv og et symbolperspektiv og det redegjøres for de ulike formene for rasjonalitet som kan inngå i en HKU, både den rasjonelle målrettede og den erfaringsbaserte.

Rapporten minner om at koordineringsproblemene som arbeidsdeling skaper, ikke er et problem som kan løses, men som må håndteres, og som er noe av bakgrunnen for utviklingen i offentlig sektor fra «old public management» via «new public management» til «whole-of-government». Rapporten redegjør for hvordan de ulike oppgavene til norske kommuner og de ulike elementene i en plan, gir grunnlag for ulike former for HKU.

Tverrfaglig samarbeid og medvirkning er honnørord i arbeidet med HKU, og brukes med svært ulike begrepsinnhold. Begrepene drøftes og presiseres som analytiske verktøy for å avklare hvilke former for samhandling som har funnet sted. Kapittelet avsluttes med en kort henvisning til Dahlgren og Whiteheads konseptuelle modell for helsedeterminanter, og rapportene om sosiale helsedeterminanter fra komiteen Michael Marmot ledet, og forskergruppen som Espen Dahl ledet.

*Kapittel 5* gir en orientering om hva slags organisasjon WHO er, hvilket maktgrunnlag det har, hvilken politikk WHO fører og hvem WHO samarbeider med. Kapittelet redegjør for hvordan HKU er forankret i WHO's forfatning, det politiske initiativet «helse i alle policyer», og arbeidet for en bærekraftig utvikling. Kapittelet avsluttes med en beskrivelse av hvordan WHO har bidratt til å sette de sosiale helsedeterminantene på den politiske dagsordenen globalt.

*Kapittel 6* beskriver hvordan HKU har blitt brukt i EU området og ti utvalgte land. De ti landene er Storbritannia med England, Skottland og Wales, og Australia, Canada, Nederland, Finland, Danmark, Sverige og Norge.

I de fleste landene har de statlige myndighetene lagt til grunn at HKU er en integrert del av de lovpålagte formene for beslektede konsekvensutredninger. I de siste årene har de statlige myndighetene lagt større vekt på sosiale ulikheter i helse og den betydningen som sosiale og økonomiske strukturer har for folkehelsen.

Til tross for en omfattende satsing på HKU fra WHO og nasjonale helsemyndigheter, har den faktiske bruken av HKU i kommunal saksbehandling vært begrenset utenfor Storbritannia og enkelte delstater i Australia og Canada. Innføringen av HKU har ikke fulgt en lineær utvikling med kompetanseoppbygging og jevn vekst. I land som Nederland og Sverige har perioder med

satsing blitt avløst av perioder med nedprioritering av HKU. Der det har vært et kontinuerlig omfang av HKU, har arbeidet blitt systematisk utviklet og støttet gjennom et samarbeid mellom sentrale og lokale myndigheter, og forskningsinstitusjoner som har utviklet teori og veiledninger, og gitt praktisk bistand i arbeidet.

Der HKU har blitt brukt, har oppmerksomheten i hovedsak vært rettet mot faktorer i det fysiske miljøet, og vært mer preget av monofaglig og flerfaglig arbeid enn radikalt tverrfaglig arbeid. Den systematiske kunnskapen om faktisk bruk av HKU, hvordan den virker i praksis, og hvilke metoder som fungerer best, er fortsatt begrenset. Litteraturen om HKU trekker ofte frem vellykkede enkeltteksempler, slik man kan forvente i et symbolperspektiv, men ikke i rasjonell, målrettet planlegging.

Både i Storbritannia, Norge og andre land har forskere anbefalt at en i arbeidet for å redusere sosiale ulikheter i helse, kombinerer universelle tiltak rettet mot de bakenforliggende sosiale og økonomiske strukturene, og spesielle tiltak rettet mot de mest utsatte befolkningsgruppene.

Fagmiljøene i Wales, Canada og Nederland har bidratt til å trekke andre perspektiv enn det epidemiologiske inn i standarden og arbeidsmetodene i HKU. Erfaringsbaserte tilnærminger med vekt på forståelse av den konkrete konteksten, supplerer målrasjonelle tilnærminger. HKU fremstilles som en kunnskapsbasert dialogprosess hvor ulike interesser, verdier og meninger møtes for å drøfte og forstå hvilke virkninger en sak kan få for endringer i helsen, og ulikheter i helsen i befolkningen. Sosiologisk teori kombineres med epidemiologi for å frembringe en mer finmasket teori om årsaksforholdene i de bestemte kontekstene.

Det har blitt vanlig å legge et determinantperspektiv til grunn for HKU. Det innebærer at oppmerksomheten i en HKU rettes mot hvilke virkninger saken får for de faktorene som påvirker helsen, ikke mot virkningene på helsen. Med denne tilnærmingen kan saksbehandlere i andre sektorer enn helsesektoren gjennomføre en HKU innen sitt fagfelt ut fra sin faglige kompetanse.

*Kapittel 7* samler tråder fra de foregående kapitlene og utdyper dem.

Rapporten beskriver hvordan form og innhold i en HKU varierer ut fra hvor den ligger på to glideskalaer. Den ene skalaen går fra det entydig og regelstyrte, til det komplekse, flertydige og skjønnsbaserte. Den andre går fra det overordnede, generelle og prinsipielle, til det underordnede, spesielle og konkrete.

Rapporten beskriver hvordan vektleggingen av vertikal og horisontal koordinering i et whole-of-government perspektiv kan få praktisk betydninger for utforming av en HKU. En HKU i en enkelt

sak kan forstås som et ledd i en vertikal utredningskjede, som begynner i det politiske og vitenskapelige grunnlaget for lover og forskrifter, og gradvis konkretiseres gjennom regelverket og overordnede kommunale planer ned til den enkelte sak. Den samlede HKU fremstår som den akkumulerte utredningen i denne vertikale kjeden.

En HKU i en enkelt sak kan samtidig bidra til horisontal koordinering, ved at den setter saken inn i den tjenestekjeden som saken inngår i, og vurderer konsekvensene overfor determinantene i denne kjeden.

Rapporten peker på at kommunene skal ivareta en rekke forskjellige mål, med innebygde målkonflikter, der hensynet til helse er bare ett av flere hensyn som skal ivaretas. For å få politisk gjennomslag som gjør at helse blir ivaretatt, ikke bare i det kommunene sier og vedtar, men også i det de gjør, er det nødvendig å bygge faglige og politiske allianser med tilstrekkelig bredde og tyngde. Det krever en felles situasjonsforståelse, felles mål, og koordinerte tverrfaglige strategier og tiltak for å nå disse målene. Kommunikativ planlegging og tverrfaglig arbeid kan bidra til å utvikle slike strategier.

Rapporten drøfter behovet for å kombinere fremtidsrettede HKU med fortidsrettede HKU i erfaringsbasert planlegging, og helsesektorens rolle i arbeidet med HKU når det utvikler seg fra monofaglig og flerfaglig arbeid til tverrfaglig og transfaglig arbeid. Kapittelet avslutter med en drøfting av om HKU bør integreres i de lovpålagte formene for konsekvensutredning i Norge, eller utvikles som en separat form, og argumenterer for en kombinasjon av begge strategiene.

## Forkortninger

EFTA	Det europeiske frihandelsforbund
EHIA	Environmental Health Impact Assessment
EIA	Environmental Impact Assessment
GCS	Gothenburg consensus paper
HIA	Health Impact Assessment
HiAP	Health in all policies
HKB	Hälskonsekvensbedömning
HKU	Helsekonsekvensutredning
HKV	Helsekonsekvensvurdering
HuIA	Human Impact Assessment
IAIA	International Association for Impact Assessment
IMF	Det internasjonale pengefondet
KS	Kommunenes Sentralforbund
NPM	New Public Management
OECD	Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling
SA	Sustainability (Impact) Assessment
SEA	Strategic Environmental Assessment
SIA	Social Impact Assessment
WHO	Verdens helseorganisasjon
WTO	Verdens handelsorganisasjon

## **1. Om kunnskapsoppsummeringen**

### **Mandatet**

Våren 2014 tok Helsedirektoratet initiativ til et prosjekt for å utvikle og formidle erfaringer om hvordan folkehelsearbeidet etter den nye folkehelseloven fungerer i praksis, og hva som kan være gode modeller i dette arbeidet. Helsedirektoratet valgte ut tre erfaringsfylker, med tre forskningsmiljøer, knyttet til hvert sitt fylke. Østfold ble valgt som ett av fylkene og fikk i oppdrag å lede arbeidet i utvalgte kommuner med å utvikle og utprøve enkle former for helsekonsekvensutredninger i kommunal saksbehandling til politiske organ. Høsten 2014 fikk Høgskolen i Østfold i oppdrag å følgeevaluere arbeidet i Østfold fylkeskommune. Denne rapporten er skrevet som et ledd i denne følgeevalueringen.

Rapporten gir en oversikt over nasjonale og internasjonale kunnskaper om helsekonsekvensutredninger (HKU) i politiske saker. Rapporten retter oppmerksomheten mot kunnskaper om hva HKU er, og hvordan HKU blir brukt, med særlig vekt på politiske saker i kommunene.

Rapporten er skrevet for å kunne være til nytte for alle som er involvert i arbeidet med å utvikle og ta i bruk HKU i alle typer politiske saker, ut fra prinsippet om helse i alt vi gjør. Det er planlagt å utgi et sammendrag av rapporten, som vil være rettet mot saksbehandlere, planleggere og folkehelsekoordinatorer på kommune- og fylkesnivå.

### **Arbeidsform i utarbeidingen av rapporten**

Kunnskapsoversikten er i hovedsak basert på dokumentanalyser av nasjonale og internasjonale kilder, med vekt på oversiktsarbeid som dokumenterer praksis, og samfunnsvitenskapelig teori som bidrar til å belyse hva HKU er og hvordan HKU blir brukt.

Rapporten har blitt utarbeidet i et løpende samarbeid med prosjektledelsen i Østfold fylkeskommune. Samarbeidet begynte ved starten av prosjektet i september 2014, da kommunene ble rekruttert. Etter hvert som kommunene sluttet seg til prosjektet, ble samarbeidet utvidet til ledelsen for delprosjektene i de involverte kommunene. Spørsmål og kommentarer fra denne gruppen har blitt innarbeidet i den endelige rapporten.

Allerede under rekrutteringen av kommuner, viste det seg at enkelte kommuner som hadde arbeidet både praktisk og prinsipielt med partnerskap og tverrfaglig, tverrsektorielt, og nivåovergripende tjenesteyting, vegret seg for å gå inn i prosjektet. Blant kommunene som gikk

inn i prosjektet, ble det pekt på at også hos dem var det vanskelig å utvikle et forpliktende samarbeid på tvers av fag- og sektorgrenser, med folkehelsebegrepet som fellesnevner.

*Rapporten drøfter nøkkelbegrepene i arbeidet med HKU, som et grunnlag for rolleavklaring i samarbeidet om HKU i kommunene.*

Prosjektet som Østfold fylkeskommune leder, er rettet mot å utvikle og utprøve raske, skjønnsbaserte HKU. Disse enkle formene for HKU, blir i dette prosjektet betegnet som helsekonsekvensvurderinger (HKV). Da kommunene skulle velge hvilke politiske saker som de ville bruke som grunnlag for å utvikle og utprøve HKV, viste det seg raskt at hva som er en rask, skjønnsbasert HKU er et tøyelig begrep. Utfordringen for kommunene har vært å finne det vanskelige balansepunktet mellom hva det er mulig å gjøre innen de gitte tids- og ressursrammene i den løpende saksbehandlingen, og hva som er nødvendig å gjøre for å få frem en relevant og pålitelig HKV. Balansepunktet kan variere fra sak til sak ut fra reguleringen av saksområdet, hvilke kunnskaper som foreligger, og hvor entydige, omfattende, alvorlige og sannsynlige konsekvensene kan bli.

*Rapporten beskriver ulike former for HKU, brukt i saker på ulike nivå i planhierarkiet, med ulik grad av regulering gjennom regelverket, og basert på et varierende kunnskapsgrunnlag.*

### **Hva er en helsekonsekvensutredning (HKU)?**

En HKU er et verktøy for å utrede et beslutningsgrunnlag for vedtak i offentlig og privat sektor, en HKU er ikke et verktøy for å fatte vedtak. Denne rapporten tar utgangspunkt i Helsedirektoratets definisjon av HKU:

Helsekonsekvensutredning (HKU) er et verktøy som kan synliggjøre hvordan beslutninger og tiltak i ulike sektorer kan påvirke befolkningens helse.

En mye brukt definisjon av HKU er følgende:

«(...) en kombinasjon av prosedyrer, metoder og verktøy som kan brukes til å vurdere en plan, et program eller et prosjekt i forhold til potensielle konsekvenser for helsen i en befolkning, og fordelingen av disse virkningene i en befolkning.»  
(Utviklet på et konsensusseminar i regi av WHO i 1999 og gjengitt i «Gothenburg consensus paper»)

I tråd med denne definisjonen bør en vurdering av helsekonsekvenser inkludere et sosialt

fordelingsperspektiv og en vurdering av tiltakets eventuelle virkninger på antatt utsatte grupper. (Helsedirektoratet, 2014)

En HKU er en analyse av forholdet mellom årsaker og virkninger. Det er årsaksforhold mellom en rekke forskjellige faktorer på den ene siden, og helsen til de forskjellige gruppene i befolkningen på den andre. En HKU er en analyse av hvordan disse faktorene, direkte og indirekte, gir virkninger på helsen, og hvordan politisk vedtatte tiltak kan redusere de negative virkningene og forsterke de positive. I de senere årene har det blitt rettet stadig sterkere oppmerksomhet mot sosialt betingede helseforskjeller, som den store utfordringen i det forebyggende folkehelsearbeidet i vår tid.

Verdens helseorganisasjon (WHO) fremholder at for å analysere dette komplekse samspillet av årsaker og virkninger, er det relevant å bruke både kvantitative, kvalitative og deltakende metoder (WHO, 2015a). Det krever en form for radikal tverrfaglighet og transfaglighet, som integrerer teorier og metoder både fra naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humaniora, i en samordnet tilnærming.

*Rapporten drøfter det vitenskapsteoretiske grunnlag for radikal tverrfaglighet i HKU, og spør om hva som kan gi en felles vitenskapsteoretisk ramme, og legitimere metoder og tilnærminger i HKU. Rapporten argumenterer for at kritisk realisme har er en ontologi og en epistemologi som gjør den til et egnet grunnlag.*

Helsedirektoratet viser til definisjon av HKU som WHO har gitt i Gothenburg consensus paper (GCP) fra 1999. HKU er utviklet i et samspill mellom globale standardiseringsorganisasjoner som WHO, nasjonal offentlig forvaltning som Helsedirektoratet, og i tillegg regionale og lokal offentlige myndigheter, berørte innbygger og andre interessenter. Rapporten legger til grunn at arbeidet med å innføre HKU i saksbehandlingen på alle saksområder i kommunene, er et reformarbeid i kommunesektoren. HKU fremtrer i dette reformarbeidet som en populær organisasjonsoppskrift, legitimert av autorative instanser, som WHO og Helsedirektoratet.

*Rapporten redegjør for hvordan HKU inngår i reformarbeidet i offentlig sektor, og er tilpasset og tatt i bruk i utvalgte land. Oppmerksomheten er rettet mot den tverrsektorielle, tverrfaglige og nivåovergripende dimensjonen i dette reformarbeidet.*

Helsedirektoratet definerer HKU som et verktøy i beslutningsprosesser i organisasjoner, som består av et sett med regler for hvilke prosedyrer, metoder og verktøy som kan brukes og kombineres i disse beslutningsprosessene.

*I arbeidet med å beskrive hva HKU er, støtter rapporten seg på teorier, modeller og metoder fra organisasjonsteorien, som kan kaste lys over temaet, og legger til grunn både et verktøyperspektiv og et symbolperspektiv på HKU. Disse perspektivene er nærmere beskrevet i kapittel 2 og 4.*

I faglitteraturen om HKU har det blitt skilt mellom HKU som er:

- **Fremtidsrettet (prospective)** i målrettet planlegging av nye tiltak, med en vurdering av fremtidige positive og negative helsekonsekvenser
- **Fortidsrettet (retrospective)** i evaluering av gjennomførte tiltak, der en vurderer om tiltakene har blitt gjennomført som planlagt og om de har fått de forventede konsekvensene for befolkningens helse
- **Samtidsrettet (concurrent)** i overvåking og kontroll av den løpende driften av gjennomførte tiltak. Det kontrolleres at driften holder seg innenfor vedtatte rammer, gir de forventede positive helsekonsekvensene, og ikke gir uakseptable negative helsekonsekvenser.

Faglitteraturen om HKU inkluderer dels alle de tre formene i begrepet HKU (WHO Europe 1999), dels beskriver den fremtidsrettede planlegging som den ideelle formen for HKU (Scott-Samuel mfl. 2001:4), dels avgrenser den HKU til bare å omfatte fremtidsrettet planlegging, og skiller den fra evaluering og overvåking (Kemmer 2012:4).

*Rapporten retter oppmerksomheten mot fremtidsrettede HKU, men argumenterer for at det i praksis kan være vanskelig å skille de tre formene fra hverandre; dels supplerer de hverandre, dels kombineres de i saksutredninger. HKU i plansaker kan gi et grunnlag for HKU både i evalueringer og i overvåking. Samtidig kan HKU i evalueringer og overvåking gi et kunnskapsgrunnlag for fremtidig planlegging. Denne rapporten bruker begrepet HKU både om planer som bygger på målrettet rasjonell planlegging, basert på kunnskap om fremtiden, og erfaringsbasert planlegging, basert på kunnskap om fortiden, innhentet gjennom undersøkelser som evalueringer og overvåking.*

I standarden for HKU er det implisitt og eksplisitt et ønske om at bruk av HKU skal ha en positiv virkning i beslutningsprosessene, samt for tjenesteytingen til kommunene, og for folkehelsen i kommunene.

*I arbeidet med rapporten, er det søkt etter systematisk kunnskap om hvilke virkninger HKU har hatt i beslutningsprosessene, for tjenesteytingen til kommunen, og for folkehelsen i kommunene. Rapporten drøfter årsaken til mangelen på deler av denne kunnskapen.*

## HKU og beslektede former for konsekvensutredninger

Utviklingen og innføringen av HKU som en internasjonal standard og som et lovfestet krav på enkelte områder, er ikke en isolert prosess innen folkehelsearbeidet, men nært knyttet til beslektede former for konsekvensutredninger. Det første medlemmet i denne familien var miljø konsekvens utredninger (Environmental Impact Assessment (EIA)). Den gryende miljøbevisstheten i USA på 1960-tallet skapte en politisk vilje til å lovfeste krav om at før planer og prosjekter ble vedtatt, skulle mulige konsekvenser for miljøet bli utredet. US National Environmental Policy Act ble vedtatt i 1969, og ble opphav til tilsvarende lovkrav om miljø konsekvens utredninger over hele verden. Norge lovfestet disse kravene i 1985 i den nye plan- og bygningsloven, EU vedtok et direktiv om EIA samme år, og Storbritannia, som har stått sentralt i utviklingen av HKU, lovfestet EIA i 1988.

WHO peker på at EIA vanligvis er rettet mot kvantitative undersøkelser av fysiske, kjemiske og biologiske forhold, selv om lovverket som regel er generelt og krever at også konsekvenser for samfunn og helse skal bli utredet. I miljø- og helsekonsekvens utredning (Environmental Health Impact Assessment (EHIA)) er helse ett element i vurderingen. Men også her er oppmerksomheten som regel rettet mot faktorer som kan måles, som eksponering for forurensing og kjemiske stoffer, og mindre mot kvalitativ informasjon om samfunnsforhold (WHO, 2015a).

Både sosial konsekvens utredning (Social Impact Assessment (SIA)), og HKU ble utviklet for å ivareta perspektiv som formelt sett skulle ha blitt ivaretatt innen EIA, men som i praksis ikke ble det. SIA retter oppmerksomheten mot konsekvensene for samfunnet, HKU mot konsekvensene for befolkningens helse, med særlig oppmerksomhet mot utsatte befolkningsgrupper. De to formene for konsekvensutredninger er nært beslektet. (IAIA 2002)(IAIA 2009)

Strategisk miljø utredning (Strategic Environmental Assessment (SEA)) bygger også på EIA, men er utviklet for overordnet planlegging, tidlig i beslutningsprosessen, med et utvidet perspektiv, mer for å løse problem enn for å begrense skader. I EU/EØS området er det lovfestet krav om bruk av SEA.

HKU er også nært beslektet med risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser). Formålet med ROS-analyser er å gi grunnlag for å forebygge risiko for skade og tap av liv, helse, miljø og viktig infrastruktur, materielle verdier mv.. I noen typer HKU inngår det eksplisitt en ROS-analyse av hvor omfattende, alvorlig og sannsynlig risikoen for negative helsekonsekvenser er.

Standarden for HKU i GCP bærer preg av at slektskapet med EIA. Bærekraftig utvikling er en av de grunnleggende verdiene i arbeidet med HKU, ved siden av demokrati, rettferdighet og etisk bruk av dokumentasjon. GCP knytter HKU til det sentrale begrepet i slutterklæringen fra FNs miljøkonferanse i Rio de Janeiro i 1992, Agenda 21. Agenda 21 har på sin side et eget kapittel om helsen til verdens befolkning, og en anbefaling om at en organisasjon som WHO koordinerer arbeidet med å beskytte og fremme den. Agenda 21 anbefaler at alle land tar i bruk helsekonsekvens- og miljøkonsekvensutredninger (UN 1992).

Alle disse konsekvensutredningene er analyser av årsaksforhold, som retter oppmerksomheten mot hvilke konsekvenser policyer, planer, programmer og prosjekter kan få for samfunn og miljø. Alle legger vekt på å være kunnskapsbasert, både på forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap. Det er en løpende faglig debatt om de bør gjennomføres i én integrert konsekvensutredning eller som separate.

*Rapporten redegjør for slektskapet mellom HKU og andre konsekvensutredninger, og debatten om integrerte eller separate utredninger.*

## 2. Organisasjonsteoretisk og vitenskapsteoretisk grunnlag for rapport

### Om HKU

Verdens Helseorganisasjon WHO definerte i 1999 en HKU som: «(...) en kombinasjon av prosedyrer, metoder og verktøy som kan brukes til å vurdere en policy, et program eller et prosjekt i forhold til potensielle konsekvenser for helsen i en befolkning, og fordelingen av disse virkningene i en befolkning.» (WHO Europe 1999) Definisjonen har blitt en standard som brukes over hele verden, også i Norge. Ut fra denne standarden er HKU:

- et verktøy for å utrede et beslutningsgrunnlag for vedtak i offentlig og privat sektor, ikke et verktøy for å fatte beslutninger
- en analyse av årsaksforhold; en analyse av hvilke faktorer som påvirker helsen, hvordan og hvorfor de påvirker helsen, og hvilken virkning de får for helsen
- en av mange organisasjonsoppskrifter som i løpet av de siste tiårene har blitt utviklet og spredd globalt, tolket, tilpasset og tatt i bruk i ulike land og organisasjoner verden over

Dette kapittelet redegjør for det organisasjonsteoretiske og vitenskapsteoretiske grunnlaget for denne oppsummeringen av kunnskap om den globale organisasjonsoppskriften HKU.

### HKU i et organisasjonsteoretisk perspektiv

Røvik peker på at det dypest sett er globaliseringen av organisasjonssamfunnet som skaper rom for institusjonaliserte standarder som HKU. En svært viktig forutsetning for at organisasjonsoppskrifter skal kunne bli spredd raskt til mange og forskjellige organisasjoner, er at det i løpet av de siste fire tiårene har vokst frem og festet seg en forestilling om at høyst ulike virksomheter, som en kommuneadministrasjon i Østfold, et damprosjekt i Vietnam og et fiskebruk i Finnmark, har det til felles at de er formelle organisasjoner. Ulike virksomheter oppfattes som like når de oppfattes som formelle organisasjoner. Det gir grunnlaget for forestillingen om et helt verdenssamfunn bestående av tilnærmet like enheter, med behov for tilnærmet like komponenter, som for eksempel ledelse, formell organisasjonsstruktur, og prosedyrer for rekruttering, økonomistyring, og kvalitetssikring (Røvik 1998:24).

Organisasjonsteorien har ikke bare slike globale standarder for organisasjoner som sitt forskningsobjekt. Den er selv noe av forutsetningene for at ulike virksomheter kan oppfattes som like organisasjoner, og dermed for at slike standarder kan bli spredd. Organisasjonsteorien har skapt en teoretisk ramme som de ulike organisasjonene kan forstå seg selv i.

I organisasjonsteorien blir organisasjoner belyst fra flere synsvinkler. L. E. Bolman og T. E. Deals klassiske innføring i organisasjonsteori omfatter fire perspektiv som gjensidig supplerer hverandre (Bolman & Deal 2009):

- Et **strukturelt** perspektiv, der organisasjoner blir sett på som en maskin som skal nå bestemte mål ved hjelp av en bestemt teknologi, og der strukturen blir formet etter oppgavene
- Et **human resource** perspektiv, der organisasjons grunnleggende utfordring er å tilpasse organisasjonens og medlemmenes behov, hvor familien blir brukt som metafor og relasjonsbygging står sentralt
- Et **politisk** perspektiv, der organisasjoner blir sett på som arenaer for konflikt og utøving av makt
- Et **symbol** perspektiv, der organisasjoner skaper mening for medlemmene, og en felles kultur som gir grunnlag for identitet både innad og utad

I den globale standarden for HKU, som også Helsedirektoratet i Norge bruker, er HKU fremstilt som et verktøy i det strukturelle perspektivet. Alle de fire perspektivene er relevante i arbeidet med å beskrive og forklare hva en HKU er og hvordan HKU blir brukt. Standarden for HKU legger vekt på tverrfaglig arbeid og deltaking i prosessen fra berørte innbyggere og andre interessenter. For å forstå hva som fremmer og hemmer denne relasjonsbyggingen er human resource perspektivet relevant. Både innholdet og arbeidsformen i en HKU kan være preget av interessekonflikter og maktkamp, hvor det politiske perspektivet kan gi egnede forklaringsmodeller. HKU skal ivareta sentrale demokratiske verdier og blir promotert av autoritative organ som WHO og Helsedirektoratet. For å forstå samspillet mellom kommunene og disse organene i innføring og bruk av HKU, kan symbolperspektivet være en fruktbar innfallsvinkel.

Organisasjonsteorien er flerfaglig, basert både på sosiologi, statsvitenskap, sosialantropologi, psykologi, økonomi, historie, juridiske fag og filosofi. Organisasjonsteoretiske arbeider hører dels hjemme i ulike skoler, basert på ulike forutsetninger, og som står i konflikt med hverandre, dels er de tverrfaglige arbeider der ulike disipliner og metoder er integrert i samordnede undersøkelser. Røviks undersøkelse av institusjonaliserte organisasjonsoppskrifter, og denne rapporten, bygger på organisasjonsteoretiske arbeider som hører hjemme i ulike skoler som er i konflikt med hverandre.

HKU er et verktøy for å utrede sannsynlige årsaksforhold mellom på den ene siden faktorer i den gitte situasjonen og foreslåtte tiltak for å endre situasjonen, og på den andre siden helsen i hele befolkningen eller deler av befolkning, fysisk, psykisk og sosialt. HKU omfatter analyser av alt fra individenes medfødte egenskaper og livsvaner, til de bakenforliggende årsaksforholdene i strukturer, krefter og mekanismer på det lokale, nasjonale og globale nivå. Faktorene som kan påvirke helsen spenner fra fysiske, kjemiske og biologiske faktorer til psykologiske, sosiale og økonomiske faktorer. Analysene av årsaksforhold i en HKU krever ofte en kombinasjon av naturvitenskapelige og samfunnsvitenskapelige metoder.

Det er ikke bare organisasjonsteorien selv som er tverrvitenskapelig, også objektet for denne undersøkelsen, HKU, har en flerfaglig og tverrfaglig karakter. Både organisasjonsteoretiske undersøkelser av HKU som denne, og utvikling av HKU, krever et vitenskapsteoretisk grunnlag som gir rom for dette mangfoldet.

## **Et vitenskapsteoretisk grunnlag for rapporten og arbeidet med HKU**

### **Pragmatisme**

Denne rapporten benytter kunnskap fra det som har vært de to hovedparadigmene i samfunnsvitenskapene, og som Røvik betegner som et positivistisk modernistisk, og et sosialkonstruktivistisk hovedparadigme. Begge kan bidra med relevant og pålitelig kunnskap, de kan supplere hverandre. Det rasjonalistiske verktøyperspektivet hører hjemme i et positivistisk perspektiv. Det er inspirert av naturvitenskapene og bygger på antagelsen om at organisasjoner fungerer i henhold til noen universelt gyldige mekanismer og logikker, nærmest naturlover. Det nyinstitusjonelle sosiologiske symbolperspektivet hører dels hjemme i den sosialkonstruktivistiske tilnærmingen (Røvik 2007:47-57). I de fleste naturvitenskaper er «prediktiv evne» – hvor god en teori er til å forutsi hva som skjer under spesielle forutsetninger – selve målet på en god teori. I samfunnsvitenskapene er man betydelig mer forsiktig med å komme med prediktive utsagn. (Jacobsen 2005:16). Den svenske organisasjonsteoretikeren Nils Brunsson hører hjemme i den skandinaviske nyinstitusjonelle skolen, og peker på at det er vanskelig, hvis ikke umulig, å forutsi fremtiden (Brunsson 2006:21).

Ingen av de to paradigmene er egnet som et vitenskapsteoretisk grunnlag for et tverrfaglig arbeid som henter kunnskap fra dem begge. De utelukker hverandre gjensidig. Røvik drøfter dette, og har valgt en tredje vei som grunnlag for å bruke teori fra begge de to hovedparadigmene. Han kaller den pragmatisk institusjonalisme, inspirert av pragmatisk filosofi i tradisjonen etter Charles Pierce, William James, John Dewey og Richard Rorty. Han beskriver den pragmatiske retningen

som kritisk til oppsplitting av teoretisk filosofisk forskning i paradigmer og smalsporede miljøer, og kritisk til et alt for skarpt skille mellom ideer og kunnskap på den ene siden, og handlinger og praksis på den andre. Han finner spor av den filosofiske pragmatismen i nordisk aksjonspreget arbeidslivsforskning, og skandinavisk nyinstitusjonalisme. Mens de to hovedparadigmene hver for seg tilbyr polariserte og entydige enten-eller forklaringer, fremholder han at en pragmatisk posisjon søker å få frem det grunnleggende tvetydige ved mange av de fenomenene som blir studert i organisasjonsvitenskapen (Røvik 2007:47-57). Jevnfør avsnittet ovenfor om HKU brukt som verktøy og symbol i reformarbeidet.

Denne rapporten bygger på en liknende pragmatisk holdning, og legger til grunn at forskning både innenfor det rasjonelle økonomiske verktøyperspektivet, det nyinstitusjonelle sosiologiske perspektivet, og det pragmatiske perspektivet orientert mot mangfoldighet og tvetydigheter, kan gi relevant og pålitelig kunnskap om hva HKU er og hvordan HKU blir brukt. Forskning ut fra de ulike perspektivene kan belyse temaet ut fra ulike vinkler, og sammen bidra til at det blir bedre belyst.

### **Kritisk realisme**

Rapporten forankrer den pragmatiske tilnærmingen vitenskapsteoretisk i kritisk realisme i tradisjonen etter Roy Bhaskar. Kritisk realisme søker å besvare de dilemmaene og problemene i samfunnsvitenskapen som Røvik drøfter. Bhaskar flytter oppmerksomheten fra epistemologien, teorien om hvordan vitenskapelig kunnskap dannes, til ontologien, teorien om væren, væreformer og væremåter. Han spør hvordan virkeligheten må være for at vi skal kunne ha vitenskapelig kunnskap om den. Han legger til grunn at det må finnes en objektiv virkelighet som eksisterer uavhengig av våre begrep om den, og en historisk og sosialt bestemt kunnskap om denne virkeligheten. Empiriske data er teoriladede, de er preget av vår sosialt og kulturelt betingede forforståelse. Likevel er de ikke *bare* preget av denne forforståelsen. Kunnskapene våre dannes i et vekselspill mellom oss og omgivelsene, og preges av begge. Det medfører at kunnskapen kan være feil, men at den kan forbedres. Noen utsagn om virkeligheten kan være mer sanne enn andre (Davidsen 2000:42-43, 74-75). Også Baskars egen teori om kritisk realisme har vært gjenstand for forbedring. Kritisk realisme avgrensner seg både fra en naiv realisme som forutsetter at våre observasjoner i prinsippet kan gi et korrekt og objektivt bilde av virkeligheten, og en konstruktivisme som hevder at ingen utsagn om virkeligheten er mer sannsynlige enn andre, siden all kunnskap er sosialt konstruert.

Bhaskar legger til grunn at virkeligheten består både av det vi kan erfare direkte, av hendelser i tid og rom som vi ikke kan erfare direkte, og av underliggende strukturer, mekanismer og krefter som tilhører en annen dimensjon av virkeligheten som ikke kan observeres, men som vi konstruerer kunnskap om ut fra det vi observerer (Bhaskar 2008:56). Bhaskar peker på at både naturvitenskap og samfunnsvitenskap søker kunnskap både om det erfarbare og hendelsene, og om de underliggende mekanismene, strukturene og kreftene. Det er felles for all vitenskap. Men sidene objektene som naturvitenskapen og samfunnsvitenskapen studerer er forskjellige, må også metodene og teoridannelsen være forskjellige (Bhaskar 2008:17-22). Kritisk realisme gir en teoretisk begrunnelse for nødvendigheten av den tverrvitenskapelige metodepluralismen som vi finner både i organisasjonsteorien og i arbeidet med HKU.

### **Ulike forskningsobjekt krever ulike metoder**

Fysiske, kjemiske og biologiske determinanter kan gi forholdsvis enkle, direkte og entydige virkninger på folkehelsen. Det er et direkte og tydelig årsaksforhold mellom luftforurensing og bakterier i drikkevannet, og sykdom i befolkningen. Disse årsaksforholdene kan undersøkes i eksperimenter under lukkede forhold, og dokumenteres med naturvitenskapelige metoder, som gir generell og gyldig kunnskap som kan predikere hva som sannsynligvis vil skje i liknende fremtidige situasjoner.

Når det gjelder sosiale og økonomiske determinanter, er forholdet mer komplisert. For det første vil det som regel være et samspill både mellom fysiske, kjemiske og biologiske faktorer på den ene siden, og psykologiske og sosiale på den andre. Samspillet kan danne varierende og komplekse mønstre der faktorene påvirker hverandre gjensidig. De kan både forsterke hverandre og nøytralisere hverandre. Det gjør i seg selv bildet mer komplisert. For det andre opptrer mennesker intensjonelt og kan møte tiltak aktivt med mottiltak. Samspillet mellom mennesker lar seg ikke undersøke under lukkede forhold, som i et naturvitenskapelig fysisk eksperiment. Et sosialt eksperiment er bare én sosial situasjon blant mange forskjellige. Det som skjer i denne sosiale sammenheng har ikke nødvendigvis overføringsverdi til en annen. Tiltak som gir en ønsket virkning i én kontekst, gjør det ikke nødvendigvis i en annen. For å forstå årsaksforholdene i sosiale prosesser, er det nødvendig å ha kunnskap om den gitte konteksten og hvilke observerbare fenomen som er til stede i den. I tillegg er det nødvendig med kunnskap om de bakenforliggende forholdene, om den sosiale strukturen og kulturen som skaper relasjonene mellom aktørene. Det er nødvendig med kunnskap om hvordan aktører og tiltak i den gitte sosiale konteksten kan aktivisere mekanismer og utløse krefter som får konsekvenser for helsen.

(Pawson & Tilley 1997:77)

## Ulike nivåer i virkeligheten og ulike årsaksforhold

I kritisk realisme er virkeligheten beskrevet som strukturert i hierarkisk ordnede nivåer. Ett av hierarkiene går fra det grunnleggende enkle fysiske nivået, til det kjemiske og biologiske, og videre til det psykologiske og sosiale. På hvert nivå fremtrer det mekanismer som er spesielle for dette nivået, og som ikke kan reduseres til de underliggende nivåene. Det kalles emergens. Sosiale mekanismer kan ikke reduseres til kjemiske. Samtidig kan mekanismer fra alle de underliggende nivåene samspille med mekanismene på det aktuelle nivået. På det biologiske nivået fungerer også fysiske og kjemiske mekanismer. På det sosiale nivået fungerer mekanismer fra alle nivåene (Danermark 2003:102-111). Kritisk realisme er et egnet utgangspunkt for å analysere hvordan ulike helsedeterminanter, som kjemiske og sosiale, går inn i ulike årsaksforhold som må undersøkes med ulike metoder.

## Det observerbare og de bakenforliggende årsaksforholdene

I Forskrift om oversikt over folkehelsen, merknad til forskriftens § 3, kommenterer departementet hvilke faktorer som kan påvirke helsen og konsekvensene de kan få, før det går over til å drøfte årsaksforhold og skriver:

Med vurdering av *årsaksforhold* menes en vurdering av hvorfor et forhold har oppstått. En slik vurdering vil ta utgangspunkt i den kunnskap som eksisterer om hvilke bakenforliggende forhold som kan ha ført til den situasjonen som er avdekket. Avdekking av årsaksforhold danner et grunnlag for å kunne rette tiltak inn mot årsakene til et forhold istedenfor å håndtere symptomer. Årsakssammenhenger er ofte sammensatte, med flere nivåer (årsak til årsaker).

Folkehelseutfordringer kan relateres til flere ledd i årsakskjeden. (FOR 2012-06-28-692)

Denne forståelsen av årsaksforhold ligger også til grunn for denne rapporten. Årsaksforhold er noe som ligger bakenfor det vi kan observere direkte. Gjennom empiriske undersøkelser kan vi finne *samvariasjon* mellom bestemte observerbare fenomen og helsen til hele befolkningen eller grupper i befolkningen. Men årsaksforholdet ligger ikke i de observerbare fenomenene alene, det ligger i de bakenforliggende strukturene, mekanismene og kreftene. Når en gjenstand faller og blir knust, er det et samspill mellom de fysiske strukturene i gjenstanden og omgivelsene, tyngdekraften, og de observerbare handlingene til aktøren i situasjonen som får gjenstanden til å falle. For å forstå årsaksforholdet, må en forstå samspillet mellom det observerbare; gjenstanden, de fysiske omgivelsene og aktøren, og de bakenforliggende forholdene; strukturene, mekanismene og kreftene som forårsaker fallet og får gjenstanden til å knuse. Også på det sosiale området er årsaksforhold et slikt samspill mellom observerbare aktører og omgivelser, og bakenforliggende sosiale strukturer, mekanismer og krefter. De bakenforliggende forholdene kan vi ikke observere. Vi slutter oss til dem ut fra erfaring.

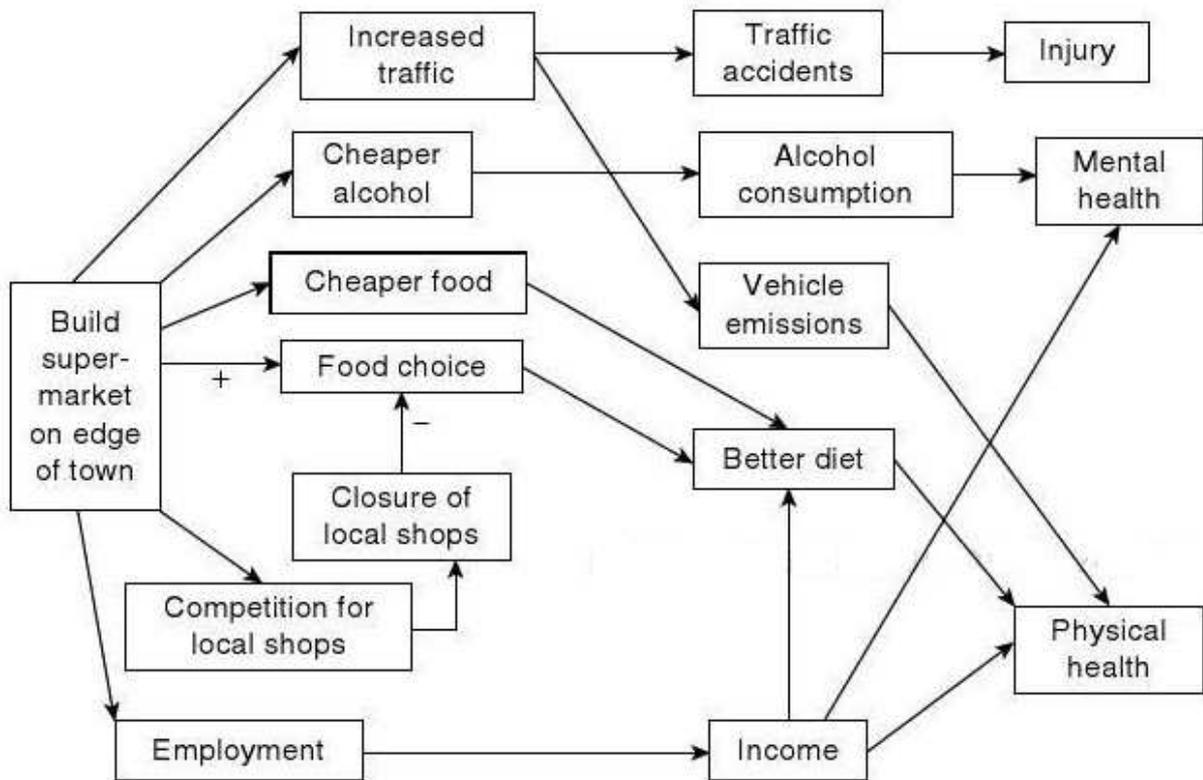
Utredning av årsaksforhold i en HKU skjer ved en kombinasjon av *empiriske kunnskaper* om den gitte situasjonen og tiltakene som er vurdert i saken, og en *teori* om de bakenforliggende strukturene og mekanismene som kan utløse krefter og forårsake endringer. Disse bakenforliggende strukturene, mekanismene og kreftene kan være et bredt spekter av faktorer som ligger i innbyggernes medfødte biologiske egenskaper, deres levevaner og sosiale nettverk, leve- og arbeidsvilkårene i samfunnet, og de overordnede fysiske, økologiske, sosioøkonomiske og kulturelle strukturene.

Årsakssammenhengene i folkehelsearbeidet kan både være enkle og sammensatte. De enkle kan ha et entydig lineært forhold mellom en årsak og en virkning, som mellom bakteriell forurensing av drikkevannet og sykdom i befolkningen. De sammensatte kan ha flere nivåer, der årsaker på et overordnet nivå gir kjedereaksjoner og blir årsak til årsak på underliggende nivå.

Når det bygges et supermarked i utkanten av en by, kan det få forholdsvis enkle, direkte konsekvenser både på kort og lang sikt for trafikkforhold, transportmessig tilgjengelighet og prismessig tilgjengelighet for ulike varer for ulike befolkningsgrupper. Disse endringene kan få konsekvenser både for den fysiske og den psykiske helsen i ulike befolkningsgrupper. John Kemm har analysert slike årsakskjeder i en HKU, og fremstilt dem i figuren nedenfor.

Figur 2.1. Årsaks diagram for bygging av nytt supermarked.

+ = økt valgmuligheter, -= reduserte valgmuligheter



(Kemmer 2012:21)

I rapporten «Sosiale ulikheter i helse: En norsk kunnskapsoppsummering», viser Espen Dahl med flere til at en i faglitteraturen om sosiale ulikheter i helse ofte bruker en elv som metafor på helse-determinanter på ulike nivå. Elva blir et bilde på en lineær årsakskjede gjennom flere nivå. Oppstrøms tiltak refererer til politiske intervensjoner høyt oppe i elva, som retter seg mot sosioøkonomiske fordelinger, dvs. i inntekts-, utdannings, eller klassestrukturen, og som har et forebyggingsaspekt. Midtstrøms tiltak er rettet for eksempel mot sosialt og fysisk miljø på arbeidsplassen. På lavere sosiale nivåer finner vi nedstrøms tiltak, som helsetjenesten. Nedstrøms tiltak antas å være mindre effektive enn oppstrøms tiltak fordi de ikke eliminerer, men reparerer problemene, og det ofte til en høy kostnad. På den annen side kan effekten av tiltak satt inn på dette nivået observeres ganske umiddelbart. (Dahl 2014:32). Forskjellige lineære kjeder kan kobles sammen og forsterke hverandre eller svekke hverandre, slik hensikten er når en setter inn tiltak for å hindre en uønsket utvikling eller forsterke en ønsket.

Men to faktorer kan også stå i en vekselvirkning med hverandre hvor de gjensidig forsterker eller svekker hverandre, og flere faktorer kan danne mer komplekse mønstre hvor de gjensidig påvirker hverandre i

årsaksforhold. En HKU innen det psyko-sosiale arbeidet kan omfatte slike vekselvirkninger, for eksempel mellom psykiske lidelse, rusavhengighet og kriminalitet. Personer med psykiske lidelser kan selvmedisinere seg med rusmidler for å komme ut av en uutholdelig livssituasjon, opparbeide et avhengighetsforhold, og begå kriminelle handlinger for å sikre seg fortsatt tilgang på rusmidler. Avhengigheten kan over tid forsterke de psykiske lidelsene, behovet rusmidler og behovet for å begå kriminelle handlinger for å skaffe seg ressurser til kjøp. Hvor den onde sirkelen en gang begynte kan være vilkårlig og irrelevant når den først har blitt veletablert. Spørsmålet er hvilke problemmekanismer som tenner de destruktive kreftene og holder dem ved like, og hvilke mekanismer som kan utløse motkrefter og bryte sirkelen. (Pawson & Tilley 1997:75-76)

Tiltakene i en HKU kan utløse bakenforliggende mekanismer som ligger latent i de psykologiske og sosiale strukturene i den situasjonen som saken gjelder. Mekanismene og kreftene kan være aktive eller inaktive, være aktive og forsterke hverandre eller nøytralisere hverandre, være aktive og bli observert eller ikke bli observert. Når de nøytraliserer hverandre, kan de være til stede uten å fremtre for oss (Bhaskar 1998:9-13). Danermark m.fl. bruker en fugl i flukt som bilde på et slikt samspill. Når en fugl flyr, opphever den ikke tyngdekraften, men virkningen av tyngdekraften har blitt nøytralisert av kreftene i luftstrømmene. Tyngdekraften fungerer fortsatt men har blitt nøytralisert av en annen mekanisme. Tilsvarende samspill kan en også finne i sosiale sammenhenger. (Danermark mfl. 2003:99)

Hvilke faktorer det er mulig å spille på i en sak med sammensatte, komplekse årsaksforhold, vil være helt avhengig av den gitte situasjonen, konteksten, for saken. Roy Pawson og Nick Tilley sammenfatter dette i formelen (Pawson & Tilley 1997:57,77):

*kontekst + mekanisme = resultat.*

Tiltak som virker i én sosial kontekst og forårsaker en ønsket utvikling, trenger ikke å virke i en annen. For å kunne ta stilling til hvor sannsynlig det er at et tiltak som har virket i en annen sammenheng, også kan virke i den situasjonen som saken gjelder, er det ikke tilstrekkelig å vite at tiltaket virket i den andre sammenheng. Det er også nødvendig å ha kunnskap om *hvorfor* tiltaket virket, og *hvordan* det virket. Kunnskap om de bakenforliggende forholdene, om de sosiale strukturene og mekanismene som utløste kreftene i dem, kan gi saksbehandleren et grunnlag for å vurdere om den gitte situasjonen har tilsvarende strukturer som de forslåtte tiltakene kan spille på. (Pawson & Tilley 1997:65-78)

Siden mennesker som nevnt opptrer intensjonelt og kan møte tiltak med mottiltak, at det vanskelig å forutsi hva som kommer til å skje i sosiale sammenhenger, slik vi kan i fysikken. Samtidig gir felles regler,

som sosiale normer, lover og standarder, likhetstrekk i samfunnet, som gjør det mulig med en mer grovmasket kunnskap om hvilke mekanismer som sannsynligvis vil gjøre seg gjeldende. (Danermark 2003: 83-85,114, 314)(Næss 2004)(Karlsson 2011)

Forskning gir kunnskap om hvilke mekanismer som *kan* fungere i lignende sosiale situasjoner. Når saksbehandleren skal vurdere hva som sannsynligvis vil fungere i den gitte saken, og hvilke konsekvenser for helsen det vil gi, er saksbehandleren avhengig av både den forskningsbaserte kunnskapen og den lokale kunnskapen om konteksten. For at saksbehandleren skal kunne finne frem til treffsikre tiltak, som styrker helsen til utsatte grupper, uten uønskede negative bivirkninger, kreves det ofte god kunnskap om de lokale forholdene. Ved siden av teoretisk kunnskap om årsaksforhold, og empirisk kunnskap om den gitte situasjonen, vil en saksbehandler også kunne være avhengig av sin erfaringsbaserte kunnskap fra arbeid med liknende saker i det samme, eller beslektede miljøer. (Danermark 2003:317-322)

Denne sammenhengen mellom kontekst, mekanismer og resultat har betydning for utvikling av generell kunnskap om hvilke konsekvenser sosiale determinanter kan få for helsen. Statistiske analyser av samvariasjon på det nasjonale nivå mellom determinanter og helsetilstand, kan bare gi grovmaskede indikasjoner på hvilke årsaksforhold som kan være til stede. Slike analyser differensierer ikke for samspillet mellom kontekst, aktører og bakenforliggende mekanismer. Både når det gjelder den subjektivt opplevde velferden og helsen, og den objektive ut fra gitte livsforhold og sosiale normer og verdier, er det nødvendig å ta hensyn til dette samspillet. Både EU og OECD har tatt et liknende hensyn i sine definisjoner av fattigdom. De fastsetter grensen for fattigdom som en relativ størrelse, ut fra hva som er den alminnelige inntektsfordelingen i det samfunnet som blir undersøkt. EU definerer lavinntektsgrensen som 60 % av medianinntekten i det aktuelle samfunnet, OECD som 50 % av medianinntekten. Selv om metodene og grensene varierer noe, er prinsippet det samme i begge beregningene. Hvilken samfunnsenhet som bør legges til grunn for beregning av fattigdom, vil være avhengig av hva saken gjelder. Gjelder saken barnefattigdom, kan inntektsfordelingen i skolekretsen eller kommunen der barna bor, være mer relevant enn inntektsfordelingen nasjonalt.

Roy Pawson og Nick Tilley beskriver hvordan samfunnsvitenskapelig forskning kan bygge opp mer relevant og pålitelig generell kunnskap om samspillet mellom kontekst, mekanismer og resultat. De anbefaler en metode der kunnskapen bygges nedenfra og opp, ved hjelp av resultatene fra case-studier (Pawson & Tilley 1997: 117-127). Kritisk realisme gir en teoretisk ramme for å forstå komplekse årsaksforhold i sosiale prosesser, og et grunnlag for å generere generell kunnskap om hvordan kontekst, aktører og mekanismer samspiller og skaper virkninger.

## Metodpluralisme

Ackroyd og Karlsson beskriver mulige forskningsdesign i kritisk realisme i en matrise der begge aksene er glideskalaer, den ene mellom et intensivt og ekstensivt design, den andre ut fra om forskerne er distansert fra eller engasjert i det de undersøker. Forskerrollen kan være distansert og metoden ekstensiv, som i brede kvantitative undersøkelser. Forskerrollen kan være engasjert og metoden intensiv, som i deltakende, aksjonspregede arbeidsformer, og rollen og metodene kan være kombinasjoner og mellomformer (Ackroyd og Karlsson 2014). Kritisk realisme gir en vitenskapsteoretisk begrunnelse for at både monofaglige, flerfaglige, deltakende, tverrfaglige og transfaglige arbeidsformer kan være legitime og relevante. Kritisk realisme åpner for en metodepluralisme. Den gir et handlingsrom som kan være nyttig i arbeidet med HKU. Disse arbeidsformene er beskrevet nærmere i kapittelet om hva HKU er, i avsnittet om samarbeid.

## Verdiforankring og bruk av normativt ladede begrep

Forskningen inne folkehelse, og av sosiale helsedeterminanter i særdeleshet, er ikke nøytral og verdifri, slik det har vært forutsatt at all vitenskap skal være i tradisjonen etter Hume.

Folkehelseforskningen bruker verdiladede, normative begreper. «Helse» er definert ut fra hva som forstås med *god* helse, slik Aristoteles i Den nikomakiske etikk definerte «menneske» ut fra hva som er et *godt fungerende* menneske. (Aristoteles 1999)

Sir Michael Marmot har en ledende rolle i den epidemiologiske forskningen om sosiale helsedeterminanter og ulikhet i helse. Han presenterer sine forskningsresultater med moralsk patos. WHO oppnevnte ham som leder av Kommissjonen om sosiale helsedeterminanter, og publiserte rapporten fra kommissjonen i 2008. I forordet skrev sir Michael Marmot blant annet:

The Commissioners, secretariat and, indeed, everyone connected to the Commission were united in three concerns: a passion for social justice, a respect for evidence, and a frustration that there appeared to be far too little action on the social determinants of health. (CSDH 2008)

Dette engasjementet for sosial rettferdighet preger rapporten. I sammendraget beskriver kommissjonen hvordan levealderen varierer fra land til land, og hvordan helsetilstanden varierer mellom fattige og mer velstående deler av befolkningen, og fortsetter:

It does not have to be this way and it is not right that it should be like this. Where systematic differences in health are judged to be avoidable by reasonable action they are, quite simply, unfair. It is this that we label health inequity. Putting right these inequities – the huge and remediable differences in health between and within countries – is a matter of

social justice. Reducing health inequities is, for the Commission on Social Determinants of Health (hereafter, the Commission), an ethical imperative. Social injustice is killing people on a grand scale.

(CSDH 2008)

Forskningen innen folkehelse er fordelt langs hele skalaen fra arbeider som rapporten fra Kommissjonen om sosiale helsedeterminanter, med en eksplisitt etisk forankring og et sterkt moralsk engasjement, til mer distanserte arbeider, som beskriver de undersøkte forholdene med begreper som ikke er verdiladede, og som ikke gir noen moralske vurderinger av det som har blitt undersøkt. Forskning langs hele denne skalaen kan gi relevant og pålitelig informasjon. Det vitenskapsteoretiske grunnlaget for denne undersøkelsen av kunnskap om HKU, må gi rom til hele denne bredden av ulike arbeider. Kritisk realisme kan gi et slikt rom.

Bhaskar slutter seg til kritikken av det positivistiske idealet om at forskningen alltid skal være nøytral og verdifri. Han argumenterer mot å trekke et skarpt skille mellom deskriptiv og normativ teori, og peker på at implisitt i en beskrivelse, ligger det en normativ vurdering av hva som er vesentlig og hva som er uvesentlig. Når et fenomen skal beskrives, er det overordnede kravet at beskrivelsen er presis, dekkende og ikke feilinformerer mottakeren. Spørsmålet om beskrivelsen er nøytral og verdifri, eller normativ, er underordnet dette kravet. (Bhaskar 1998:54-59)

Argumentasjonen gir en begrunnelse for å bruke WHO's helsebegrep, der helse er normativt definert som god helse. Den gir en begrunnelse for å betegne sosiale forhold som kan endres, og som skaper ulikhet i helse, med det normative begrepet urettferdighet.

Bhaskar fremholder at det å forplikte seg til sannhet og konsistens i argumentasjonen, er et vilkår i alle diskurser, ikke bare moralske. Samfunnsvitere må stille dette normative kravet til egen forskningspraksis. Samtidig innebærer dette kravet at samfunnsvitenskapelig teori kan fungere normativt. Samfunnsvitenskapen kan gjøre dominans og maktforhold lett synlige. Den kan forklare hvorfor falsk bevissthet er nødvendig for å opprettholde en bestemt sosial struktur. Å avdekke en falsk bevissthet som fremstiller en undertrykkende sosial struktur som naturgitt, og utvikle en mer sann bevissthet om at denne sosiale strukturen er skapt av mennesker og mulig å forandre, er et viktig skritt i frigjøringen fra denne strukturen. Her ligger et samfunnskritisk potensial. Kritikken oppstår når forskere ikke bare viser at visse antagelser er falske, men også forklarer hvorfor mennesker tror på dem og hvordan disse ideene har blitt skapt. Samfunnsvitenskapen skal i følge Bhaskar, ha et slikt kritisk, frigjørende formål (Bhaskar

1998:54-65). Kritisk realisme legitimerer et moralsk engasjement for rettferdighet i helse, slik rapporten fra Kommissjonen for sosiale helsedeterminanter har.

Kritisk realisme gir et teoretisk grunnlag for å analysere og videreutvikle HKU.

### 3. Metode

Denne kunnskapsoppsummering om hva HKU er og hvordan HKU blir brukt, er basert på organisasjonsteori. Organisasjonsteorien er tverrvitenskapelig, med et bredt spekter av metoder og teorier fra samfunnsvitenskapene som kan belyse det undersøkte fenomenet fra ulike perspektiv. Teoriene kan dels supplere hverandre, dels konkurrere med hverandre. Det er som regel vanskelig å «bevise» samfunnsteorier, de fremstår som sosiale konstruksjoner, avhengig av legitimering fra autoriteter på området for å overleve. I boka Organisasjonsteori beskriver Ulla Eriksson-Zetterquist mfl. teorien på dette feltet som en verktøykasse, der forskere må velge teori ut fra det fenomenet som de undersøker (Eriksson-Zetterquist mfl. 2014:26, 30). I kapittelet om hva en HKU er, er det redegjort for hvilke teoriene som er lagt til grunn for beskrivelsen. Siden en del av målgruppen for rapporten kan være lite kjent med disse teoriene, er det gitt korte presentasjoner av dem i dette kapittelet.

Det empiriske materialet er hentet inn gjennom en kombinasjon av dokumentstudier og semistrukturerte intervjuer. Intervjuene er brukt for å utdype og presiser den informasjonen dokumentene har gitt.

Dokumentstudiene har omfattet policy dokumenter om HKU, erfaringsoppsummeringer, kommentarartikler og noen eksempler på bruk av HKU i saksfremstillinger.

For å kartlegge nasjonale og internasjonale kunnskaper om HKU er det benyttet to hovedmetoder:

1. Søk i databaser som Bibsys Ask, Oria, Scopus
2. Snøballmetoden, med utgangspunkt i hjemmesidene til Helsedirektoratet og WHO

Søket i databaser med søkeuttrykket *health impact assessment*, ga opp til over 60 000 treff. En statistisk bearbeiding av disse funnene ga et bilde av utviklingen over tid av publikasjoner om HKU, i hvilke land publikasjonene fant sted og innen hvilke fagområder de var publisert.

Den første gjennomgangen av datamaterialet bekreftet at HKU er en global standard som WHO har hatt en sentral rolle i å utvikle, spre og videreutvikle, i samarbeid med andre internasjonale organisasjoner, og nasjonale, regionale og lokale offentlige myndigheter.

Med dette utgangspunktet, har søkene fortsatt med snøballmetoden fra hjemmesiden til WHO til WHO's publikasjoner om emnet, forskningsinstitusjonene som WHO samarbeider med om HKU, internasjonale konferanser om HKU, organisasjonen Healthy Cities, og nasjonale hjemmesider om HKU.

Tidsrammen for arbeidet med har vært stram, og har gjort det nødvendig å hente mye av materialet fra kunnskapsoppsummeringer andre har gjort, som boken John Kemm har redigert «Health Impact Assessment: Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress» (Kemm 2012), og publikasjoner fra WHO og nasjonale folkehelsemyndigheter.

Søket på de nasjonale hjemmesidene er avgrenset til de nordiske landene Sverige, Danmark og Finland, som står Norge nært kulturelt og politisk, Storbritannia som har stått sentralt i utviklingen av HKU, medlemmene i Commonwealth of Nations Canada og Australia, samt Nederland som alle har deltatt i utvikling og utprøving av HKU. Også en rekke andre land, i alle verdensdeler, har deltatt i dette arbeidet. De valgte landene kan imidlertid gi et bilde av hvor arbeidet står i 2014.

I tillegg er det gjort søk på hjemmesidene til FN WTO, Verdensbanken, IAIA, OECD, og EU.

Funnene er kategorisert, systematisert og analysert. Dokumentene er analysert ut fra en klassisk kildekritisk tilnærming, med vekt på hvem de er skrevet av, i hvilken kontekst og med hvilket formål. Globale og nasjonale veiledere i bruk av HKU i kommunesektoren, er som regel skrevet med sikte på å inspirere kommunene til å ta i bruk HKU, og må leses ut fra dette formålet.

## 4. Hva er en HKU? Teorier, begreper og modeller

### Om HKU

#### Definisjon av HKU

En HKU er et verktøy for å utrede et beslutningsgrunnlag for vedtak, en HKU er ikke et verktøy for å fatte vedtak. I denne rapporten er HKU definert som

- et verktøy som kan synliggjøre hvordan beslutninger og tiltak i ulike sektorer kan påvirke befolkningens helse, gjennom
- en kombinasjon av prosedyrer, metoder og verktøy som kan brukes til å
- vurdere en policy, en plan, et program eller et prosjekt i forhold til
- potensielle konsekvenser for helsen i en befolkning, og fordelingen av disse virkningene i en befolkning, inkludert et sosialt fordelingsperspektiv og en vurdering av tiltakets eventuelle virkninger på antatt utsatte grupper.

Definisjonen samsvarer med hvordan Helsedirektoratet og WHO bruker begrepet (Helsedirektoratet 2014) (WHO Europe 1999). HKU brukes både om verktøyet for utredning, og om utredninger som er utarbeidet ved hjelp av dette verktøyet.

Det engelske begrepet «policy» betegner i sammenhenger som denne vanligvis en ønsket måte å handle på i prinsipielle saker, eller en etablert praksis. Jevnfør Oxford English Dictionary. I forbindelse med HKU definerer John Kemm «policy» som et uttrykk for intensjoner, ønskede resultater og utviklingsretning, med noen indikatorer på hvordan dette skal oppnås (Kemm 2012:7). Vi har manglet et tilsvarende begrep på norsk, og «policy» blir nå også brukt på norsk om en planlagt holdning eller fremgangsmåte, og en langsiktig politisk kurs. Jevnfør Bokmålsordboka.

Et prosjekt er en planlagt aktivitet som skal ivareta et bestemt formål innen en avgrenset tidsperiode. Et politisk program er en overordnet plan for flere prosjekter.

I sin bok om HKU, minner John Kemm på at det er mange aktiviteter som kaller seg HKU, men som ikke er HKU, og tilsvarende er det mange aktiviteter som ikke kaller seg for HKU, men som faktisk er det (Kemm 2012:4). I definisjonen ovenfor er det HKU som blir definert, og teksten i kulepunktene som definerer og setter definisjonsvilkårene. De fenomenene som tilfredsstillt definisjonsvilkårene i kulepunktene, er en HKU, uansett om de har blitt benevnt som HKU eller ikke. Jevnfør definisjonslæren i klassisk logikk (Næss 1961:kap II).

Når miljørettet helsevern pålegger en privat bedrift å gjennomføre en HKU etter bestemmelsen i folkehelselovens § 11, og bedriften gjennomfører en analyse som oppfyller definisjonsvilkårene, da er denne undersøkelsen en HKU.

Når den samme bedriften, på eget initiativ, gjennomfører en helt tilsvarende analyse, med utgangspunkt i bestemmelsene i interkontrollforskriften for helse miljø og sikkerhet, uten å benevne den som en HKU, er også denne analysen en HKU.

En HKU er en del av beslutningsgrunnlaget for et vedtak, og kan være utarbeidet for vedtak i offentlig og privat sektor, og vedtak fattet av administrasjonen og av politiske organ. I denne rapporten er oppmerksomheten i hovedsak rettet mot HKU utarbeidet som beslutningsgrunnlag for politiske vedtak i kommuner.

### **Tidsperspektiv: fremtidsrettet, samtidsrettet og fortidsrettet HKU**

I faglitteraturen om HKU har det blitt skilt mellom HKU som er:

- **Fremtidsrettet** i målrettet planlegging av nye tiltak, med en vurdering av fremtidige positive og negative helsekonsekvenser
- **Fortidsrettet** i evaluering av den gitte situasjonen og iverksettingen av tiltak, der en vurderer om tiltakene har blitt iverksatt som planlagt og om de har fått de forventede konsekvensene for befolkningens helse
- **Samtidsrettet** i overvåking og kontroll av den løpende driften og gjennomførte tiltak. Det kontrolleres at driften holder seg innenfor vedtatte rammer, gir de forventede positive helsekonsekvensene, og ikke gir uakseptable negative helsekonsekvenser.

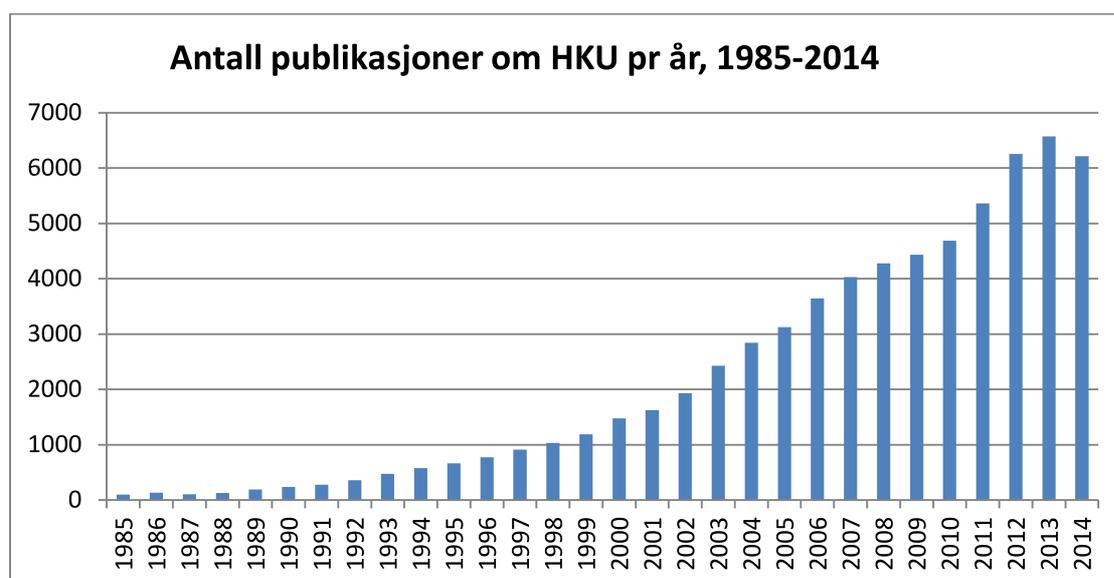
Faglitteraturen om HKU inkluderer dels alle de tre formene i begrepet HKU (WHO Europe 1999), dels omfatter den alle tre, men beskriver den fremtidsrettede planlegging som den ideelle formen for HKU (Scott-Samuel mfl. 2001:4), dels avgrenser den HKU til bare å omfatte fremtidsrettet planlegging, og skiller den fra evaluering og overvåking som ikke inngår i HKU (Kemmm 2012:4).

John Kemmm skiller ikke klart mellom tidsperspektivet i saken der HKU inngår som en del av saksutredningen, og tidsperspektivet i HKUen selv (Kemmm 2012:4). Definisjonen avgrenser HKU til å være et verktøy i fremtidsrettede saker som en policy, en plan, et program og et prosjekt. Verktøyet er ikke utviklet for saker som evalueringer eller rapporter om drift. Så langt er det ingen uenighet. Men i fremtidsrettede saker, vil denne rapporten argumentere for at alle de tre formene for HKU kan være relevante.

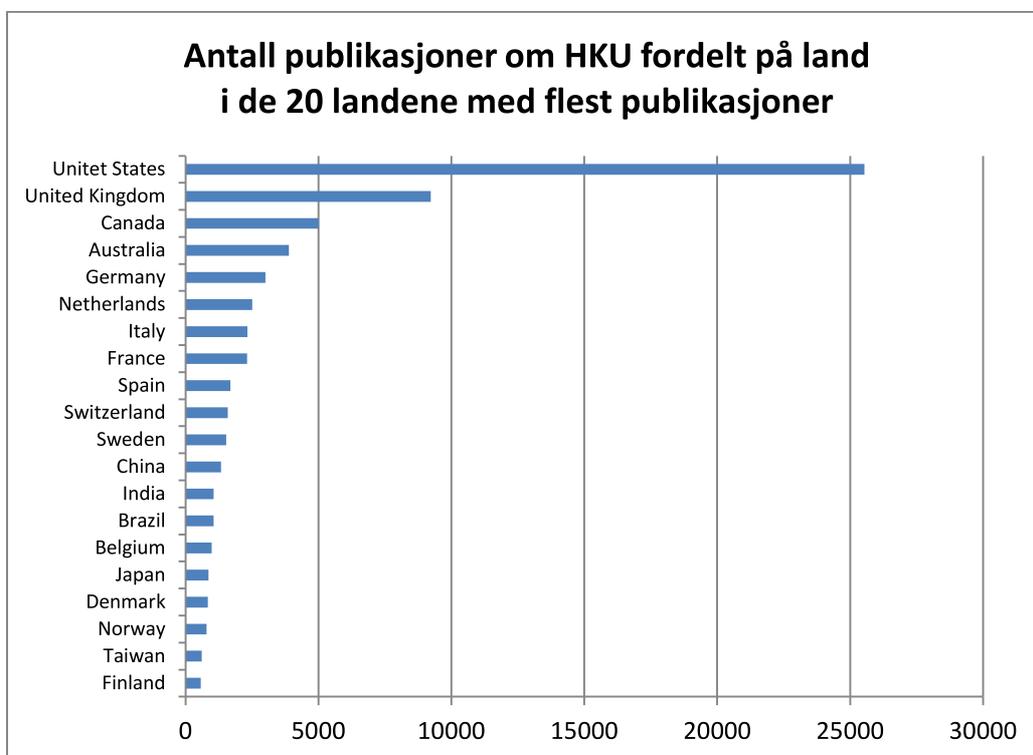
## Vitenskapelige publikasjoner om HKU i tid og rom

Ut fra de etablerte standardene skal en HKU være basert på forskningsbasert kunnskap, og skal formidle denne kunnskapen inn i beslutningsgrunnlaget for politiske saker. Å benytte vitenskapelige prosedyrer, metoder og verktøy for å sannsynliggjøre hvordan ulike faktorer påvirker befolkningens helse er ikke noe nytt. Det har stått sentralt i epidemiologien fra den ble utviklet på 1800-tallet. Det nye er at bruk av denne kunnskapen er satt i system gjennom et universelt verktøy for saksbehandling. Autorative organ som WHO og Helsedirektoratet legitimerer at dette verktøyet kan brukes med positiv effekt i alle land, på alle nivå i offentlig forvaltning og i ulike typer saker.

Omfanget av vitenskapelige publiseringer om HKU indikerer at HKU er et forholdsvis nytt tema for vitenskapelige undersøkelser. Et søk på «Health Impact Assessment» på Scopus i april 2015 ga over 66 000 treff. Scopus er en internasjonal, vitenskapelig abstract- og siteringsdatabase innen fagområdene naturvitenskap, medisin/helse, teknikk/fysikk, samfunnsvitenskap og humaniora, med publikasjoner fra alle deler av verden. Den første registrerte publikasjonen om HKU er fra 1959. De første årene er det bare registrert en og to publikasjoner per år. Så øker antallet langsomt mot noe under 200 i 1990. På 1990 øker tallet fra 234 til 1189, og fortsetter å øke til 6575 i 2013. Det kan være flere årsaker til at antall publikasjoner har gått noe ned fra 2013 til 2014. Det trenger ikke å komme av at interessen for HKU har nådd sitt høydepunkt og er avtagende. Det kan også komme av at alle publikasjonene om HKU i 2014 ennå ikke var registrert i Scopus den 17. april 2015.



Publiseringene er foretatt i 160 forskjellige land, i alle verdensdeler. Enkelte arbeider har blitt publisert i to eller flere land samtidig, og vil derfor bli regnet med to eller flere ganger når en summerer antall publiseringer per land. Men antall publiseringer per land gir likevel et bilde av hvordan det vitenskapelige arbeidet om HKU er spredd globalt. Antallet publiseringer varierer sterkt fra land til land. USA er det landet som har desidert flest publikasjoner om HKU, langt mer enn det dobbelte av nummer to, Storbritannia. Det har selvfølgelig sammenheng med USA størrelse, både når det gjelder antall innbyggere og antall forskere, og mulighetene for publisering i USA for forskere fra alle verdensdeler. Selv om antall publikasjoner om HKU er større i USA enn i noe annet enkeltland, har ikke USA utmerket seg når det gjelder bruk av HKU i offentlig saksbehandling.



Sammenligner en antall publikasjoner i USA med antallet i EU og resten av Vest-Europa, blir bildet et annet.

39 % av alle publikasjonene er foretatt i EU og resten av Vest-Europa, 33 % er publisert i USA. Disse to områdene, sammen med Canada og Australia, har 83 % av alle publikasjonene om HIA som var registrert på Scopus frem til utgangen av 2014.

De nordiske landene Norge, Sverige, Danmark og Finland, er alle blant de tyve landene i verden med flest publikasjoner om HKU.

Også når det gjelder innen hvilke fagområder disse publikasjonene hører hjemme, er bildet entydig, selv om basen har registrert publikasjoner i mer enn én kategori. Over 70 % av publikasjonene er kategorisert som medisinske, 8 % som samfunnsvitenskapelige og 1 % som humanistiske. Funnet er ikke overraskende. Både nasjonalt og internasjonalt har folkehelsearbeidet vært forankret innen helsesektoren og medisinsk forskning.

### **HKU og beslektede konsekvensutredninger**

HKU er ikke et enestående fenomen, men bygger videre på den standarden som allerede var utviklet for miljøkonsekvensutredninger, og inngår i en familie av beslektede konsekvensutredninger som gjensidig påvirker hverandre. Nedenfor er det gitt et kort riss av familiehistorien.

### **Miljø konsekvens utredning (Environmental Impact Assessment (EIA))**

1950-tallet var preget av en naiv utviklingsoptimisme, hvor nye syntetiske stoffer ukritisk ble tatt i bruk. Ett av dem var DDT som ble brukt over hele kloden for å bekjempe sykdommer og drepe uønskede insekter. Men giften binder seg opp i næringskjedene i naturen. Den tok ikke bare livet av insekter, men også av fugler som spiser insekter og rovdyr, og ble funnet selv i morsmelken til kvinner. Rachel Carsons bok "Den tause våren" fra 1962 om hvordan DDT ødelegger hele økologiske system, bidro til starten av den organiserte miljøbevegelsen (Carson 1963). Det ga opptakten til miljøvernlovgivningen. På 1970-tallet ble DDT forbudt i alle vestlige land, men er fortsatt i bruk i andre deler av verden i bekjempelsen av malaria.

Det første generelle lovkravet om miljøkonsekvensutredninger kom i USA i 1969 med US National Environmental Policy Act. I Norge ble kravet om konsekvensutredninger for planer «... som kan ha vesentlige virkninger for miljø, naturressurser eller samfunn» lovfestet i den nye plan- og bygningsloven i 1985. Samme år vedtok EU et direktiv om innføring av miljøkonsekvensutredninger.

Gjennom internasjonale standarder og nasjonale lover, er det fastsatt detaljerte formelle prosedyrer for gjennomføring av en EIA. EIA er bredt innrettet mot det fysiske, biologiske og sosiale miljøet, med sikte på å finne målbare størrelser og predikere konsekvenser. Perspektivet er i stor grad reaktivt innrettet mot å begrense skader.

Lovverket om EIA ble vanligvis forvaltet av miljøvernmyndighetene, og praktiseringen av EIA ble preget av den faglige forankringen av dette arbeidet (IAIA 1999)(Breeze & Lock 2001).

## **Sosial konsekvens utredning (Social Impact Assessment (SIA))**

Ett av de første prosjektene hvor det ble gjennomført en EIA etter bestemmelsene i US National Environmental Policy Act, var utbygging av en oljerørledning i Alaska. Det tok tre år før tillatelsen ble gitt. Da ga en leder for inuitene denne kommentaren: "...now that we have dealt with the problem of the permafrost and the caribou and what to do with hot oil, what about changes in the customs and ways of my people". Det introduserte konseptet for sosiale konsekvens utredninger. (Breeze & Lock 2001:15-16)

Formelt sett omfatter en EIA også kravet om å vurdere konsekvensene for berørte samfunn og befolkningsgrupper, men i praksis ble oppmerksomheten vanligvis rettet mot det fysiske og biologiske miljøet. Både HKU og SIA er utviklet for å ivareta perspektiv som formelt sett hører hjemme i en EIA, men som i praksis ofte ikke blir ivaretatt der.

En SIA er en systematisk analyse av hvilke konsekvenser en foreslått policy eller en plan, et program eller et prosjekt, kan få for hverdagslivet til et samfunn, eller individer innen et samfunn. Det er en deltakende form for undersøkelser, der innbyggere i det berørte samfunnet deltar aktivt, sammen med forskere. Forskerne bruker erfaringer fra samfunnsvitenskapene og komparative metoder, hvor de sammenligner utviklingen i det berørte samfunnet med andre samfunn der liknende endringer allerede har skjedd. De bruker erfaringene til å predikere hva som sannsynligvis kan skje i det berørte samfunnet. De ulike virkningene blir rangert etter hvor vesentlige de er. I analysen inngår både direkte, indirekte og kumulative virkninger. (Breeze & Lock 2001:16-17) (Vanclay 2003 ) (IAIA 2009).

SIA har blitt utviklet over tid og skiller seg i dag vesentlig fra EIA. SIAs område har blitt utvidet og omfatter alle planleggingsnivå og alle faktorer som påvirker mennesker og deres samfunn. Den fremstilles som noe mer enn verktøy og teknikker, den er en filosofi om utvikling og demokrati. Offentlige myndigheter som bruker SIA, har flyttet oppmerksomheten fra behovet for tilfredsstillende prediksjoner, til behovet for tilfredsstillende planer for håndtering av sosiale konsekvenser. SIA omfatter folks levemåter, kultur, samfunn, politiske system, miljø, helse, velferd og velvære, personlige rettigheter og eiendoms rettigheter, og deres frykt og ambisjoner. Helse spørsmål har en sentral plass i SIA, og mange SIA kan også beskrives som HKU. Likevel krever ikke retningslinjene for SIA detaljerte analyser av bestemte helsetilstander. I praksis har SIA tilnærmingen variert ut hva som har blitt vurdert, og den kulturelle og juridiske konteksten for undersøkelsen. Gjennomgående har SIA manglet bidrag fra helsefaglig kompetanse. Men også fra den helsefaglige siden ser man muligheter til et samvirke mellom HIA og SIA som kan være

gjensidig befruktende (Fehr mfl. 2014:69-88). I sin bok om HIA fra 2012, drøfter John Kemm forholdet mellom SIA og HKU, og konkluderer med at både mål og metoder er svært like. Den største forskjellen er fagtilhørigheten til dem som gjennomfører utredningene, og han skriver at mange HKUer utvilsomt ville hatt nytte av sosiologenes metoder og innsikt i sosial samhandling:

One has to conclude that the objectives of and the methods of HIA and SIA are very similar and the chief difference is the discipline of those carrying out the assessment. However, it is undoubtedly true that many HIAs would benefit from the skills and insights of sociologists into social interaction.

(Kemmm 2012: 94)

SIA er tatt i bruk i av offentlige myndigheter i USA, Australia og New Zealand, og av Verdensbanken og private bedrifter.

Finland har slått sammen SIA og HKU til en felles standard, vurdering av konsekvenser for menneskene.

### **Strategisk miljø utredning (Strategic Environmental Assessment (SEA))**

SEA bygger også på EIA, men er utviklet for overordnet planlegging, tidlig i beslutningsprosessen, med et utvidet perspektiv. I mange land er EIA prosessene styrt av miljøvernmyndighetene, mens SEA er et verktøy for den sektorovergripende, overordnede planleggingen. Mens EIA er forholdsvis reaktiv, innrettet mot å begrense skader, er SEA mer proaktiv og innrettet mot å løse problem og styre en utvikling. Mens EIA vanligvis følger en strikt formell prosedyre, er SEA mer fleksibel og tilpasser prosedyrer og offentlig deltakelse i prosessen til den enkelte sak. Mens EIA er rettet inn mot målbare størrelser og å predikere konsekvenser, er SEA mindre presis, mindre opptatt av å måle størrelser, men mer opptatt av hvilken retning situasjonen skal endre seg i. SEA har et bredere perspektiv, som gir rom til vurdering av konsekvenser for helsen. I 2001 var SEA tatt i bruk i EU-landene, i Australia, Canada, New Zealand, Syd-Afrika og USA, og av OECD og Verdensbanken. (Breeze & Lock 2001) (Nowacki mfl 2010) (Fischer 2014) (IAIA 2002) (OECD 2006a)

Rapporten fra WHO's drøftingsmøte i 2009, stadfester at helsemyndighetene sjeldent blir involvert i beslutningsprosessene i andre sektorer, og spesielt ikke på det strategiske nivået. Men WHO peker på at SEA derimot gir helsesektoren en mulighet til å påvirke utviklingen i andre sektorer, og gir en viktig plattform for tverrsektoriell dialog for en rekke forskjellige tema som kan forbedre befolkningens helse, velferd og velvære. (Nowacki mfl 2010:II)

## **Bærekraftig konsekvens utredning (Sustainability Impact Assessment(SA))**

Brundtlandkommisjonens innstilling og slutterklæringen Agenda 21 fra FNs miljøkonferanse i 1992, ga opphavet til Bærekraftig konsekvens utredning. Den er brukt som et verktøy i strategiske prosesser i liknende saker som SEA er innrettet mot, både på det sentrale og det lokale nivå. Den omfatter ofte tre dimensjoner; sosial, økonomisk og miljømessig bærekraft. Den har vært brukt i England og Vestre Australia, og har omfattet alle de saksområdene lokale myndigheter arbeider med. Også fysiske, sosiale og økonomiske helsedeterminanter har inngått i analysene, og i enkelte land har det vær lovfestet at sakkyndige fra helsesektoren skal delta i de lokale planprosessene. Men det er ikke utviklet en internasjonal standard for denne formen for konsekvensutredning. (Breeze & Lock 2001)(Bond & Pope 2014)

## **Økonomiske konsekvensanalyser**

Økonomiske kost-nytte analyser i et forholdsvis kortsiktig perspektiv er den eldste og mest utbredte formen for konsekvensanalyser. Den er et nødvendig verktøy i bedrifter som opererer på et konkurranseutsatt marked med flere tilbydere og kunder. Den er også et nødvendig verktøy i offentlig sektor. Også her gjelder loven om ressursknapphet. Behovene som skal dekkes er alltid større enn ressursene som står til disposisjon. Det må økonomiseres når de begrensede ressursene skal fordeles til konkurrerende behov.

Samtidig kan de alternativene som er mest lønnsomme rent økonomisk sett ut fra kortsiktige kost-nytte analyser, gi betydelige negative virkninger for miljø, samfunn og helse, og på lengre sikt også for økonomien. Denne erkjennelsen ligger bak utvikling av de andre formene for konsekvensutredninger, som EIA, HIA, SIA, SA og SEA. Den samme erkjennelsen ligger også bak utviklingen av økonomiske konsekvensanalyser i et mer langsiktig perspektiv, med en samlet analyse av konsekvensene for økonomi, miljø, samfunn og helse. Slike analyser har relevans både i offentlig og privat sektor.

I «Health 2020» argumenterer WHO Europe for at HKU og økonomiske evalueringer er verdifulle verktøy i utredninger av mulige virkninger av foreslåtte policyer. De kan ikke bare brukes i den interne koordineringen og integreringen av helsearbeidet i offentlig sektor. De kan også brukes i koordineringen med aktører utenfor offentlig sektor, for gjennom det å oppnå felles bidrag til overordnede samfunns mål, som fremgang og vekst, velferd og velvære, rettferdighet og bærekraft (WHO Europe 2013d:14, 67). Spørsmålet er ikke om det er legitimt og nødvendig å foreta økonomiske analyser, men hvilke former for økonomiske analyser det er behov for.

I 2008 utga WHO Europe en veileder i en allsidig kost-nytte vurdering av infrastruktur for transport, med vekt på hvordan sykling og gåing påvirker helsen. Veilederen gjelder både eksisterende infrastruktur og forslag til nye tiltak (Cavill mfl. 2008).

De senere årene har det blitt rettet økt oppmerksomhet mot sosiale investeringer. Tanken bak er at ved å investere for eksempel i tiltak som gir barn og unge i utsatte grupper gode levekår, legges grunnlaget for sosial integrering, læring, økt mulighet til senere å bidra i arbeids- og samfunnsliv, og utvikling av bedre helse, som igjen gir lavere offentlige helse- og sosialkostnader. Tanken er ikke ny, men det har vært vanskelig å dokumentere dens gyldighet i tilstrekkelig grad som beslutningsgrunnlag for politiske vedtak. Usikkerheten og det langsiktige perspektivet i folkehelsearbeidet, har bidratt til at politiske organ i mange land har vegret seg for å satse tungt på sosiale investeringer. Det nye er at dette nå settes i system. I Sverige utvikles samfunnsøkonomiske metoder for økonomiske konsekvensanalyser av slike sosiale investeringer, som i større grad sannsynliggjør virkningene av investeringene, og styrker beslutningsgrunnlaget for politiske organ. (Stigedal og Östergren 2013) (Marmot 2014) (Hultkrantz 2015)

I offentlig sektor er målet for virksomheten en politisk styrt utvikling av samfunnet, og ikke et godt økonomisk resultat. Økonomien er et virkemiddel, ikke et mål. Oppmerksomheten er primært rettet mot de samfunnsmessige konsekvensene av politikken, slik EIA, SIA, HKU, SEA og SA gjør, men sekundært også mot økonomisk styring, slik de økonomiske konsekvensutredningene gjør.

Private foretak er primært til for å gi eierne et økonomisk utbytte, men de er samtidig samfunnsinstitusjoner og aktiviteten deres har store samfunnsmessige virkninger. Behovet for at private konsern ikke bare legger vekt på egen kortsiktig økonomisk lønnsomhet, men definerer seg som samfunnsinstitusjoner med et bredere samfunnsansvar, lå bak FNs initiativ Global Compact i 2000. FN oppfordret privat næringsliv i hele verden til å satse på en bærekraftig utvikling og sosialt ansvar gjennom et tipunkts program, og å rapportere på gjennomføringen av det. Som et ledd i legitimeringen og markedsføringen av egen virksomhet, har store private konsern møtt kravene om å ta et samfunnsansvar, også gjennom selv-regulering etter prinsippene om Corporate Social Responsibility. Både Global Compact og Corporate Social Responsibility har fått bred oppslutning blant store internasjonale konsern. Men det er faglig uenighet om i hvilken grad den prinsipielle tilslutningen til dette samfunnsansvaret får virkning på praksis i bedriftene, og hva som er de økonomiske resultatene av en praksis som er preget av samfunnsmessig ansvar.

## Om prosedyrer, metoder og verktøy i en HKU

### Verktøy i ulike sammenhenger

I definisjonen av HKU, er en HKU selv et verktøy i beslutningsprosesser i organisasjoner, samtidig som en HKU er delt inn i prosedyrer, metoder og verktøy. Å bruke verktøy-begrepet i forskjellige sammenhenger med forskjellige innhold, slik det er gjort her, er både vanlig og legitimt. Et verktøy er et virkemiddel i en mål-middel relasjon. Spørsmålet om hva som kan fungere som et verktøy, er avhengig av i hvilken sammenheng det blir vurdert. Det som er et mål i seg selv i en sammenheng, kan være et virkemiddel i en annen.

For en saksbehandler kan det være et mål i seg selv å utrede en HKU. Hvis saksbehandleren bruker semistrukturerte intervjuer som metode for å få frem nødvendige data og informasjon, kan en intervjuguide være et nyttig verktøy for saksbehandleren i dette arbeidet.

For det politiske organet i kommunen som skal fatte vedtak i saken, kan saksutredningen med en HKU være et nyttig verktøy i beslutningsprosessen. I boka «Organisasjonsteori», defineres teori som et intellektuelt verktøy for å forstå ulike fenomen (Eriksson-Zetterquist mfl 2014:25). For staten kan hele kommunen som organisasjon være et verktøy i arbeidet med å få gjennomført statlig politikk. Nedenfor er dette verktøyperspektivet på organisasjoner beskrevet nærmere. Nå skal vi først rette oppmerksomheten mot prosedyrer, metoder og verktøy i en HKU.

### Prosedyrer

I mange kommuner er prosedyrene for saksbehandlingen en del av kvalitetssystemet for kommunen. Denne rapporten legger til grunn definisjonen av prosedyrer i klassisk kvalitetsteori. Her er en prosedyre definert som en standardisert beskrivelse av hvilken fremgangsmåte som skal brukes, og omfatter bestemmelser om:

- Formålet med prosedyren, hva den omfatter, og hvor i arbeidsprosessen den starter og slutter
- Målgruppen for prosedyren, de personene og stillingene som berøres av prosedyren
- Beskrivelsen av prosedyren
  - Hva som skal gjøres
  - Hvorfor det skal gjøres
  - Hvordan det skal gjøres
  - Når skal det skal gjøres; på hvilket tidspunkt, og i hvilken rekkefølge
  - Hvor det skal gjøres
  - Hvem som skal gjøre det

- Bestemmelser om når prosedyren er godkjent, av hvem, for hvilken periode, og om endring av prosedyren
- Systemforbindelse mellom prosedyren og andre prosedyrer

Beskrivelser av fremgangsmåten som skal brukes i utarbeidingen av en HKU, kan fanges opp i tre overordnede prosedyrer som har en systemforbindelse med hverandre:

- Planprosessen fra initiativet til utarbeiding av en sak blir tatt, til saken er ferdig behandlet politisk
- Evaluering av gjennomføringen av vedtaket
- Overvåking og kontroll av driften av tiltaket etter gjennomføringen  
(Aune 2000: 77, 133, 239-246, 339)

Innen de overordnede prosedyrene, kan det utarbeides underordnede prosedyrer med mer detaljerte bestemmelser for deler av prosessen. Innen prosedyren for planprosessen, kan det lages en mer detaljert prosedyre for arbeidet til saksbehandleren, fra saksbehandleren får i oppdrag å utrede saken, til saken med en HKU er levert og godkjent av oppdragsgiver. Men prosedyren for utarbeiding av en HKV kan omfatte mer enn en slik delprosedyre for saksbehandleren.

Avgjørelsen om at det skal utarbeides en HKU kan bli tatt allerede når initiativet til utarbeidingen av en sak blir tatt, slik staten har gjort i folkehelselovens § 5 for saken om oversikten over helsetilstanden i kommunen. Kommunens ledelse kan fatte et generelt vedtak om at det skal utarbeides en KHU i saksutredningene, og et spesielt vedtak i en bestemt sak, før den beslutter hvem som skal saksbehandle saken. Ledelsen kan drøfte spørsmålet med saksbehandler når saksbehandleren får i oppdrag å utrede saken, og saksbehandleren kan selv ta opp spørsmålet, etter at saksbehandleren har fått i oppdrag å utrede saken. Også andre som tar initiativ til en sak, eller uttaler seg om den, kan foreslå at kommunen utarbeider en HKU. Berørte grupper og andre interessenter kan selv ta initiativ til en HKU, eller utarbeide en HKU, for eksempel som ledd i en høringsuttalelse. Kommunen kan pålegge en virksomhet å utarbeide en HKU.

På den 12. internasjonale konferansen for HKU, presenterte Ben Harris Roxas en grovmasket inndeling i ulike typer HKU, ut fra hvor initiativet kommer fra, basert på erfaringer fra Australia og New Zealand. Han skiller mellom:

- **Den pålagte modellen**, der kravet er gitt i lov og forskrifter
- **Støtte til beslutningstaking modellen**, som er frivillig, og der folkehelseeksperter, eksterne interessenter og andre kan delta i utarbeidingen
- **Forsvars modellen**, der en interessegruppe, ofte i opposisjon til et prosjekt, søker offentlig støtte for sin sak, enten ved å utarbeide sin egen HKU, eller ved å samarbeide med ressurspersoner innen folkehelse om å få utarbeidet en
- **Den samfunnsledelede modellen**, der representanter for en befolkningsgruppe, ut fra interesse i et prosjekt, tar initiativ til en HKU (Blanchet 2013:8)

Teorien om HKU bygger videre på de prosedyrene som har vært utviklet innen EIA og andre former for konsekvensutredninger (IAIA 2009, WHO Europe 1999). Den generelle, overordnede standarden for HKU i GCP, har en forenklet prosedyre, delt i fem hovedaktiviteter. GCP og gir en nærmere beskrivelse av disse hovedpunktene i denne prosedyren;

1. **forundersøkelse**(screening), basert på tilgjengelig informasjon og saksbehandlerens erfaring og skjønn
2. **utredning** (scooping), i tre ulike former:
  - a. **rask skjønnbasert HKV** (Rapid Health Impact Appraisal) utført av fagmedarbeidere, beslutningstakere og berørte innbyggere, basert på tilgjengelig informasjon, også fra liknende saker og forskning, kunnskapsutveksling mellom deltakerne, og skjønn
  - b. **helsekonsekvens analyse** (Health Impact Analysis), som går dypere, og der det kan være nødvendig å få frem og analysere nye data
  - c. **kunnskapsoversikt** over tidligere publiserte helsekonsekvens analyser (Health Impact Review)
3. **Rapport og offentlig høring** (Appraisal of the HIA report)
4. **Politisk vurdering og vedtak** (Adjusting the proposed decision or intention)
5. **Evaluering av gjennomføring, erfaringslæring, og overvåking** (Monitoring and evaluation)

Der forundersøkelsen konkluderer med at saken enten ikke har nevneverdige konsekvenser for helsen, eller at konsekvensene og hvordan de skal håndteres er velkjent, skriver saksbehandleren det direkte inn i saken, prosedyren hopper over punkt 2 og går direkte videre til punkt 3.

I denne rapporten er begrepsbruken i GCP lagt til grunn. Helsekonsekvens**utredninger** er en fellesbetegnelse for de alternative formene for HKU. Helsekonsekvens**vurderinger** betegner bare

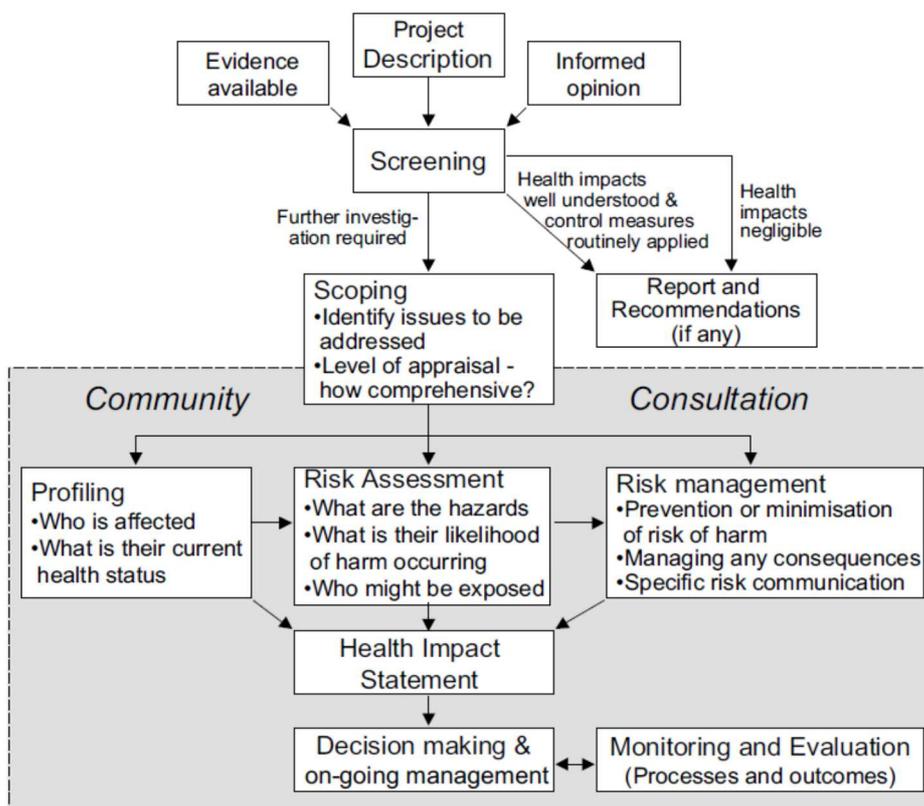
de to første alternativene; forundersøkelse, og en forundersøkelse med en rask, skjønnsbasert vurdering.

I utredningsfasen i punkt 2 i denne prosedyren, kan det innarbeides en risiko og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse). Formålet med ROS-analyser er å gi grunnlag for å forebygge risiko for skade og tap av liv, helse, miljø og viktig infrastruktur, materielle verdier mv.. ROS-analyser kan rette oppmerksomheten mot hvor omfattende, alvorlige og sannsynlige risikoen for negative helsekonsekvenser kan være.

Flyt diagrammet nedenfor viser hvordan en ROS-analyse kan innarbeides i utredningsfasen i en HKU. Diagrammet er hentet fra retningslinjer for utarbeiding av en HKU, utgitt av det australske departementet for helse og eldreomsorg, og bygger videre på retningslinjer fra Storbritannia. Modellen kan leses som en analyse av samspillet mellom kontekst, mekanismer og resultat. Den omfatter en forståelse av situasjonen i samfunnet, den gitte konteksten, risikoen for at mekanismer i situasjonen skal gi negative virkninger på folkehelsen, og tiltak som kan motvirke disse mekanismene og bidra til et bedre resultat.

Figur 3.1 (Australia 2001:12)

**Flow chart of the health impact assessment process**



(Adapted from UK DOH (3), Insets 2A and 2C)

Fremstillingen av prosedyren for en HKU som er gjengitt ovenfor følger prinsippene i klassisk planteori. Den beskriver en lineær, sekvensiell beslutningsprosess, fra en situasjonsanalyse til prioritering av tiltak og vedtak, og til slutt gjennomføring, evaluering og overvåking av driften. Her er denne prosedyren forstått som en forenklet, idealtypisk fremstilling, for å få frem hvilke funksjoner de ulike elementene har i samspillet i beslutningsprosessen. Organisasjonsforskningen har vist at beslutningsprosesser kan være et mer komplekst samspill mellom løsninger, problemer, aktører og beslutningsmuligheter. Vi kommer tilbake til dette i avsnittet nedenfor om HKU som verktøy og symbol.

Standardene for HKU er samstemte i at utredningen kan utformes på forskjellige måter i et bredt spekter, fra raske skjønnsbaserte HKU, til omfattende og allsidige HKU. Men beskrivelsen av denne skalaen varierer. John Kemm beskriver en rask, skjønnsbasert HKU som en utredning utført av saksbehandlere. Den kan involvere to-tre personer, omfatter ingen deltakelse fra eller konsultasjoner med berørte innbyggere, og kan være gjennomført på en ettermiddag (Kemm 2012:10).

I EUs veileder om HKU fra 2004, skilles det mellom en skrivebords HKU som krever en arbeidsinnsats på mellom 2 og 6 ukeverk, og en rask HKU som krever om lag 12 ukeverk (Abrahams mfl 2004).

I den svenske veilederen om HKU fra 2005, omfatter en rask, skjønnsbasert HKU både en forundersøkelse og en utredning. Veilederen gir et generelt råd om at HKU utføres av en bredt sammensatt gruppe med kompetanse fra ulike områder, som sosialtjenesten, miljø, planlegging og helsefag, og at de gjennomfører utredningen sammen. Den har som norm at en HKU skal omfatte en dokumentasjon av de berørtes oppfatninger, erfaringer og forventninger, og at de berørte vanligvis skal bli kontaktet både ved starten, under utredningsarbeidet og når resultatene blir presentert (Statens folkhälsoinstitut 2005).

Erica Ison har utviklet et verktøy for raske skjønnsbaserte HKU gjennom work-shops, som er utviklet og utprøvd i England. Det følger en grundig, klassisk work-shop teknikk, der prosessen er ledet av en styringsgruppe. Deltakerne i work-shopen er fagekspertene, beslutningstakere og interessenter, bistått av administrator, tilrettelegger, observatør, referent. Etter at styringsgruppen har definert og avgrenset temaet for workshopen, utarbeider fagekspertene et grunnlagsdokument som alle deltakerne får på forhånd. Etter gjennomføringen skriver administrasjonen en rapport

som sendes interessentene som deltok, og som legges til grunn for HKUen. Metoden involverer mange personer og er tidkrevende (Ison 2002).

I 2003 skrev Jayne Parry og John Wright en artikkel der de drøfter i hvilken grad det er praktisk mulig å arrangere bred samfunnsmedvirkning i raske HKU, med henvisning blant annet til Erica Isons veileder i word-shop teknikk. Tittelen gjenspeiler hovedpoenget: «Community participation in health impact assessments: intuitively appealing but practically difficult». De peker på at HKU som regel må gjennomføres forholdsvis raskt, siden den må tilpasses tidshorisonen for de politiske prosessene. Lokalsamfunn er ikke homogene enheter, de er ladet med splittelser, spenninger og konflikter, og noen sårbare grupper kan være uvillige, og til og med ikke i stand til å delta. For å få til medvirkningen, må en benytte de strukturene som allerede finnes og dem det er mulig å få tak i. Utredningene må nødvendigvis bli preget av å være en ovenfra-og-ned, profesjonelt ledet øvelse. I det store flertallet av HKU kan det være umulig å gjennomføre den ideelle formen for medvirkning. Parry og Wright anbefaler at de som arbeider med HKU ikke beklager at det er slik, men tar konsekvensen av det, og begrenser deltakelsen til en liten gruppe eksperter. Det kan være den mest hensiktsmessige måten å få frem tilstrekkelig relevant informasjon for den politiske beslutningsprosessen. (Parry & Wright 2003)

### **Metoder i en rask, skjønnsbasert HKU**

I denne rapporten er metodene i en HKU forstått som de systematiske fremgangsmåtene som blir brukt i utarbeidingen av en HKV. Beskrivelsen av metodene, inngår i beskrivelsen av prosedyren for en HKU, jevnfør det tredje kulepunktet under Beskrivelsen av prosedyren i avsnittet ovenfor.

GCP bygger på at en HKU skal være kunnskapsbasert. Det er oppgaven som skal løses som avgjør hvilke metoder som bør brukes for å få frem tilstrekkelig, relevant og pålitelig kunnskap.

Kunnskapen kan både være forskningsbasert kunnskap og erfaringsbasert, og forskningsbasert kunnskap både fra epidemiologi og andre fag innen naturvitenskap, samfunnsfag og humaniora kan være relevant. Det kan være relevant å bruke kunnskap både fra tradisjonelle kvantitative og kvalitative undersøkelser, og fra deltakende undersøkelser. GCP understreker at ikke bare andre fagpersoner, administrative ledere og politikere skal bli hørt og involvert som deltakere i utredningsarbeidet, men også berørte innbyggere og andre interessenter.

Siden en HKU skal beskrive og forklare årsaksforhold, må den omfatte:

1. Teori om hvilke årsaksforhold som kan gjøre seg gjeldende på området saken gjelder
2. Informasjon som dokumenterer den gitte situasjonen og de foreslåtte tiltakene

3. En analyse av informasjonen ut fra den gitte teorien, med en konklusjon om sannsynligheten for i hvilken grad situasjonen og tiltakene som er beskrevet i saken, vil gi positive og negative helsekonsekvenser.

Ovenfor har vi nevnt at i en rask, skjønnsbasert HKV er utfordringen å finne det vanskelige balansepunktet mellom hva saksbehandleren har mulighet til å gjøre innen de gitte tids- og ressursrammene, og hva som er nødvendig å gjøre for å få frem en relevant og pålitelig HKV. Dess enklere og mer entydige årsaksforholdene er, dess bedre dokumentert årsaksforholdene er, og dess enklere det er å dokumentere samsvar mellom teorien og den dokumenterte lokale situasjonen og de foreslåtte tiltakene, dess enklere er det å utrede en HKV.

Arbeidet må på den ene siden ikke gjøres mer komplisert og mer ressurskrevende enn nødvendig, kommunen må alltid økonomisere med sine begrensede ressurser. Men arbeidet må samtidig involvere så mange personer at det får frem tilstrekkelig, relevant og pålitelig informasjon til å kunne vurdere helsekonsekvensene i saken. Hva arbeidet krever, varierer fra sak til sak, og er avhengig av hvilke determinanter som skal vurderes. Det kan illustreres med forskjellen mellom fysiske, kjemiske og biologiske determinanter på den ene siden, og sosiale determinanter på den andre.

I teorikapittelet er det pekt på at fysiske, kjemiske og biologiske determinanter kan gi forholdsvis enkle, direkte og entydige virkninger på folkehelsen, som kan undersøkes under lukkede forhold og gi generell og gyldig kunnskap. Den forskningsbaserte kunnskapen om fysiske, kjemiske og biologiske determinanter har gitt grunnlag for politiske vedtak i lov og forskrifter om hvor grensen skal gå for hva som er akseptabelt, og hvilke tiltak som skal settes inn når grensene er overskredet. Der det er vedtatt slike grenseverdier og tiltaksverdier, vil metodene i en HKU være å måle tilstanden i den gitte situasjonen, og sammenligne resultatene med reglene. Hvis tilstanden bryter med reglene, skal det iverksettes tiltak. Hvis en søknad er i strid med reglene, skal den ikke godkjennes. Arbeidet trenger ikke å involvere flere enn en saksbehandler som kjenner regelverket, som kan kontrollere den gitte situasjonen og de foreslåtte tiltakene opp mot regelverket, og avgjøre om saken holder seg innenfor bestemmelsene i regelverket eller ikke.

Når det gjelder sosiale og økonomiske determinanter, er forholdet som nevnt i forrige kapittel mer komplisert. Flere faktorer på flere nivå spiller sammen, og årsaksforholdene er ikke bare enkle, lineære forhold som kan beskrives med en elv som metafor. I tillegg opptrer mennesker intensjonelt og kan møte tiltak aktivt med mottiltak. Tiltak som gir en ønsket virkning i én kontekst, gjør det ikke nødvendigvis i en annen. For å forstå årsaksforholdene i sosiale prosesser,

er det nødvendig med kunnskap om de bakenforliggende forholdene, om den sosiale strukturen og kulturen som skaper relasjonene mellom aktørene. Det er nødvendig med kunnskap om hvordan aktører og tiltak i den gitte sosiale konteksten kan aktivisere mekanismer og utløse krefter som får konsekvenser for helsen (Pawson & Tilley 1997:77). Forskning og regelverk kan gi grovmaskede kunnskapsrammer, og si noe nærmere om hvilke mekanismer som *kan* være virksomme i den aktuelle situasjonen. I tillegg vil saksbehandleren av en HKU trenge kunnskap om konteksten for saken, for å vurdere sammenhengen mellom kontekst, mekanismer og sannsynlig resultat.

Dette temaet er nærmere belyst i et eget avsnitt om årsaksforhold. Her er konklusjonen at sosialt determinerte helseforskjeller kan være så komplekse og situasjonsavhengige, at utredningen av dem i en HKU, kan kreve en kombinasjon av flere perspektiver. Det kan være aktuelt å involvere flere fagpersoner, berørte innbyggere og andre interessenter, politikere og administrative ledere. Vi kommer tilbake til hvilke samarbeidsformer som kan være aktuelle i et eget avsnitt om samarbeid.

Metoder for å få frem relevant kunnskap kan omfatte dokumentertstudier av:

- Søknader, korrespondanse og andre dokumenter i saken
- Lover, forskrifter og retningslinjer som regulerer saken
- Overordnede planer som setter rammer for saken
- Liknende saker som kan gi informasjon både til form og innhold i saken
- Faglitteratur og kunnskapsoppsummeringer

Metoder for å få frem relevante data og informasjon fra berørte innbyggere, andre interessenter, informanter og respondenter kan omfatte:

- Annonsering og annen offentlig varsling
- Høringer
- Åpne folkemøter
- Workshops
- Møter med berørte og andre interessenter
- Drøftinger og forhandlinger med representanter for partene i saken
- Spørreundersøkelser
- Gruppe intervjuer, som fokusgruppe intervjuer
- Individuelle intervjuer, ansikt til ansikt og over telefon/internett
- Samtaler

- Observasjon
- Deltakende undersøkelser og utviklingsarbeid
- Korrespondanse med berørte og andre interessenter, herunder innsigelser og klager

### Verktøy

I denne rapporten er verktøy innen en HKU, definert som hjelpemidlene som blir brukt i de anvendte metodene. I vurderingen av graden av forurensing i et område, vil måleinstrumentene saksbehandleren bruker, være verktøy.

I forundersøkelsen til en politisk sak, skal det vurderes om situasjonen som saken handler om, og tiltakene som blir vurdert og fremmet i den, kan få konsekvenser for helsen til hele eller deler av befolkningen. For å sikre at alle faktorer som kan få en virkning, alle grupper som kan bli påvirket, og alle typer påvirkning på helsen, faktisk blir vurdert, er det utviklet sjekklister og matriser til hjelp i arbeidet. Det er sjekklister for:

- relevante faktorer, som kan virke positivt og negativt, direkte og indirekte, på kort og lang sikt,
- mulige befolkningsgrupper som kan bli berørt, både negativt og positivt, og både når det gjelder fysisk helse, psykisk helse og sosialt liv

For å vurdere hvor alvorlige konsekvensene kan bli, er det i ROS-analyser utviklet matriser for å vurdere

- hvor stor risikoen er for negative, og muligheten er for positive helsekonsekvenser
- hvor omfattende og betydningsfulle de mulige helsekonsekvensene kan bli

I det videre arbeidet med å analysere dataene som er samlet inn, kan det være en hjelp å bruke problemløsningsverktøy så som:

- Idédugnad for å få frem et stort antall ideer på kort tid i en gruppe
- Årsaks- virkningsdiagram, for å gi en samlet illustrasjon av faktorene som kan gi negative og positive konsekvenser for folkehelsen i den aktuelle saken
- Flyt-diagram for å analysere samspillet mellom faktorene nærmere
- For og imot diagram, for å illustrere de positive og negative virkningene av ett tiltak, og hvilken vekt virkningene har
- SWOT analyser, der en vurderer den aktuelle enhetens sterke og svake sider, og de ytre mulighetene og truslene som det må tas hensyn til

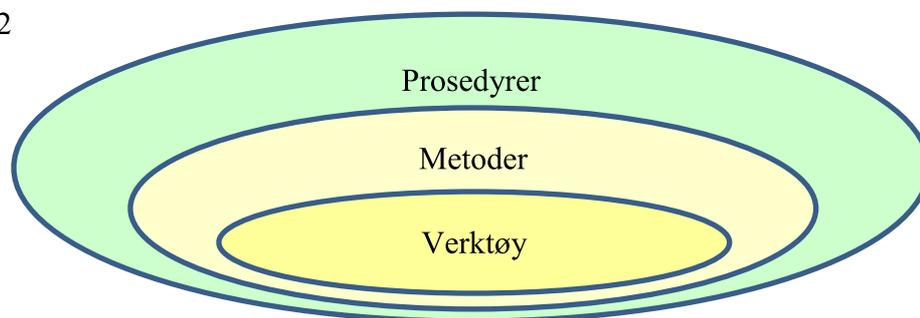
- Idealisering, der en bruker flyt-diagrammet til å analysere hva virkningen kan bli, hvis en får nøytralisert faktorene som gir negative helsekonsekvenser. Den ideelle fremstillingen gir et grunnlag for å vurdere hvilke virkninger som maksimal kan oppnås gjennom tiltak for å redusere de negative helsekonsekvensene

Slike verktøy er brukt i kvalitetssystemer og i miljøarbeidet. Flere av dem er nærmere beskrevet av Asbjørn Aune (Aune 2000:256-269). I tillegg vil som nevnt begreper, modeller og teorier fra relevant faglitteratur være nødvendige verktøy i analysen.

### Relasjonen mellom prosedyrer, metoder og verktøy i en HKU

I denne rapporten er begrepene prosedyrer, metoder og verktøy i en HKU definert slik at prosedyrer er det overordnede begrepet. Metodene som skal brukes kan være fastsatt gjennom bestemmelsene i prosedyrene om hvordan arbeidet skal gjennomføres. Verktøyene som skal brukes, kan være fastsatt ut fra hvilke hjelpemidler som det er hensiktsmessig å bruke innenfor de metodene som er valgt. Forholdet mellom de tre begrepene er illustrert i figuren nedenfor.

Figur 3.2



### HKU brukt som verktøy og symbol i reformarbeid

I avsnittet ovenfor har vi drøftet verktøy i en HKU. Dette avsnittet handler om organisasjoner og beslutningsprosesser som verktøy og meningsbærende symbol, om et instrumentelt rasjonalistisk økonomiske perspektiv, og et nyinstitusjonelt sosiologisk perspektiv på organisasjoner.

### Det rasjonalistisk økonomiske verktøyperspektivet

Helsedirektoratet definerer HKU som et verktøy i kommunale beslutningsprosesser.

Verktøyperspektivet på beslutningsprosesser er utledet av den instrumentelle, rasjonalistiske, økonomiske tradisjonen i organisasjonsteorien. Kjell Arne Røvik peker på at en av de felles underliggende og sammenknyttende ideene i denne tradisjonen, er at organisasjoner (kun) er redskap for effektiv frembringelse av vedtak, varer, tiltak og tjenester. Organisasjoners legitimitet

er uløselig knyttet til deres effektivitet. De kan og må designes og redesignes, alt etter hva man til enhver tid sikter mot å oppnå. De verktøyene, redskapene eller «byggematerialene» som til enhver tid står til disposisjon i disse reformprosessene, er mer eller mindre utprøvde oppskrifter på for eksempel prosedyrer og prosesser (Røvik 1998:31-32). HKU er en slik oppskrift.

I verktøyperspektivet betyr planmessig design at de som utformer organisasjoner, holder seg orientert om hvilke løsninger som er tilgjengelige og velger på grunnlag av nøktern informasjon og dokumenterte effekter fremkommet gjennom systematisk etterprøving. Når det fremkommer nye og mer effektive løsninger, eller oppgavene og problemene krever nye løsninger, taper tidligere oppskriften seg som forbilde og legges vekk. De mekanismene som kan drive frem en slik utvikling er konkurranse og erfaringslæring (Røvik 1998:32-33).

Røvik peker på at sannsynligheten for at en organisasjonsoppskrift skal få stor utbredelse, øker dersom den *harmoniserer*, det vil si at den utformes slik at den verken oppfattes å favorisere eller støte an mot bestemte organisasjonsinterne gruppeinteresser (Røvik 1998:110). Fremstillingen av HKU i GCP er preget av en slik harmonisering. HKU er fremstilt som et felles verktøy, ikke bare for alle partene i den organisasjonen som fatter beslutninger, men også for aktører i omgivelsene. Beskrivelsen legger vekt på at ulike grupper, som kan ha motstridende interesser, alle kan ha nytte av at dette verktøyet blir tatt i bruk. Den ytre faren er dårlig folkehelse. Den knytter alle gruppene sammen, styrker «vi-følelsen» og gjør det nødvendig å trekke i samme retning. Problemet er ikke interessekonflikter mellom grupper, men behovet for egnede verktøy for å få frem et beslutningsgrunnlag. HKU retter oppmerksomheten mot arbeidsformen, mot prosedyrene, metodene og verktøyene, som nøkkelen til å få frem et beslutningsgrunnlag og en beslutningsprosess som bidrar til å fremme folkehelsen.

### **Det nyinstitusjonelle sosiologiske perspektivet**

Nyinstitusjonell organisasjonsteori retter oppmerksomheten mot samhandlingen mellom mennesker i organisasjoner, og mellom organisasjoner og deres omgivelser. James March og Herbert Simon definerer en organisasjon som et system av koordinerte handlinger mellom individer og grupper, med forskjellige preferanser, informasjon eller kunnskaper. Her foregår en delikat omforming av konflikter til samarbeid, mobiliseringen av ressurser, og koordineringen av innsats som gjør felles overlevelse for organisasjonen og dens medlemmer mulig (March & Simon 1993:2). I dette perspektivet står samspillet mellom avhengighet, interessekonflikter og interessefellesskap sentralt.

Kjell Arne Røvik peker på at i de siste tiårene har den rasjonalistiske verktøysfortolkningen av moderne organisasjoner blitt sterkest utfordret av bidrag fra nyinstitusjonell teori. Det grunnleggende resonnementet her er at formelle organisasjoner, som kommuner, befinner seg i institusjonelle omgivelser der de konfronteres med sosialt skapte normer og konvensjoner for hvordan den enkelte organisasjon til enhver tid bør være utformet. Institusjonaliseringen er en prosess som fører til at en organisasjonsoppskrift gradvis fremstår som et regelgivende faktum for mange, som en effektiv og (tids)riktig måte å organisere seg på. Organisasjoners legitimitet vil blant annet avhenge av hvorvidt man er i stand til å bygge inn og reflektere de til enhver tid institusjonaliserte forestillinger i omgivelsene.

Institusjonaliserte organisasjonsoppskrifter fremstår i dette perspektivet som noe langt mer enn verktøy. De er meningsbærende symboler på grunnleggende verdier i samfunnet, som fornuft, effektivitet, styring, demokrati og vitenskapelighet. En oppskrift kan få spredningskraft og bli gjort til en standardoppskrift for flere, dersom den blir assosiert med autorative instanser, og blir definert som noe nytt som hører fremtiden til og bryter med det gamle (Røvik 1998:35-37).

Prinsippene om helse i alt vi gjør, og HKU, kan i dette perspektivet fremtre som slike meningsbærende symboler, som autorative institusjoner som WHO og Helsedirektoratet gir legitimitet til.

I symbolperspektivet har aktørene som velger organisasjonsformer og arbeidsmåter, innskrenkede frihetsgrader som følge av normativt press om hva som er hensiktsmessige og riktige løsninger. Oppskrifter som HKU, velges ikke bare ut fra hensynet til effektivitet i interne funksjoner, men også ut fra mer utadrettede hensyn, som organisasjonens profil, legitimitet og identitet utad. Det forklarer hvorfor det kan være en løs kobling mellom oppskriftene (idéverdenen) og faktiske aktiviteter (praksisverdenen). Organisasjoner adopterer oppskrifter som ikke tas i bruk til å koordinere interne aktiviteter (Røvik 1998:39-40). Når en kommune utad sier at den benytter HKU i saksfremstillingene til politiske organ, kan den faktiske bruken likevel være rent formell og ha liten eller ingen virkning på saksutredningene, beslutningene eller gjennomføringen av vedtakene.

Utad tilpasser kommuner, fylkeskommuner og stater seg de samme globale institusjonaliserte organisasjonsoppskriftene, og kan se like ut. Innad tolkes og tilpasses oppskriftene til lokale oppgaver og lokal kultur. Disse møtene mellom det lokale og det globale skaper nye og spennende blandingsformer. Antropologen George Markus har beskrevet det med spissformuleringen «Alt overalt, men overalt forskjellig». (Røvik 1998:27)

HKU ble formidlet av WHO som en global, institusjonalisert organisasjonsoppskrift, og har blitt tolket, tilpasset og tatt i bruk av offentlige myndigheter i alle deler av verden, både på det nasjonale, regionale og lokale nivået. I disse prosessene har det blitt utviklet en rekke ulike varianter av HKU. I 2008 publiserte J.S. Mindell, A. Boltong og I. Forde en gjennomgang og analyse av publiserte standarder for HKU. De konkluderte med at tilnærmingene til HKU avspeilet deres opprinnelse. Det gjelder spesielt for dem som hadde utviklet seg fra EIA. De tidligste formene for HKU hadde en tendens til å bruke en biomedisinsk modell for helse, og være innrettet mot å undersøke prosjekter. I den videre utviklingen, ble HKU designet for også å bli bruk i saker om valg av policy, og benyttet i større grad en sosio-økonomisk- og miljømessig helsemodell. Det er flere likhetstrekk enn forskjeller mellom standardene, og de konvergerer over tid. Forskjellen mellom «brede» og «smale» HKU forsvinner. Vurderinger av helseforskjeller inngår i de fleste standardene, men ikke i alle. Noen få fokuserer utelukkende på ulikheter. I hvilken grad standardene legger vekt på deltakelse fra lokalsamfunnet, varierer betydelig (Mindell mfl 2008). Analysen viser hvordan standarden for HKU har blitt utviklet og tilpasset både i rom og tid. Samspillet mellom den globale standarden og de nasjonale tilpasningene har bidratt både til differensiering og konvergering av formene for HKU.

Mens resonnementet i verktøyperspektivet er problemdrevet, først oppdager man problemet, så finner man løsningen, kan resonnementet i symbolperspektivet være løsningsdrevet. Først blir noen i organisasjonen oppmerksom på en populær oppskrift, løsningen, og deretter opplever man at man har et lokalt «problem» som må løses (Røvik 1998:39). March og Olsen lanserte i sin «søppelbøtte» en forklaring på hvordan beslutninger i organisasjoner kan forstås som samspillet mellom ulike faktorer som møtes mer eller mindre tilfeldig, som ingrediensene i en søppelbøtte. De peker på fire ulike faktorer i beslutningsprosesser; de kjente problemene, de kjente løsningene, deltakerne som bidrar til å problematisere og identifisere løsninger, og de beslutningsmulighetene som oppstår. Et problem kan bli liggende lenge uten å finne en egnet løsning på et tidspunkt hvor det er en beslutningsmulighet. En løsning kan bli vedtatt fordi deltakere ønsker den innført, muligheten til å beslutte er til stede, og problemene er uklare og kan fortolkes slik at de tilpasses løsningen (March & Olsen 1976). Beslutningsprosesser er ikke logisk sammenhengende, sekvensielle, lineære prosesser, men et komplekst spill av ulike strømmer i organisasjoner. Globale organisasjonsoppskrifter, som standarder for kvalitetsledelse og HKU, kan bli motefenomen og symbol på det tidsriktige, og innført for å styrke organisasjonens identitet. De kan bli løsninger som finner et problem.

## Bruk av ulike former for rasjonalitet i arbeidet med en HKU

I det rasjonelle instrumentelle perspektivet, er rasjonell planlegging forstått som målrettet, intensjonell planlegging, et ideal. Det innebærer en systematisk vurdering av fremtiden, og forsøk på å sikre at våre handlinger virkelig vil føre til en ønskede fremtidig tilstand. Vi prøver å anslå våre preferanser – hva vi ønsker at skje. Ideelt sett lager vi en beregning av den samlede prioriteringen, ved å anslå viktigheten av hver preferanse. Så prøver vi å kartlegge alle mulige handlingsalternativ, og prøver å vurdere deres relevante konsekvenser. Så sammenligner vi konsekvensene med våre preferanser, og velger det alternativet som har det beste settet med konsekvenser. Til slutt handler vi i overensstemmelse med det vi har valgt (Brunsson 2006:14). Ulla Eriksson-Zetterquist mfl. minner om at dette rasjonalitetsbegrepet i høy grad er problematisk. Det finnes ingen rasjonalitet uten handlinger, og handlinger er alltid bare rasjonelle ut fra et gitt perspektiv (Eriksson-Zetterquist mfl. 2014:29). Lenger nede er andre sider ved denne formen for rasjonalitet beskrevet nærmere. Først skal vi se på andre former for rasjonalitet eller fornuft.

Brunsson beskriver hvordan organisasjoner også bruker andre former for fornuft enn intensjonell, målrettet planlegging. En annen form er erfaringsbasert læring. Den krever at vi reflekterer etter at vi har handlet. Vi eksperimenterer og reflekterer over hva vi har gjort, og hvilke konsekvenser det ga. Hvis vi liker konsekvensene, fortsetter vi å handle på samme måte. En kommune kan for eksempel gjennomføre et tidsbegrenset forsøk, gjennomføre en evaluering med en HKU av forsøket, og legge evalueringen til grunn i en sak der det skal besluttes om forsøket skal avsluttes eller videreføres som en fast del av den daglige driften.

En tredje form er imitasjon. Vi ser hva andre gjør, og prøver å gjøre det samme. I likhet med den som tenker intensjonelt, tenker en også her først og handler etterpå, men vi tenker på noe som skjedde i fortiden og ikke på fremtiden. En kommune kan for eksempel vedta å innføre HKU i saksfremstillingene, fordi sentrale politikere har sett at det er gjort i en annen kommune, og de ønsker liknende vurderinger i de sakene de selv skal behandle.

En fjerde form er å følge regler. Den ligner på imitasjon, i den forstand at det er fortiden og ikke fremtiden som er den bestemmende faktoren. For å følge en regel, må den allerede eksistere. Det finnes flere former for regler:

- Normer er regler som medlemmene av en et samfunn, en kultur, eller en profesjon har internalisert og som de følger som en selvfølgelighet, uten å tenke over det.
- Direktiver er eksplisitt formulerte obligatoriske regler, med et klart opphav som også kan ilagge staff. Å følge et direktiv er en plikt.

- Standarder er eksplisitt formulert av et klart opphav, men uten hierarkisk makt. Å følge en standard er frivillig.

Alle disse ulike formene for fornuft er teoretiske idealformer. I praksis kan de kobles sammen og opptre i forskjellige varianter. (Brunsson 2006:13-15)

HKU i GCP er ut fra disse definisjonene en standard. De lovfestede kravene om HKU i plan- og bygningsloven og folkehelseloven er direktiver. Kommuner som tar i bruk HKU kan gjøre det gjennom imitasjon. Når de tar i bruk HKU kan de benytte alle formene for fornuft eller rasjonalitet. HKU er altså ikke bare preget av rasjonaliteten i intensjonell, målrettet planlegging.

I bruk av målrettet, intensjonell rasjonalitet, kan det være nødvendig å modifisere metoden og redusere ambisjonsnivået for å gjøre det mulig å bruke den i praksis. Den amerikanske økonomen Herbert Simon satte et spørsmålstejn ved om beslutningstakerne i arbeidslivet nå engang brukte den formen for rasjonalitet som teorien om rasjonelle valg forutsatte. Han fant at:

- Beslutningstakerne ofte har ufullstendig og utilstrekkelig informasjon om alternativene og konsekvensene de vil gi
- Problemene som skal løses er ofte svært komplekse, og aktørenes evne til å bearbeide informasjonen var begrenset
- Den tiden som står til disposisjon for beslutningstakerne var begrenset, det var grenser for hvor mange alternativer som kunne bli vurdert, og hvor grundig hvert alternativ kunne bli vurdert
- Beslutningstakerne var av og til uenige, både om organisasjonens mål, og hvordan målene kunne og burde nås.

Simon kalte dette problemet med begrenset rasjonalitet. Det er ikke mulig å finne frem til det beste alternativet. Målet må være å finne frem til noe som er tilfredsstillende, noe som er godt nok, gjennom den begrensede beslutningsprosessen som kan gjennomføres. (Simon 1955)

I arbeidet med en HKU er Simons teori om begrenset rasjonalitet relevant. Det gjelder i særlig grad på områder som sosialt betingede helseforskjeller. Årsakssammenhengene er komplekse, langsiktige, og varierer fra den ene konteksten til den andre. Det er så godt som umulig å beregne nøyaktig hvilke konsekvenser de ulike alternativene vil få på lang sikt. Men en grovmasket beregning som er omtrent riktig, kan være til større nytte i beslutningsprosessen, enn en matematisk helt nøyaktig beregning, basert på forutsetninger som gjør resultatet helt feil.

I boka «Dit vi ikke vil», peker Ottar Brox på at det kan være nyttig å bruke en negativ avgrensning når vi planlegger. Har vi først blitt enige om hvilken retning vi *ikke vil* at utviklingen skal gå, har vi allerede gjort en grov avgrensning av veiveilaget. Denne avgrensningen er som regel ikke særlig presis, men den kan være relevant, pålitelig og samlende. Deretter er det mulig å prøve seg frem, skritt for skritt i den ønskede retningen, mens en registrerer hva som skjer, vurderer resultatene kritisk og spør; går dette i riktig retning? (Brox 1995)

Det er ikke bare den begrensede rasjonaliteten som gjør at kommunale saksutredninger ofte bare har en vurdering av ett alternativ. Nils Brunsson minner om at den primære oppgaven for ledere, ikke er å analysere og beslutte, men å lede organisasjonen i handling. Lederen skal motivere medarbeiderne, koordinere arbeidet deres, og gi det retning og mål. Lange utredningsperioder med kompliserte analyser og mange alternativer som det er vanskelig å velge mellom, kan virke splittende og lammende i en organisasjon.

For å redusere tvilen og skape oppslutning og entusiasme, kan ledere velge å gjennomføre vurderingen av de relevante alternativene selv, bare redegjøre for det beste alternativet, og legge hovedvekten på de positive konsekvensene av dette alternativet. Mens Simon pekte på at det ikke er *mulig* å vurdere alle alternativer, peker Brunsson på at det ut fra en slik handlingsrasjonalitet, heller ikke er *ønskelig* å vurdere alle alternativene i saksfremstillingen. (Brunsson 2000: 26-27)

Det kan være legitimt for ledelsen å legge vekt på det som samler organisasjonen, motiverer og koordinerer medarbeiderne, slik at de faktisk klarer å utføre oppgavene i fellesskap. Det er en sentral oppgave for ledelsen. Også handlingsrasjonalitet kan ha en legitim funksjon i organisasjoner. I saker hvor bare ett alternativ er utredet, kan en HKU likevel omfatte en vurdering av de positive og negative konsekvensene av to; det utredede alternativet og null-alternativet. Null-alternativet er hva som sannsynligvis kommer til å skje hvis kommunen ikke griper inn med noen tiltak.

### **Koblinger mellom det organisasjoner sier, det de vedtar og det de gjør**

I det rasjonelle instrumentelle perspektivet, er det en underliggende forutsetning at det er et samsvar mellom det organisasjoner sier, det de vedtar og det de gjør. Nils Brunsson peker på at denne tradisjonelle management teorien er lite egnet når en skal beskrive og forklare politiske organisasjoner som kommuner og stater, som skal håndtere interesser, ideologier og krav som er i konflikt med hverandre. De skal ikke nå ett overordnet mål, som generell planleggingsteori ofte forutsetter, men mange, som gjensidig utelukker hverandre. Det er i slike politiske, konfliktfylte sammenhenger at HKU ofte hører hjemme.

Skal man forstå hva som skjer i politiske organisasjoner, kan det være nødvendig å skille mellom det aktørene sier, det de beslutter og det de gjør. Når det aktørene sier, beslutter og gjør peker i forskjellige retninger, trenger det ikke å komme av at det er fri-koblet eller løst koblet i forhold til hverandre, de kan være koblet på en annen måte enn slik det vanligvis forutsettes. I enkle situasjoner er det normalt samsvar mellom det man sier, beslutter og gjør. I komplekse og konfliktfylte situasjoner kan det man sier og det man beslutter kompensere for det man ikke får gjort. Den som ikke får innfridd sine krav gjennom organisasjonens handlinger, kan i det minste få en verbal støtte gjennom det som blir sagt og besluttet. Det er ikke bare resultatene som gjør en organisasjon legitim, hva den sier og beslutter kan også bidra. (Brunsson 2002: 13-39)

Allerede Hippokrates var inne på dette da han fremholdt at legens oppgave ikke bare var å helbrede, men også å lindre smerte og å trøste den som ikke kan helbredes. I de siste tiårene har barnefattigdommen og de sosialt betingede helseforskjellene økt i Europa. Samtidig blir det snakket mer om barnefattigdom og sosialt betingede helseforskjeller enn tidligere. Sammenhengen mellom fattigdom og sosialt og økonomisk betingede helseforskjeller er satt på den politiske dagsorden.

Ut fra Brunssons perspektiv, kan den offentlige debatten, utredningene og vedtakene av folkehelseplaner og saksutredninger med HKV om sosialt betingede helseforskjeller, være en kompensasjon for det man ikke får gjort noe med. Samtidig må komplekse saker, som krever radikal nytenkning, vurderes i et langt tidsperspektiv. Både internasjonalt og i et nasjonalt demokrati må det i slike saker snakkes lenge, og ofte fattes prinsipielle vedtak, før man kommer dit hvor det er mulig å gjøre ord til handling. Miljøarbeidet er et slikt område, folkehelsearbeidet et annet. Snakket og de prinsipielle vedtakene kan være en kompensasjon for at det ikke blir gjort noe nå. Men de kan samtidig være grunnlaget for at det kan bli mulig å få gjort noe i fremtiden. De kan gi næring til et håp, og bidra til at arbeidet for endring holdes levende til ord har blitt handling.

Røvik argumenterer for at frikoblingen mellom språk og praksis ofte ikke er permanent, men en midlertidig tilstand. Nye begrep og uttryksmåter som har kommet inn med et populært konsept, kan gradvis nedfelle seg og prege aktiviteten i organisasjonen, omtrent som et aktivisert «virus». Noen ganger kan «inkubasjonstiden» være lang. En kommune i Sverige innførte i 1994 en ny struktur med sikte på å stimulere flere innbyggere til å delta i beslutningsprosessene. Ideene var ikke nye. De hadde blitt introdusert ti år tidligere uten å gi noen konkrete resultater den gangen.

Men de hadde levd videre i organisasjonen og ble tatt i bruk da mulighetene til en beslutning var til stede. (Røvik 1998:149-151)

### **Forholdet mellom verktøyperspektivet og symbolperspektivet**

Verktøyperspektivet og symbolperspektivet fremstilles ofte som motpoler; enten er en ny oppskrift et effektivt verktøy, eller så er den bare et symbol og motefenomen. Denne rapporten har en mer pragmatisk tilnærming. Røvik peker på at verktøylogikken og symbollogikken i praksis kjeder seg sammen. Ofte opptrer organisasjoner og aktører ut fra en kompleks dobbel logikk, der *begge* disse hensynene tas med når man vurderer gamle og nye oppskrifter. Og selvsagt kan en populær oppskrift både være et effektivt verktøy, og et nyttig symbol på det riktige og det nye. (Røvik 1998:41-42)

De to perspektivene er ikke likeverdige. Den rasjonalistiske verktøylogikken er dominerende i vår kultur og gir legitimitet til dem som produserer, formidler og etterspør populære organisasjonsoppskrifter. Men det nyinstitusjonelle symbolperspektivet har ofte en større forklaringskraft i empiriske undersøkelser av hvordan organisasjoner faktisk opptrer.

Denne rapporten benytter både et verktøyperspektiv og et nyinstitusjonelt symbolperspektiv i beskrivelsen av hva HKU er og hvordan HKU blir brukt. Den legger til grunn at begge perspektivene er legitime og nødvendige, ut fra kommunenes oppgaver. Kommunelovens § 1 stiller krav om at kommunen skal ha en rasjonell og effektiv forvaltning. Det er sentralt i verktøyperspektivet. I tillegg skal kommunen tilpasse seg det nasjonale fellesskapet med en høy etisk standard, bygge tillit og sikte mot en bærekraftig utvikling. Her er oppmerksomheten rettet mot samspillet mellom kommunen og dens institusjonelle omgivelser, som er sentralt i det nyinstitusjonelle perspektivet.

### **Om arbeidsdeling, samarbeid og samordning**

Standarden for HKU synliggjør det klassiske dilemmaet mellom behovene for arbeidsdeling og koordinering. Den har et ideal om samarbeid på tvers av faggrenser i offentlig sektor, og på tvers av grensene mellom offentlig sektor og andre aktører i samfunnet, som kan komme i konflikt med kravet om effektiv bruk av ressurser.

Moderne samfunn er i stand til å livnære flere mennesker enn noen gang tidligere i historien, og med en høy levestandard for det store flertallet i befolkningen. Bak denne utviklingen av samfunnet og arbeidslivet, har arbeidsdeling og stordrift stått sentralt. Samfunnet har utviklet seg fra enkle jordbrukssamfunn med lav arbeidsdeling og stor grad av selvforsyning, til et komplekst globalt industri- og tjenesteytende samfunn, med høy grad av spesialisering og arbeidsdeling. Vi

delers opp helhetlige oppgaver for å kunne bli dyktigere på et avgrenset felt. Med spesialiseringen kan arbeidet gjøres raskere og bedre.

Med denne spesialiseringen skjer to viktige parallelle prosesser, formalisering og spesialisert utdanning. Den mest ytterliggående formen for spesialisert utdanning har vi ved profesjonalisering. Profesjonalisering betyr at bare mennesker med en bestemt utdanning kan ha bestemte stillinger. Formalisering betyr dannelsen av formelle organisasjoner der de enkelte arbeidsoppgavene settes inn i faste rammer, beslutningsmyndighet fordeles, belønningssystemer utformes, og arbeidsoppgaver rutineres og standardiseres gjennom regler og standardprosedyrer. (Jacobsen 2004:77-78)

Arbeidsdeling har samtidig en negativ bivirkning; den skaper koordineringsproblemer. Det kan oppstå dobbeltarbeid, der den samme oppgaven blir gjort flere ganger, og gråsoner, der ansvaret for oppgaven er uklart og oppgaven kan forbli ugjort. I tillegg kan de to delprosessene formalisering og spesialisert utdanning bidra til fysisk og formell avstand, ulike kulturer, sektorforsvar og «fagidioti». Forskningen om organisering er enig på ett punkt: Når man samler deloppgaver innenfor formelle enheter og grupper, så prioriterer man koordinering internt i enheten, på bekostning av koordinering mellom enheter.

Profesjonaliseringen innebærer både monopolisering av noen oppgaver og at andre arbeidsfelt overlates til andre. Man kan bli fagidiot og miste evnen til å se helheten. Man tilegner seg en spesiell teknologi, det vil si en kunnskap om hvordan forhold henger sammen og hvordan de kan bearbeides. Medisinere ser problemene på en annen måte enn psykiatere. Jo mer komplekst et arbeidsfelt blir, og hvor vanskeligere det blir å finne felles aksepterte teknologier, desto mer får teknologiene preg av å være ideologier. Man lærer et eget språk, og egne profesjonelle verdier, som sammen med felles teknologi og symboler, skaper en felles kultur, som letter koordineringen innenfor «klanen», men skaper også større avstand til andre. (Jacobsen 2004:78-80)

Arbeidsdelingen skaper koordineringsproblemer og et koordineringsbehov. Man må tilpasse delene best mulig til helheten. Det kan gjøres gjennom samarbeid, der koordineringen følger av frivillige innsats fra alle involverte parter. Men koordinering kan være konfliktfylt, der noen må gi seg mens andre vinner. Det er ikke alltid samarbeid fører frem. Da må lederne samordne arbeidet, gjennom tvungen koordinering, direkte eller indirekte. Ledelsen kan minske behovet for koordinering, eller øke det frivillige samarbeidet ved å øke følelsen av avhengighet og belønne samarbeid. Den kan bygge ned barrierene ved å skape en felles kultur gjennom felles rekrutteringspolitikk, utveksle personer mellom enheter, arrangere felles utdanning, minske fysisk

avstand, bedre informasjonsflyten horisontalt og opprette felles informasjonsbaser. Ledelsen kan samordne arbeidet gjennom å fastsette standardprosedyrer og regler, vedta felles planer for flere enheter, vedta strukturelle tverrgående forbindelser som styrker informasjonsflyten, så som koordinatorfunksjoner, faste møter og prosjektgrupper. Ledelsen kan gjennomføre felles ressursavveing, og strukturelle endringer, som sammenslåinger og endrede organisasjonsprinsipp. (Jacobsen 2004:81-108)

Jakobsen beskriver et dilemma i alt organisasjonsarbeid, som ikke kan løses, men som må håndteres best mulig. Det finnes ingen fasit for hvor balansepunktet mellom arbeidsdeling og koordinering bør ligge. I denne rapporten er Jacobsens teori om arbeidsdeling og koordinering lagt til grunn for beskrivelsen av utviklingen av HKU i folkehelsearbeidet. Det neste avsnittet beskriver hvordan dilemmaet mellom arbeidsdeling og koordinering har satt sitt preg på endringene i de dominerende organisasjonsoppskriftene i offentlig sektor de siste femti årene.

## **Fra Old Public Management til NPM og videre til en Whole-Of-Government (WOG) tilnærming**

### **Overgangen fra Old Public Management til New Public Management**

Frem til midten av 1980-tallet detaljstyrte staten norske kommuner gjennom øremerkede tilskudd og bestemmelser i lover, forskrifter og rundskriv, som regulerte kommunenes oppgaver ned til individnivå. Systemet var preget av sterk vertikal koordinering, og lav horisontal koordinering på tvers av etater og sektorer. Innføringen av det nye inntektssystemet i 1986 var det første grunnleggende bruddet med den gamle formen for statlig styring av kommunesektoren. Over femti øremerkede tilskudd ble samlet i ett rammetilskudd, som kommunen selv fikk fullmakt til å forvalte. I den nye kommuneloven i 1992 fikk kommunestyret i tillegg delegert myndighet til selv å bestemme hvordan kommunen skal være organisert, politisk og administrativt, innen forholdsvis romslige rammer. Disse endringene inngår i det løse knippet av reformer i offentlig forvaltning på 1980- og 1990-tallet som har fellesbetegnelsen New Public Management, og som satte sitt preg på hele den vestlige verden.

### **New Public Management**

NPM var basert på nyklassisk økonomisk teori. Konkurransutsatte bedrifter som måtte tilpasse seg kravene på et marked, ble ansett som forbilledlige. Formelle styringsverktøy og organisasjonsprinsipper som var utviklet i og for konkurransutsatt privat industri, ble tatt i bruk i offentlig sektor. Statlige forvaltningsbedrifter, som Televerket, ble omgjort til det børsnoterte

selskapet Telenor. Regjeringen delegerte oppgaver og myndighet, både til statlige organ som direktorater, og til kommunene.

Samtidig ble NPM teorien også brukt i statlig og kommunal forvaltning, på områder som det ikke var planer om å gjøre til private AS. Det foregikk det Helge Ramsdal og Egil Skorstad beskriver som en privatisering fra innsiden. NPM hadde et verktøyperspektiv på organisasjoner. NPM teorien la vekt på effektivisering gjennom delegering, arbeidsdeling, og oppdeling av større enheter i mindre, spesialiserte enheter som innebar endringer i organisasjonsstrukturen. I det som ble kalt to-nivåmodellen i kommunene, ble sektornivået, som hadde en koordinerende funksjon, fjernet. Arbeidet ble delt opp og organisert i selvstendige virksomheter med hvert sitt hovedarbeidsområde, som lå i linje direkte under sentraladministrasjonen. Oppgaver og myndighet ble i større grad delegert fra det politiske nivået til sentraladministrasjonen, og fra de tidligere sektoradministrasjonene og sentraladministrasjon til virksomhetsledere. NPM teorien la større vekt på styring og ledelse gjennom bruk av universelle, styringsverktøy som mål-, ramme- og resultatstyring, og formelle prosedyrer, metoder og verktøy, målbare krav og rapportering. Den anbefalte et formelt skille mellom funksjonene som bestiller og utfører, styring gjennom lederavtaler og kontrakter, og intern konkurranse mellom enheter om oppdrag og ressurser. Selv om mange kommuner vedtok å innføre prinsipper fra NPM, varierte det fra kommune til kommune i hvor stor grad disse vedtakene faktisk satte sitt preg på den daglige driften. (Hansen & Negaard 2006:19-29) (Ramsdal & Skorstad 2004)

Et av de overordnede universelle styringsverktøy som ble innført i knippet av NPM reformer på 1980 og 1990 tallet, var Totalkvalitetsledelse, med ISO Standard i 9000 serien som normdannende. Den fokuserer på hvem en organisasjon produserer sine varer og tjenester for. Kundeperspektivet i en privat bedrift, ble i offentlig sektor tolket som et brukerperspektiv. Den legger til grunn at det er mulig å styre organisasjoner som lukkede system gjennom målrettet, rasjonell planlegging. Oppgavene kan deles opp i klart avgrensede prosesser, som kan dokumenteres og sikres. Det kan fastsettes mål som er målbare og kontrollerbare. Kvaliteten kan sikres gjennom at organisasjonen følger et system med klart definerte prosedyrer, metoder og verktøy, kontrollerer at systemet brukes som forutsatt, og korrigerer eventuelle avvik. (ISO 9000:2000) (Brunsson 1998:38-40)

Innen det overordnede kvalitetssystemet, ble det utviklet standarder for delsystem for de enkelte deloppgavene, som for eksempel saksbehandlingen. Innen saksbehandlingen kan det igjen bli utviklet standarder for konsekvensutredninger i saken. HKU er en standard for en del av

konsekvensutredningene i en sak. Den er basert på forutsetningen at helsekonsekvenser kan skilles klart fra andre vurderinger administrasjonen skal gjennomføre i saksutredningsprosessen, og organiseres gjennom en egen prosedyre. Den er basert på at utredningens kvalitet kan sikres gjennom at organisasjonen følger bestemte formelle prosedyrer, metoder og verktøy, som er nærmere beskrevet i en standard. WHO's standard for HKU ble utarbeidet mens Total kvalitetsledelse var det Røvik betegner som en av de mest populære globale superstandardene (Røvik 1998:23). Det er så stor grad av samsvar mellom de forutsetningene som ligger til grunn for Total kvalitetsledelse og HKU, at HKU fremstår som en overføring og oversettelse av NPM tenkningen til folkehelseområdet. Men i overføringen og oversettelsen ble det også gjort endringer, som gjør at HKU overskrider forutsetningene NPM tenkningen bygde på.

### **Whole-of-government**

Etter to tiår med NPM, fulgte andre generasjon av reformer i offentlig sektor. Vekten ble forskjøvet vekk fra delegering, oppsplitting og fragmenting, mot en whole-of-government (WOG) tilnærming, der helheten og behovet for koordinering igjen ble vektlagt sterkere. Denne utviklingen har vært sterkest i de landene som gikk lengst i å innføre prinsippene i NPM, som Storbritannia, Australia og New Zealand (Christensen & Lægereid 2006). Det var en erkjennelse av at helheten ikke alltid ble ivaretatt når oppgavene ble splittet opp og fordelt på autonome enheter, at det målbare ikke alltid var det mest vesentlige, og at arbeid utført ved hjelp av formelle prosedyrer, metoder og verktøy, ikke nødvendigvis sikret ønsket kvalitet og virkning. Bruk av slike verktøy kunne bli et mål i seg selv.

WOG favner vidt. Man kan skille mellom WOG som politikkutforming og implementering, og mellom WOG som vertikal koordinering der regjeringer søker å styrke grepet om den politiske styringen, og horisontal koordinering som sikter mot en sterkere koordinering på tvers av ulike departement og sektorer. WOG spenner over alle nivå i offentlig sektor, fra å samle kreftene i toppledelsen i regjeringen, til det lokale nivået i kommunene. Tom Christensen og Per Lægereid skriver at WOG ikke representerer et logisk sammenhengende sett med ideer og verktøy, men kan best forstås som et samlebegrep for en gruppe forskjellige svar på problemet med økt fragmentering i offentlig sektor, og ønsket om økt koordinering.

Christensen og Lægereid beskriver WOG i et verktøyperspektiv og et institusjonelt perspektiv, delt i et kulturperspektiv og et myteperspektiv. Som verktøy er WOG både et redskap i den hierarkiske overordnede styringen ovenfra og ned, slik Blair utviklet i Storbritannia fra 1997, og i forhandlinger horisontalt mellom enheter med ulike strukturer, roller, funksjoner og interesser. I

Canada har WOG dreid seg mer om å arbeide pragmatisk sammen på tvers av ulike enheter, enn å utvikle formaliserte samarbeidsstrukturer. I Australia har oppmerksomheten vært rettet mot koordinering nedenfra, i utvikling av virksomheter som leverer sømløse beslektede tjenester.

WOG tilnærmingene kan også forstås i et institusjonelt kulturperspektiv, mer som tilnærminger som gror frem over tid, enn som «revolusjon» og design. WOG reformene er mindre rettet mot strukturelle endringer, og mer mot utvikling av en sterk og samlende forståelse av verdier, teambygging, involvering av deltakende organisasjoner, tillit, verdi basert ledelse, samarbeid, og forbedring av utdanningen og selv-utviklingen av offentlig ansatte.

WOG dreier seg også om dannelsen av symboler på reform og om moteretninger. Den gir assosiasjoner til ideen om å reparere og få samlet noe som har blitt ødelagt, falt fra hverandre og blitt fragmentert. Blair brukte slagordet «joined-up-government» for å skape avstand til tidligere politikk, og entusiasme om sin egen. I New Zealand har enkelte analyser vist at WOG politikken fremtrer til en viss grad som retorikk. Det er et gap mellom ord og handling.

WOG kan forstås som en reaksjon på problemene NPM skapte for politisk kontroll og ansvar. Men problemene knyttet til politisk kontroll og ansvar kan også forstås som en arv fra det gamle systemet. NPM innførte mer utvetydige og transparente virkemidler for å plassere ansvar. I dette perspektivet er WOG bare en finjustering og rebalansering av NPM systemet. (Christensen & Lægereid 2006).

WOG tilnærmingen går som en rød tråd gjennom Agenda 21 fra FNs miljøkonferanse i 1992. Erklæringen understreker behovet for vertikal koordinering, fra FN gjennom nasjonale regjeringer, ned til det lokale nivået, og horisontal koordinering på alle nivå, mellom offentlige myndigheter, private bedrifter, frivillige organisasjoner og enkeltpersoner. Verdiforankringen samsvarer med den en finner i WOG. Folkehelsearbeidet og standarden for HKU har tilsvarende perspektiv og verdiforankringer. I strategi dokumentet som WHO Europe vedtok i 2012, “Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century”, er whole-of-government et nøkkelbegrep som brukes 36 ganger. I innledningen skriver WHO Europe

Why is Health 2020 important? Health 2020 presents the social and economic imperative for action, showing clearly that health and well-being are important and essential for economic and social development. It focuses on health as a human right; whole-of-government and whole-of-society approaches to equitable improvement in health; strong and invigorated governance and leadership for health; collaborative

models of working and shared priorities with other sectors; the importance of community and individual reliance and empowerment; and the role of partnerships.(WHO Europe 2013d:3)

Standarden for HKU er preget både av NPM og WoG perspektivet. HKU legger vekt på at kvalitet skal sikres ved bruk av formelle standardiserte prosedyrer, metoder og verktøy, slik det ble argumentert for i NPM perspektivet. Når det gjelder spørsmålet om arbeidsdeling og koordinering, er det en ambivalens i HKU som knytter den til begge perspektivene. På den ene siden representerer HKU, som en selvstendig form for konsekvensutredning, en oppsplitting og arbeidsdeling i forhold til en integrert, koordinert form for konsekvensutredning. En slik oppsplitting er klart forankret i NPM perspektivet. Men på den andre siden lot GCP spørsmålet om HKU skulle være egne, atskilte utredninger, eller et perspektiv i integrerte, koordinert utredninger, stå åpent. Samtidig understreker standarden for HKU behovet for en horisontal koordinering på tvers av fag- og sektorgrenser i offentlig sektor, og en horisontal koordinering på tvers av offentlig sektor og andre aktører i samfunnet. Her er whole-of-government og whole-of-society perspektivet tydelig. I motsetning til de fleste populære organisasjonsoppskriftene i NPM, er HKU heller ikke først utviklet i og for konkurranseutsatt privat næringsliv, og så overført til offentlig sektor. Det bidrar også til en svakere forankring av HKU i NPM perspektivet.

## Om norske kommuner

### Kommunens oppgaver

Norske kommuner er både

- Et instrument for staten i gjennomføring av nasjonal politikk, og
- En selvstendig politisk institusjon som skal være et politisk redskap for innbyggerne, med selvstyre, direkte valg og frihet til å ta opp de sakene som tjener lokalsamfunnet

Kommunene er formelt sett hierarkisk organisert med kommunestyret som det øverste politiske organet, og administrasjonssjefen som den øverste lederen for de ansatte i kommunen. Hierarkiet er lovfestet, som en fast struktur, hvor det styres gjennom formelle planleggings- og kontrollsystem, der overordnede har beordringsrett overfor underordnede, og underordnede har lojalitetsplikt overfor overordnede. Kommunene organiserer også samhandlingen internt og eksternt gjennom marked og samarbeid. Markeder er møteplasser der kjøpere og selgere kan utveksle alle typer varer, tjenester og informasjon, ut fra gjensidig nytte. Samarbeid er frivillig samhandling ut fra felles interesser for å oppnå best mulig resultat.

I tillegg til å være en demokratisk arena, har en kommune tre hovedoppgaver, den skal være samfunnsutvikler, tjenesteyter og myndighetsutøver.

Myndighetsutøvingen er en del av den hierarkiske styringen. Samfunnsutviklingen kombinerer hierarki og samarbeid, og tjenesteytingen kombinerer alle tre. Enkelte kommunale tjenester, som kommunal kino, er markedstilbud. Grunnskolen er obligatorisk for alle innbyggere i grunnskolealder, og har et element av myndighetsutøving i seg. Samtidig omfatter den også samarbeid mellom lærere og elevene og deres foresatte. Helsetjenestene er i hovedsak formelt frivillige med begrenset betaling. Markedsdimensjonen er derfor begrenset i forhold til samarbeidsdimensjonen.

HKU inngår både i samfunnsutvikling, tjenesteyting og myndighetsutøving. Utformingen av en HKU vil være preget av på hvilket nivå i beslutningsprosessen, og på hvilke saksområde den hører hjemme. Det er variasjoner langs glideskalaen fra det overordnede, generelle og prinsipielle, til det underordnede, spesielle og konkrete. Det er samtidig variasjoner langs glideskalaen fra det enkle, entydige og regelstyrte, til det komplekse, flertydige og skjønnsbaserte. Hvilke arbeidsformer som vil være relevante i utarbeidingen av en HKU, vil være avhengig av hvor saken ligger på disse to glideskalaene.

## Rollefordeling i saksutredningsprosessen

Både innen samfunnsutvikling, tjenesteyting og myndighetsutøving, er det et lovfestet krav om at de som er berørte av saken, skal ha rett til medvirkning i utarbeidingen av den. Men saksbehandlerens rolle og formen for medvirkning vil variere ut fra om saken dreier seg om myndighetsutøving, tjenesteyting eller partnerskap:

- I myndighetsutøving opptrer kommunen med delegert statsmakt, og kan iverksette sanksjoner hvis den andre parten ikke oppfyller krav. Oppgaver innen myndighetsutøving er normalt delegert til ett bestemt organ eller til en bestemt myndighetsutøver, for eksempel til barnevernet, miljørettet helsevern, og plan- og bygningsmyndighetene
- Partnerskap er et formelt, frivillig og langsiktig samarbeid, mellom sidestilte parter som alle har et delansvar i å løse en oppgave, og som legger egne ressurser inn i arbeidet med å løse den i fellesskap med de andre partene. Norske kommuner har for eksempel utviklet partnerskap i kultursektoren, næringsutvikling og miljøarbeidet, med private bedrifter, frivillige organisasjoner og enkeltpersoner i lokalsamfunnet.
- Tjenesteytingen kommer i mellomstilling mellom myndighetsutøving og partnerskap. Ikke all tjenesteyting er frivillig, grunnskolen er obligatorisk. Det er et skille mellom den som yter en tjeneste og den som mottar tjenesten. Partene er ikke sidestilte, tjenesteyteren representerer en fagkompetanse som kan gi tjenesteyteren makt i forhold til mottakeren. På den andre siden har tjenesteytere for eksempel i oppvekst, helse og sosial og plan og miljø, en lovfestet plikt til å samarbeide med brukere, foreldre og pårørende

Partnerskap krever sidestilte parter, myndighetsutøving et klart over- og underordningsforhold, der myndighetsutøveren normalt har et mer kritisk distansert forhold til de andre partene. I myndighetsutøving er vedtaket gjerne begrunnet med en henvisning til bestemmelsene i regelverket og presedens fra tidligere saker, som reduserer muligheten for kritikk og klage, og som samtidig begrenser myndighetsutøverens handlingsrom. I et partnerskap er partene ofte opptatt av å utvide sitt handlingsrom for å finne mulige løsninger. Myndighetsutøving og partnerskap lar seg vanskelig kombinere samme sak til samme tid. Myndighetsutøving og partnerskap krever ulike arbeidsmåter og organisasjonsformer, og skilles som hovedregel fra hverandre i tid og rom. Medarbeidere i miljørettet helsevern skiller vanligvis tydelig mellom når de opptrer i rollen som samarbeidspart og tjenesteyter, og når de opptrer som myndighetsutøver. I praksis kan en sak som begynner som partnerskap og tjenesteyting, utvikle seg til en sak som dreier seg om myndighetsutøving, når råd og veiledning ikke blir fulgt og driften er i strid med regelverket.

Standarden for HKU legger til grunn at saksbehandleren skal arbeide i et partnerskap med berørte innbyggere og andre interessenter. Det kan være relevant også i saker der kommunen er myndighetsorgan, i den innledende fasen, når formålet er å finne frem til en omforent løsning mellom partene.

### **Rasjonell og kommunikativ planlegging**

Norsk planlegging har vært preget av en instrumentell rasjonell modell med et sekvensielt samspill mellom saksbehandlere og andre eksperter i administrasjonen, berørte innbyggere og andre interessenter i sivilsamfunnet, og politikere. Den vanlige prosedyren har vært at administrasjonen utarbeider en situasjonsanalyse, der uttalelser fra sivilsamfunnet er del av dokumentasjonen, politikerne prioriterer innsatsområder og fastsetter mål, administrasjonen utreder alternative løsninger med konsekvensanalyser, sivilsamfunnet får anledning til å uttale seg om utredningen, før politikerne velger løsning, og administrasjonen gjennomfører vedtaket.

Siden 1990-tallet har det både i Norge og internasjonalt blitt utviklet en annen form for planlegging, inspirert av den tyske filosofen Jürgen Habermas sin teori om livsverdener og kommunikativ handling, kalt kommunikativ planlegging. Habermas skiller mellom dialogen i det han kaller livsverdenen og systemverdenen. I livsverdenen foregår den vanlige spontane dialogen og den frie offentlige samtalen. Samtalen i livsverdenen mellom aktører med ulike interesser og kunnskaper kan være kommunikativ. Den kan være basert på en felles erkjennelse av at de er avhengige av hverandre for å finne en løsning på et problem som angår dem alle, en løsning som lar seg gjennomføre. De kan samtale med sikte på å finne frem til en slik løsning.

Habermas mener at denne livsverdenen i de vestlige samfunnene har blitt ødelagt av det han kaller systemverdenen, der ett av elementene er at den offentlige sfæren har blitt dominert av administrative system, av profesjonalisering og spesialisering, som har økt avstanden mellom ekspertene, forskerne og byråkratene på den ene siden, og store deler av befolkningen på den andre. Rasjonell planlegging, med en faseinndelt arbeidsdeling mellom spesialiserte profesjonelle fagmedarbeidere og politikere, hører hjemme i denne systemverdenen (Eriksen 1999) (Kommunetorget 2015).

Opp mot den rasjonelle planleggingsformen, søker kommunikativ planlegging å skape arenaer for dialog hvor de forskjellige aktørene bringes sammen, og der også de verdimesig og etiske sidene ved de politiske sakene og prosessene er tema i drøftingene. Kravene er at dialogen omfatter et mangfold av aktører og interesser, de har erkjent at de er gjensidig avhengige av hverandre, alle har noe å vinne på å finne frem til en felles løsning, og dialogen er åpen og kommunikativ. Nils

Aarsæther mener at kommunikatív planlegging nærmest har fått status som hegemonisk plan-ideologi etter 1990 (Aarsæther: 2013: 50). I praksis blir den instrumentelle rasjonelle planleggingen og den kommunikative kombinert. En kortfattet innføring i kommunikatív planlegging finnes på nettsidene til «Kommunetorget for planlegging av folkehelse og rusarbeid i kommunene» (Kommunetorget 2015).

Teorien om kommunikatív planlegging er beslektet med whole-of-government og whole-of-society perspektivet som WHO Europe legger til grunn i sitt strategidokument «Health 2020». Standarden for HKU legger til grunn en kommunikatív planprosess, der politikere, fagekspertise, berørte innbyggere og andre interessenter, møtes for å drøfte seg frem til en omforent løsning.

### **Elementene i en plan og verdigrunnlaget for en fremtidsrettet HKU**

Den vanligste formen for HKU, er fremtidsrettede HKU i planer for hva som skal gjøres i tiden som kommer. Slike planer kan være basert på en analyse av den gitte situasjonen, en evaluering av sterke og svake sider i den gitte situasjonen, en prediksjon av hvordan den gitte situasjonen kan utvikle seg i tiden kommer, mål som beskriver en ønsket situasjon i fremtiden, og strategier og tiltak som beskriver hva som skal gjøres for å bevege den gitte situasjonen i retning av den ønskede.

Den svenske statsviteren Lennart Lundquist har analysert beslutningsprosesser i offentlig sektor i Sverige, og deler planer inn i deskriptiv, normativ og konstruktiv teori. Deskriptiv teori beskriver hvordan situasjonen er og hvordan den kan forklares. Normativ teori beskriver hvordan situasjonen bør være og hvordan det kan rettfærdiggjøres. Konstruktiv teori beskriver hvordan situasjonen kan bli, og hvordan man kan oppnå dette. (Lundquist 1998:28)

Bruker man teorien til Lundquist på elementene i en plan, kan de fremstilles som i figuren nedenfor. Figuren gir en forenklet, idealtypisk fremstilling av sammenhengen mellom elementene i en plan. Jevnfør redegjøringen om søppelbøtteteorien i avsnittet om HKU som verktøy og symbol. Figuren viser hvordan situasjonsanalysen ligger til grunn både for evalueringen og prediksjonen. Evalueringen og prediksjonen ligger til grunn for fastsettingen av målene, og prediksjonen og målene ligger til grunn for fastsettingen av strategi og tiltak:

Figur 3.3

		Tidsperspektiv	
		Fortid	Fremtid
Teoritype	Deskriptiv	Situasjonsanalyse	Prediksjon
	Normativ	Evaluering	Mål
	Konstruktiv	---	Strategi, Tiltak

En HKU kan bidra til beslutningsgrunnlaget med konsekvensutredninger av både den gitte situasjonen, prediksjonen, og de foreslåtte strategiene og tiltakene. I planlegging av hvordan en kommune skal møte gjenstridige problem som er ustabile og kan endre karakter, er ofte det kritiske punktet å forstå den gitte situasjonen, hvordan den har utviklet seg, hvilke strukturer som preger den og hva som utløser kreftene i den. I slike saker kan en grundig fortidsrettet HKU som ikke bare beskriver hva som har skjedd, men som også forklarer hvorfor det har skjedd og hvordan det har skjedd, være et nyttig grunnlag for dem som skal fatte beslutninger. I slike saker er det ofte nødvendig å prøve seg frem, skritt for skritt, stoppe opp, vurdere situasjonen på nytt og ta neste skritt.

En plan, og en HKU som inngår i den, har en normativ forankring, eksplisitt eller implisitt, i bestemte etiske verdier. Lennart Lundquist gjennomførte en empirisk verdiundersøkelse, for å kartlegge hvilke verdier som lå til grunn i offentlig sektor i Sverige. Undersøkelsen viste at offentlig sektor i Sverige på slutten av 1990-tallet var preget av verdier som Lundquist kategoriserer som demokrativverdier og økonomiverdier:

- Demokrativverdier: politisk demokrati, rettssikkerhet, og offentlig etikk herunder integritet, rettferdighet, hederlighet, pålitelighet og disiplin.
- Økonomiverdier: funksjonell rasjonalitet, kostnadseffektivitet og produktivitet.

Lundquist understreket at offentlig sektor må ta hensyn til samtlige av disse verdiene i alle deler av sin virksomhet, men uttrykte samtidig en uro for at økonomiverdiene hadde fått en så stor dominans at de var i ferd med å fortrenge demokrativverdiene. (Lundquist 1998:154). Det er grunn til å tro at resonnementet til Lundquist også har gyldighet i Norge. Det politiske demokratiet i de to landene er nært beslektet, og NPM reformer med vekt på økonomiverdiene har satt sitt preg på offentlig sektor i begge landene.

GCP løfter frem fire verdier som spesielt viktige for HKU (WHO Europe 1999):

- *Demokrati*, med vekt på befolkningens rett til å delta i åpne beslutningsprosesser i saker som angår dem
- *Rettferdighet*, med vekt på at HKU ikke bare retter oppmerksomheten mot den samlede konsekvensen for hele befolkningen, men også mot fordelingen av konsekvensene på forskjellige befolkningsgrupper, ut fra kjønn, alder, etnisk bakgrunn og sosio-økonomisk status
- *Bærekraftig utvikling*, med vekt både på kortsiktige og langsiktige konsekvenser, og på direkte og indirekte konsekvenser
- *Etisk bruk av bevismateriale (evidence)*, med vekt på at bruken av både kvantitative og kvalitative data må baseres på ulike vitenskapelige disipliner og metoder, for å få så utfyllende vurderinger av konsekvensene som mulig

Verdigrunnlaget for HKU i GCP er mer beslektet med de verdiene Lundquist kategoriserer som demokrativ verdier enn med dem han kategoriserer som økonomiv verdier.

### **Bruk av prosedyrer i arbeidet med håndterbare og gjenstride problemer**

Faste prosedyrer er et nyttig redskap for ikke å overse vesentlige element, og for å koordinere arbeidet i oppgaver som krever bidrag fra mange mennesker og organisasjonsenheter. Ved et sykehus i USA registrerte ledelsen at alt for mange pasienter fikk infeksjoner etter at leger hadde gitt dem injeksjoner. Årsaken var åpenbart at legene slurvet med håndhygiene og med å rense huden til pasienten, før de satte injeksjonen. Sykehusledelsen fastsatte en enkel prosedyre i fem punkt for å sikre at legene hadde en forsvarlig hygiene, og påla sykepleierne å overvåke at prosedyren ble fulgt av legene. Antall infeksjoner ble redusert med 69 %, og sykehuset sparte om lag \$ 175 millioner. I slike sammenhenger er prosedyrer nyttige. (Klein 2011:16)

Faste prosedyrer er også nyttige for usikre nybegynnere, som kan få hjelp av standardløsningen til å gjøre en akseptabel jobb. Men for den erfarne medarbeideren kan en for detaljert og rigid prosedyre, bli en tvangstrøye. En prosedyre skal passe i mange beslektede situasjoner, og kunne gjennomføres av medarbeidere med ulik kompetanse. Er den for detaljert, kan den tvinge en erfaren medarbeider til å gjøre en middelmådig jobb, og ikke bruke kompetansen sin til å skreddersy løsningen for den bestemte situasjonen. (Klein 2011:19-32)

Flere av oppgavene innen offentlig sektor, er komplekse og gjenstridige problemer som Rittel og Webber kaller «wicked problems» (Rittel og Webber 1973). Vi finner dem innen aktuelle områder for HKU, som rusomsorg, psykiatri, barnevern, helse, opplæring, sysselsetting og miljøvern. De er ustabile og kan endre karakter. Det finnes ingen klare løsninger og konsekvenser kan være

uforutsette. De er sosialt komplekse, årsakene er sammensatte, og de krever helhetlige, tverrfaglige tilnærminger, hvor de som er berørt av problemet må involveres og ofte endre atferd. I de senere årene har det vært en økende erkjennelse, også i land som tidligere gikk lengst i å følge ideologien i NPM, av at slike oppgaver krever en annen tilnærming enn enkle lineære planleggings- og markedsløsninger (Australian Public Service Commission 2007).

Det er ikke tilstrekkelig å følge en standardisert prosedyre. I arbeidet med gjenstridige problem kan det være avgjørende å kunne gå utenfor skjemaet og bruke en skreddersydd løsning. Her er det også grenser for hva forskningen kan bidra med. Stoler en blindt på forskningsbasert kunnskap, kan det gå galt. Den erfarne medarbeiderens kjennskap både til den gitte situasjonen og liknende situasjoner kan være et nyttig og nødvendig supplement. Det vi kaller intuisjon er summen av vår erfaring, som gjør at vi kan gjenkjenne mønstre, og se mulige løsninger i en umulig situasjon (Klein 2011:15-32). I arbeidet med HKU i kommunal saksbehandling, har også den erfaringsbaserte, intuitive kunnskapen en nyttig og nødvendig plass.

I denne rapporten er det lagt til grunn at kvalitet i arbeidet med HKU krever en kombinasjon av standardisering av arbeidet gjennom formaliserte prosedyrer, som samtidig gir rom for å bruke erfaringsbasert situasjonsforståelse, innsikt og intuisjon. Hvis både formaliseringen og situasjonsforståelsen er lav, blir arbeidet lett vilkårlig og kaotisk. Hvis det er en høy grad av formalisering gjennom standardiserte prosedyrer, metoder og verktøy, mens situasjonsforståelsen er lav, blir det vanskelig å tilpasse arbeidet til endringer i situasjonen, og arbeidet blir lett mekanisk og usikkerhet. Hvis situasjonsforståelsen er høy, men formaliseringsgraden er lav, kan koordineringen bli svak og arbeidet preget av improvisasjon og usikkerhet. Hvis arbeidet har høy formalisering, i en form som åpner for bruk av fagkompetanse og erfaringsbasert situasjonsforståelse, kan det gi grunnlag for trygghet, tillit, god koordinering, og muligheter for kreativitet som tilpasser arbeidet til situasjonen. Det kan gi god kvalitet, slik figuren nedenfor illustrerer:

Figur 3.4 (Negaard 2009)

		Formaliserte prosedyrer, standardisert arbeid	
		lav	høy
Situasjonsforståelse innsikt, intuisjon	høy	Improvisert, usikkert	Kvalitet, kreativt, trygt
	lav	Vilkårlig, kaotisk	Mekanisk, usikkert

### HKU og ulike former for samarbeid

I beskrivelsene til WHO og andre av hva en HKU er, legges det vekt på hva som styrker og svekker helsen i befolkningen kan være så komplekse prosesser at en HKU kan kreve et samarbeid mellom

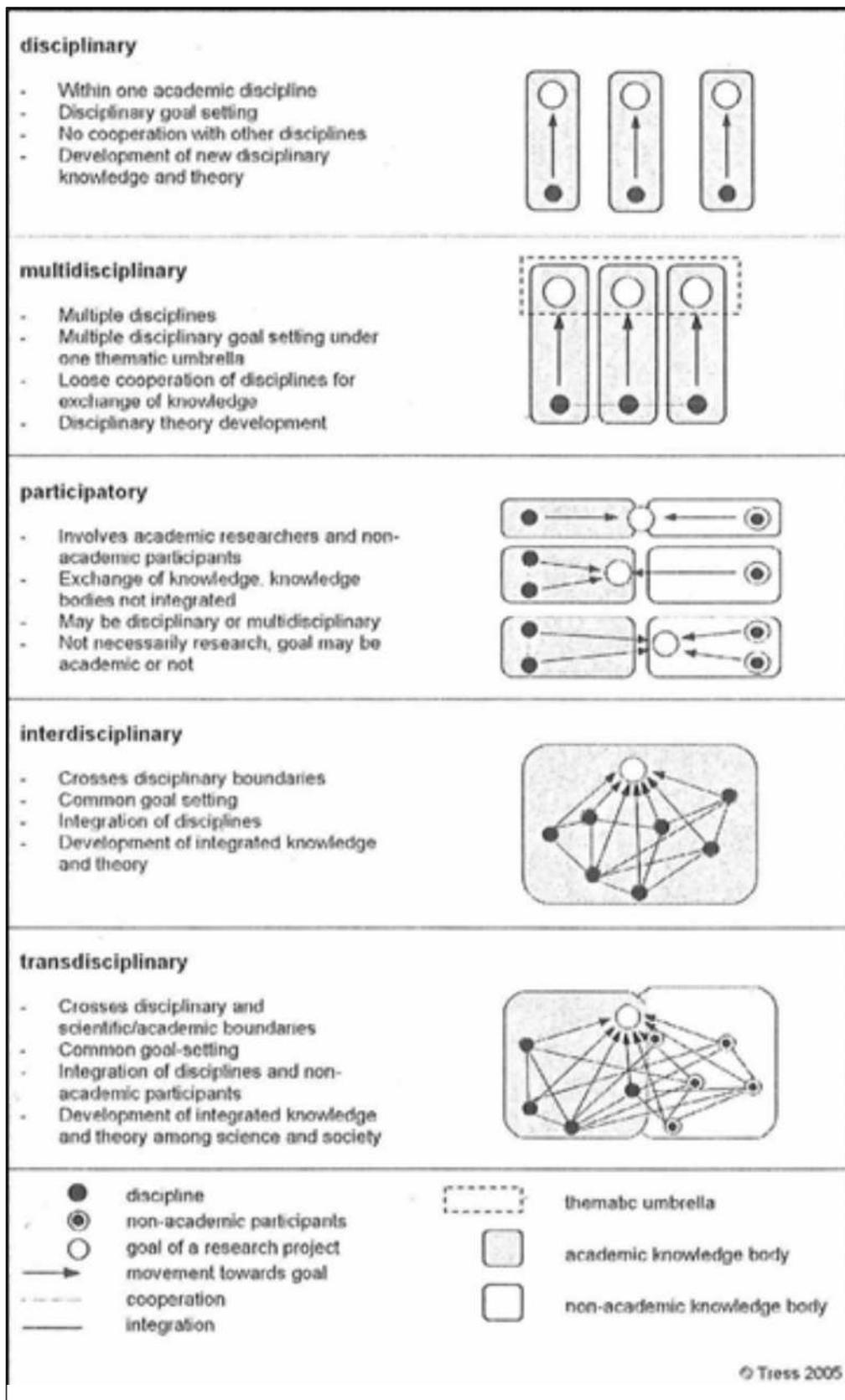
- Forskere fra ulike vitenskapelige disipliner
- Forskere og aktører i kommunen og lokalsamfunnet
- Saksbehandlere og fagmedarbeidere fra ulike fag og sektorer i kommunen
- Saksbehandlere, administrativ ledelse og politikere i kommunen
- Kommunen, og berørte grupper i befolkningen og andre eksterne interessenter
- Kommunen, fylket og staten

Hvor omfattende behovet for samarbeid er, varierer fra sak til sak, langs en glideskala fra enkle saker der saksbehandleren kan utrede en HKU alene, til store komplekse saker som krever et dypt integrert samarbeid mellom alle partene som er listet opp ovenfor.

Dette samarbeidet kan ha mange ulike former. I beskrivelsen av det, bygger denne rapporten på skillet mellom monofaglig, flerfaglig, deltakende, tverrfaglig og transfaglig arbeid, slik B. Tress, G. Tress, G. Fry og B. Antrop har definert disse begrepene (Tress 2006: 15-17), og som er illustrert i figuren nedenfor.

Oversettelsene av begrepene er hentet fra Vibeke Nenseth (2010) «Tverrfaglig miljøforskning –en kunnskapsstatus», CIENS-rapport 2-20. Her blir inndelingen brukt om både det faglige utredningsarbeidet av HKU i kommunene, på fagområder som helse- og sosialfag, utdanning, kultur, tekniske tjenester og samfunnsplanlegging, og om arbeidet innen vitenskapelige disipliner innen naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humaniora. Med «fag» menes her både fagområdene i kommunene og vitenskapelige disipliner.

Figur 3.5 (Tress 2006:16)



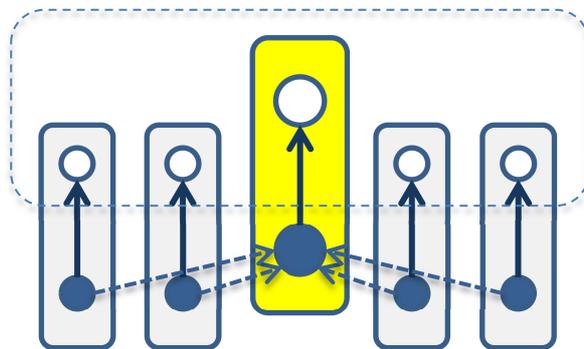
- **Monofaglige undersøkelser** er prosjekt som foregår innen rammene av at ett bestemt fagområde. Undersøkelsen er rettet mot ett bestemt mål, og ser etter svaret på ett bestemt forskningsspørsmål.
- **Flerfaglige undersøkelser** er prosjekt som involverer flere forskjellige fagområder i undersøkelsen av et tema eller problem, med forskjellige faglige mål. Deltakerne utveksler kunnskap, men har ikke som mål å krysse faggrensene for å bygge ny kunnskap og teori. Utrednings- eller forskningsprosessen foregår gjennom faglige innsats parallelt, uten integrasjon, men vanligvis med et mål å sammenligne resultater.
- **Deltakende undersøkelser** er undersøkelser som kan involvere flere fag, og ikke-faglige deltakere som samarbeider for å løse et problem. Ikke-faglig deltakere kan ha en faglig og utdanning, men de deltar ikke i arbeidet som fagmedarbeidere. Akademikere, fagmedarbeidere i kommunene og ikke-faglige deltakere utveksler kunnskap, men fokuset er ikke integreringen av ulike kunnskapskulturer for å skape ny kunnskap. Både monofaglige og flerfaglige undersøkelser kan involvere ikke-faglige deltakere. Deltakende undersøkelser er ikke nødvendigvis forskning.
- **Tverrfaglige undersøkelser** er prosjekter som involverer flere forskjellige fag på en måte som tvinger dem til å krysse faggrensene for å skape ny kunnskap og teori og finne løsningen på felles forskningsmål. Med forskjellige fag menes at de har kunnskaps- og forskningsparadigmer som står i motsetning til hverandre. Det kan være forskjellen mellom en kvantitativ eller kvalitativ tilnærming, eller mellom analytiske og fortolkende tilnærminger, som bringer ulike fagområder i kommunene, og disipliner fra naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humaniora, sammen.
- **Transfaglige undersøkelser** er prosjekter som både integrerer fagmedarbeidere, fra forskjellige fagområder, og ikke-faglige deltakere, så som bedriftsledere, berørte innbyggere og andre interessenter i allmennheten, for å forske på et felles mål og skape ny kunnskap og teori. Transfaglige undersøkelser kombinerer en tverrfaglige og en deltakende tilnærming.

Inndelingen i de ulike arbeidsformene innebærer ikke et normativt hierarki. De fem alternativene er ulike arbeidsformer som alle kan være relevante i utredningen av en HKU i ulike typer saker. Det kan være gode grunner både til arbeidsdeling og spesialisering, og til koordinering på tvers av formelle skiller.

I et flerfaglig arbeid kan de ulike fagene være sidestilte, som i modellen ovenfor. Men ett av fagene kan også bruke andre fag som støttefag for egen arbeid. Da vil de enkelte fagene fortsatt arbeide selvstendig, ut fra sine mål og metoder, og bare være løst knyttet sammen. Men det sentrale faget bruker resultatene fra de andre fagene som grunnlag for sitt arbeid. Denne arbeidsformen har vært vanlig både i folkehelsearbeidet i kommunene, og i vitenskapelig arbeid. Medisin og historie har lange tradisjoner i å bruke andre disipler som støttefag i egen forskning.

Et slikt flerfaglig samarbeid, mellom et sentralt fag og støttefag, kan illustreres slik:

**Figur 3.6**



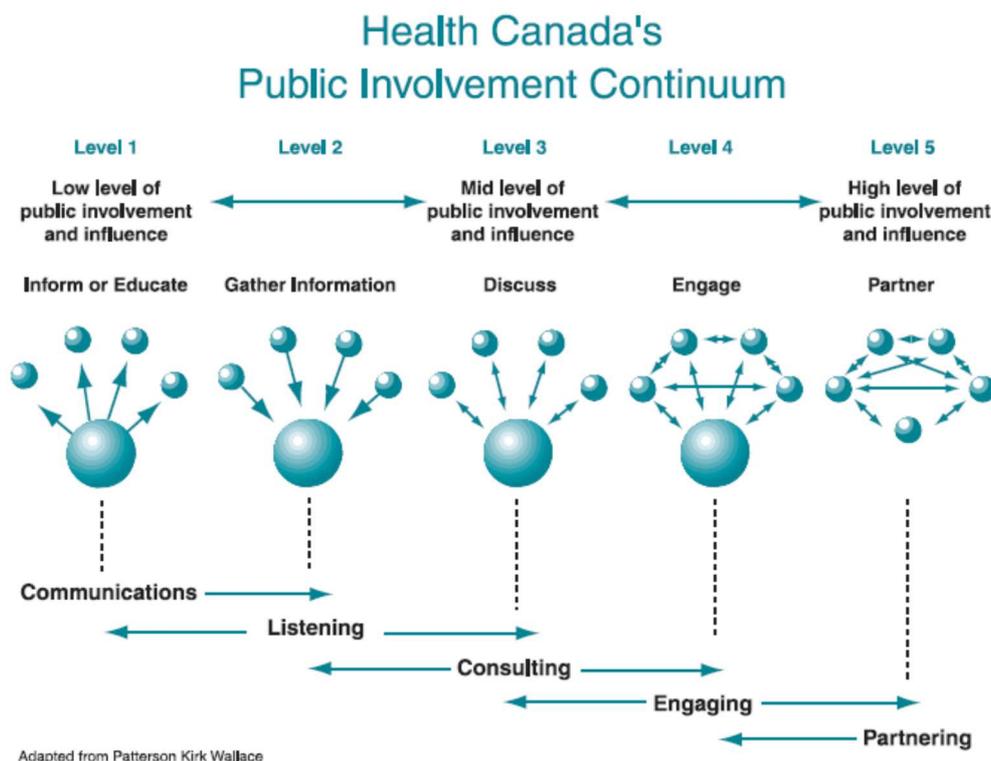
Med endringene i plan- og bygningsloven og den nye folkehelseloven, har folkehelsearbeidet i kommunene skiftet karakter. Fra å være et fagområde innen helsesektoren, der folkehelse som det sentrale faget baserte seg på flerfaglig arbeid, har det blitt et fag- og sektorovergripende felt. Spørsmålet er i hvilken grad arbeidsformen i folkehelsearbeidet også har endret seg, fra et flerfaglig til et tverrfaglig og transfaglig arbeid.

WHO fremholder at deltakende forskning er relevant i HKU. (WHO 2015a). De fem alternativene i modellen til B. Tress, innebærer at berørte innbyggere og andre interessenter kan ha ulike roller og ulik grad av involvering i prosjektene. Health Canada anvender en modell som beskriver involveringen av allmennheten i arbeidet med HKU langs en glideskala fra lav til høy involvering. Denne glideskalaen deler de inn i fem nivå:

1. Informasjon og utdanning
2. Innsamling av informasjon
3. Diskusjoner
4. Engasjering
5. Partnerskap

Nivå 1 og 2 dreier seg om kommunikasjon mellom saksbehandler og allmennheten, nivå 1, 2 og 3 om å lytte, nivå 2, 3 og 4 om å konsultere allmennheten, nivå 3, 4 og 5 om å engasjere allmennheten, og nivå 4 og 5 om å gå inn i et samarbeid med partene i allmennheten, enten som en dominerende eller en sidestilt partner. Modellen nedenfor gir en skjematisk fremstilling av alternativene.

**Figur 3.7 (Health Canada, 2000:12)**



Modellen innebærer ikke bare at de berørte innbyggerne og andre interessenter kan ha ulike roller. Den innebærer også at saksbehandlere og andre fagpersoner kan ha ulike roller. På nivå 1 og 2 kan fagpersonen ha en tradisjonell kritisk, distansert forskerrolle overfor berørte innbyggere og andre som objekter for undersøkelsen. På nivå 3, 4 og 5 er innbyggerne og andre interessenter deltakere i utarbeidingen av en HKU, sammen med fagpersonene.

Den norske filosofen Hans Skjervheim peker på at det er en prinsipiell forskjell mellom å opptre som ekstern tilskuer som undersøker et annet menneske som et forskningsobjekt, og å forholde seg til den andre som en deltaker og et subjekt. Som deltaker vil jeg og den andre begge vende oss mot saksforholdet som objekt, og samtale om dette objektet som to subjekter. Vi kan høre på hverandre, la oss engasjere og kommentere hverandres vurderinger. Å ta den andre

alvorlig er det samme som å være villig til å ta den andres meninger opp til ettertanke, eventuelt diskusjon. (Skjervheim 1957)

I denne rapporten er det lagt til grunn at i en utredning av en HKU, kan samarbeidet mellom saksbehandler, andre eksperter på området, politikere, og berørte innbyggere og andre interessenter, foregå på alle de fem nivåene som er beskrevet i modellen til Health Canada. De fem nivåene er ikke forstått normativt, som en glideskala fra dårlig til godt samarbeid, men som ulike samarbeidsformer som alle kan være relevante. Inndelingen danner grunnlaget for beskrivelsen av hvilke former for samarbeid mellom saksbehandleren av en HKU og berørte innbyggere og andre interessenter, som blir brukt.

I faglitteraturen om HKU fremstår det tverrfaglige og det transfaglige samarbeidet som et ideal. Litteraturen indikerer likevel at bruken av HKU i utredningsarbeid, har vært dominert av monofaglige og flerfaglige arbeidsformer (Kemmer 2012:94). Det som utgir seg for å være deltakende arbeidsformer, viser seg alt for ofte å være preget av paternalisme (Kemmer 2007: 7).

### **Om helsebegrepet**

Hva som skiller en HKU fra andre former for konsekvensutredninger, som EIA og SIA, er avhengig av hva som legges i helsebegrepet. Innholdet i helsebegrepet er ikke bare avhengig av hvordan det er definert formelt, men også av hvordan det blir brukt i praksis. WHO har satt en global standard for forståelsen av helsebegrepet, både gjennom sine formelle definisjoner og gjennom sin bruk av begrepet. Denne rapporten tar utgangspunkt i WHO's definisjoner av helsebegrepet.

WHO har benyttet forskjellige definisjoner av «helse». WHO's stiftelsesdokument fra 1948 åpner med denne definisjonen: "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (WHO 1948). GCP legger denne definisjonen til grunn for sitt rammeverk for HKU, men peker samtidig på at WHO opererer med minst tre forskjellige helsebegrep, der dette er uttrykk for et ideal og det overordnede målet for utviklingen av helsen. Men i GCP peker WHO på at det egner seg ikke som grunnlag for objektive målinger.

For arbeidsformål anbefalte WHO en smalere definisjon: "Health is the reduction in mortality, morbidity and disability due to detectable disease or disorder, and an increase in the perceived level of health." (WHO Europe 1999:9). Disse to definisjonene er så forskjellige at vi må skille mellom dem.

## Et realistisk helsebegrep

Den første definisjonen kombinerer en positiv og en negativ avgrensning av begrepet. Helse er ikke bare negativ avgrenset som fravær av sykdom og skader, men også positivt som en tilstand av fullstendig “well-being”. Selv om abstraksjonsnivået er høyt, fanger denne definisjonen opp mangfoldet og kompleksiteten i helsebegrepet, mellom det overordnede og prinsipielle i den positive avgrensningen, og det konkrete og operasjonelle i den negative. Det er en realistisk definisjon av helse. For å kunne bruke «helse» som et analytisk begrep i denne rapporten, må definisjonen presiseres.

«Well being» blir vanligvis oversatt til norsk med «velvære» eller «trivsel», men det engelske begrepet rommer mer enn det. I Oxford English Dictionary er «well-being» definert slik: “With reference to a person or community: the state of being healthy, happy, or prosperous; physical, psychological, or moral welfare.” Her er helse mer enn individuell vel-være, det omfatter også velferd i et moralsk perspektiv. Denne forståelsen samsvarer godt med perspektivet på HKU i GCP, der de grunnleggende verdiene for en HKU er demokrati, rettferdighet, bærekraftig utvikling og etisk bruk av data. I denne rapporten er «well-being» oversatt med «velferd og velvære», og sammenfattet til «et godt liv», for å antyde bredden i begrepet.

De to dimensjonene i begrepet kan både forsterke og svekke hverandre gjensidig. Et godt liv, fysisk, mentalt og sosialt, kan virke forbyggende på sykdom og skader. Men arbeidet for å redusere sykdom og skader kan bli så omfattende at det går ut over livskvaliteten. Samtidig kan det som gir velferd og velvære i et kort tidsperspektiv, kunne gi sykdom og skader i et litt lengre tidsperspektiv.

I denne rapporten er det lagt til grunn at de to dimensjonene i det realistiske helsebegrepet skal balanseres i forhold til hverandre. Definisjonen er forstått slik at de to dimensjonene belyser og avgrenser hverandre gjensidig; de er ikke to atskilte dimensjoner. Helse er definert som fravær av sykdom og skade i en form som gir rom for et godt liv, fysisk, psykisk og sosialt.

Med denne presiseringen er ikke alt arbeid for å skape et godt liv fysisk, psykisk og sosial, nødvendigvis helsearbeid. Også andre sektorer kan ha som sitt overordnede mål å skape velferd og velvære, uten at arbeidet deres av den grunn blir helsearbeid. Ansatte i plan- og miljøsektoren, tekniske tjenester, oppvekst og kultur har alle som overordnet mål å bidra til en bærekraftig utvikling og utvikle velferden og velværet i samfunnet, innen sine fagområder og ut fra sin fagkunnskap.

Det som skiller helsesektoren fra andre sektorer er at helsesektoren arbeidet direkte med å redusere sykdom og skade, andre sektorer arbeider mer indirekte. Opplæring og kulturaktiviteter er mål i seg selv, men har samtidig indirekte konsekvenser for helsen. Dette skillet mellom helsesektoren og andre sektorer består ikke av et skarpt grenseskille, men av oppgaver som overlapper hverandre, med glidende overganger, som kan gi grunnlag for et tverrfaglig og transfaglig samarbeid.

Denne forståelsen av helsebegrepet samsvar med drøftingene og bruken av begrepet i WHO Europes overordnede strategi dokument for perioden frem til 2020, "Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century". Her baserer WHO seg på den realistiske definisjonen av helse, der «well-being» inngår i definisjonen. Men samtidig understreker WHO at «well-being» også er et formål for andre sektorer, og markerer det ved å bruke uttrykket «health and well-being». «Well-being» er noe som både inngår i definisjonen av helse, og som går ut over dette begrepet. WHO Europe fremholder at arbeidet for å fremme «well-being» er et felles formål for ulike sektorer, som binder dem sammen og legger grunnlaget for et sidestilt samarbeid der de gjensidig bidrar til hverandres resultater, og skriver:

Without people's active involvement, many opportunities to promote and protect health are lost. This entails putting in place collaborative models of working, based on shared priorities with other sectors (such as educational outcomes, social inclusion and cohesion, gender equality, poverty reduction and community resilience and well-being). Action on those determinants of health that represent outcomes for these sectors leads to wider benefits for society and corresponding economic benefits. (WHO Europe 2013d:33)

### **Et reduksjonistisk, operasjonelt helsebegrep**

Den andre definisjonen av helse som er sitert ovenfor, "Health is the reduction in mortality, morbidity and disability due to detectable disease or disorder, and an increase in the perceived level of health." avgrenser begrepet helse til det som kan kartlegges og måles, og som helsesektoren faktisk kan gjøre noe med selv.

Det første leddet i definisjonen retter oppmerksomheten mot det praktiske forebyggende og kurative helsearbeidet for å redusere dødelighet, sykkelighet og uførhet, som skyldes sykdommer, skader og lidelser som det er mulig å oppdage.

Det andre leddet er isolert sett en tautologi som krever en evig forbedring av helsen: «Health is ... an increase in the perceived level of health.» Her er «helse» ikke definert som en tilstand, men

som en prosess, der det opplevde helsenivået kontinuerlig øker. Lest i sammenheng med det første leddet, er helse definert som en kontinuerlig arbeidsprosess for å redusere opplevd dødelighet, sykkelighet og uførhet.

Hvis denne reduksjonistiske definisjonen blir lest som en operasjonalisering av begrepet, innen rammen som den realistiske definisjonen setter, vil dilemmaet mellom livskvalitet og helse fortsatt ha gyldighet. Blir denne definisjonen av helse lest som et alternativ som erstatter den realistiske, da har dilemmaet mellom livskvalitet og helse ikke lenger gyldighet.

At helsesektoren har operert med to så forskjellige helsebegrep, har kunnet gjøre grunnlaget for praktisk tverrfaglig samarbeid innen folkehelse uklart, og dermed bidra til å gjøre samarbeidet vanskelig.

### **Det realistiske helsebegrepet som operasjonelt begrep**

I strategidokumentet «Health 2020», som er sitert ovenfor, peker WHO Europe på at å avgrense det praktiske helsearbeidet til å redusere dødelighet, sykkelighet og uførhet, hverken er ønskelig eller nødvendig lenger. Når WHO tidligere har avgrenset sine rapporter om helsetilstanden til indikatorene død, sykdom og skade, kom det til dels av at informasjon på disse områdene var lettere tilgjengelig den gangen. I dag derimot, fremholder WHO Europe, er en politikk for «well-being» ansett som en mulig reorientering av målene for offentlig politikk i det 21. århundre. Ut fra den helhetlige tilnærmingen i «Health 2020», peker WHO på at det er helt nødvendig å undersøke hvordan velferd og velvære kan defineres og måles innen helse (WHO Europe 2013d:40).

I «Health 2020», benytter WHO Europe den realistiske definisjonen av begrepet helse som grunnlag for utforming av praktisk politikk og arbeidsformål. Også i denne rapporten er den realistiske definisjonen av begrepet helse lagt til grunn, med de presiseringer som er gjort her.

WHO Europe nedsatte en ekspertgruppe for å utrede hvordan WHO kan måle, og sette mål for «well-being». Gruppen samarbeidet nært med OECD og leverte en delinnstilling i 2013. De definerer «well-being» i to dimensjoner, en subjektiv opplevd velferd og velvære, og en objektiv ut fra en sammenligning mellom livsforhold og gitte sosiale normer og verdier. De definerer «well-being» og helse som to interaktive konsept, med noen felles determinanter. De fremholder at å bruke uttrykket «well-being» i stedet for helse i alle policyer, vil gi et felles mål som det kan oppnås enighet om på tvers av offentlige sektorer. Det kan avkrefte oppfatningen at helsesektoren ber andre sektorer om å arbeide for å ivareta helsemål i stedet for felles mål (WHO Europe 2013c). Argumentasjonen samsvarer med den som er gitt i ovenfor.

## Bærekraftig utvikling, velferd og velvære, og helse

Strategidokumentet «Health 2020» gjør helsearbeidet ikke bare til en del av arbeidet for å skape velferd og velvære, men også til en del av arbeidet for å skape en bærekraftig utvikling. Bærekraft er et nøkkelbegrep i dokumentet, det brukes hele 75 ganger. Også GCP gjør som nevnt bærekraftig utvikling til en av de grunnleggende verdiene for HKU.

Begrepet bærekraftig utvikling ble lansert i Brundtlandkommisjonens rapport «Vår felles framtid» fra 1986. Der ble det definert som en utvikling som imøtekommer dagens behov, uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov. (Verdenskommisjonen 1986:42). Gjennom Agenda 21 fra FNs miljøkonferanse i 1992, ble prinsippet om bærekraftig utvikling spredd globalt. Prinsippet om bærekraftig utvikling omfatter i dag:

- Fysisk og kjemisk bærekraft, som forbygger klimaendringer
- Biologisk bærekraft, som ivaretar økologiske system og biologisk mangfold
- Sosial bærekraft, med vekt utsatte grupper og grunnbehovene til verdens fattige
- Økonomisk bærekraft, med vekt på langsiktig ressursforvaltning og grønn innovasjon

I denne rapporten er utvikling av velferd og velvære forstått som en integrert del i arbeidet for bærekraftig utvikling. Helsearbeid er forstått som en integrert del av arbeidet for utvikling av velferd og velvære. Relasjonen mellom de tre begrepene er illustrert i figuren nedenfor.

Figur 3.8



Å skape en bærekraftig utvikling, velferd og velvære, gjennom tiltak som også bidrar til en bedre folkehelse, spesielt for utsatte befolkningsgrupper, kan være det overordnede formålet for ulike sektorer. De kan ivareta dette formålet ut fra ulike hovedoppgaver og ulike perspektiver, men samtidig være gjensidig avhengige av hverandre for å kunne lykkes.

## HKU som analyser av årsaksforhold

### Göran Dahlgren og Margaret Whitehead modell

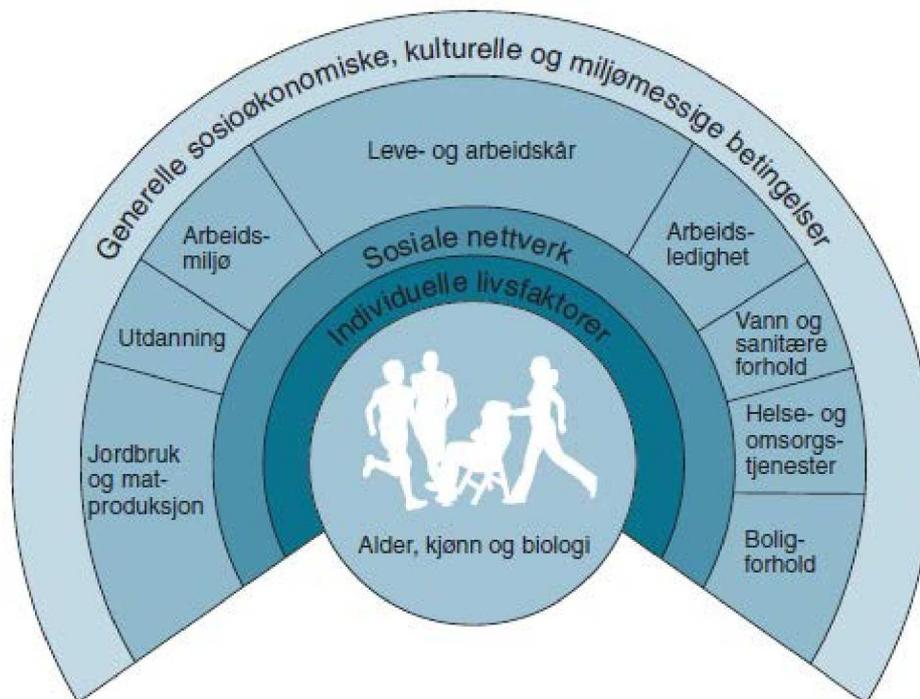
En HKU er en analyse av hvilke konsekvenser ulike faktorer kan få for helsen til hele befolkningen eller grupper av befolkningen, fysisk, psykisk og sosialt. En HKU er en analyse av årsaksforhold, og omfatter både årsak-siden og virknings-siden i forholdet. Årsakene kan både ha en direkte og en indirekte virkning, de kan være enkle og de kan stå i komplekse samspill med hverandre. Virkningene for helsen kan både være positive og negative, og det kan være et samspill mellom virkningene for fysisk helse, psykisk helse og sosialt liv. En helsedeterminant er en faktor som kan få konsekvenser for helsen.

Göran Dahlgren og Margaret Whitehead utarbeidet i 1991 den konseptuelle modellen i figur 3.9 nedenfor, som illustrerer hvordan ulike helsedeterminanter på ulike nivå kan påvirke helsen. Modellen har blitt brukt på alle nivå fra WHO gjennom nasjonale myndigheter ned til den enkelte kommune, og i alle verdensdeler. Den har hatt stor innflytelse på forståelsen av hvilke faktorer som påvirker helsen.

I sentrum er menneskene med deres medfødte egenskaper, som kjønn, alder og biologi. Rundt dem er det flere nivå med faktorer som kan påvirke helsen. Det innerste er individuelle atferdsfaktorer, som røkevaner, ernæring og fysisk aktivitet. Disse faktorene er ikke bare påvirket av individuelle valg, men også sterkt påvirket av bakenforliggende faktorer på de neste nivåene, som det sosiale nettverket individene er sosialisert inn i, leve- og arbeidsvilkårene i lokalsamfunnet, og til slutt de økonomiske, kulturelle og miljømessige strukturene i samfunnet fra det lokale til det globale nivå.

Modellen illustrerer hvordan helsen kan være et resultat av spillet mellom strukturer og mekanismer på flere nivå. Dess høyere nivå faktorene befinner seg på, dess mer vil de være preget av politiske beslutninger. Modellen illustrerer hvordan politiske beslutninger på alle samfunnsområder og på alle samfunnsnivå, fra det lokale til det globale, kan påvirke befolkningens helse.

Figur 3.9



Kilde: Dahlgren og Whitehead, 1991

(Whitehead 2009b:26)

### Sosiale helsedeterminanter

I 2005 etablerte WHO The Commission on Social Determinants of Health under ledelse av sir Michael Marmot ved University College of London. I 2008 presenterte kommisjonen rapporten “Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health”, som retter oppmerksomheten mot økonomisk og sosialt betingede helseforskjeller. Rapporten har en kritisk analyse av hvordan helseforskjeller i befolkningen ikke kan forklares av individuelle valg alene, men av hvilke valgmuligheter de sosiale, kulturelle og økonomiske strukturene gir individene. Det viktigste budskapet i rapporten er at politikken for å redusere helseforskjeller, ikke må begrense seg til faktorer som direkte skaper helseforskjeller, den må også være rettet inn mot de bakenforliggende strukturene, mekanismene og kreftene, som systematisk skaper en urettferdig fordeling av disse faktorene. Den dokumenterer at de strukturelle forskjellene gir sosialt determinert ulikhet i helse som rammer urettferdig, og som kan reduseres.

Rapporten dokumenterer den sosiale gradienten i helse. Det er ikke bare en forskjell i helse og levealder mellom dem som har lavest inntekt, kortest utdanning og lavest yrkesstatus, og dem på den andre enden av skalaen. Helsetilstanden følger et trappetrinnmønster. Jo høyere man er i det

sosioøkonomiske hierarkiet, jo bedre er helsen og jo lenger lever man. For eksempel samvarierer forholdsvis små forskjeller i utdanningslengde og inntekt med tydelige forskjeller i helse og levealder.

Rapporten peker på hvilke muligheter samfunnet har til å heve helsenivået for de utsatte gruppene i løpet av en generasjon, hvis det er politisk vilje til å gjennomføre de nødvendige tiltakene. Rapporten har blitt fulgt opp i en rekke land, også i Norge.

I de ti siste årene har perspektivet på sosiale helsedeterminanter satt et stadig sterkere preg på arbeidet med HKU. Mens de fysiske, kjemiske og biologiske determinantene ofte inngår i forholdsvis enkle lineære årsaksforhold, som kan undersøkes med naturvitenskapelige metoder, inngår de sosiale helsedeterminantene ofte i mer komplekse årsaksforhold, som i større grad krever tverrvitenskapelige undersøkelser. Fokuset på sosiale helsedeterminanter retter oppmerksomheten mot at folkehelsearbeidet og arbeidet med HKU i større grad bør utvikles fra et monofaglig og flerfaglig, til et tverrfaglig og transfaglig arbeid.

Rapporten til Espen Dahl mfl fra 2014, «Sosiale ulikheter i helse: En norsk kunnskapsoppsummering», ble utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet, som et ledd i oppfølging av initiativene fra WHO og Kommisjon om sosiale helsedeterminanter. Espen Dahl mfl minner om at helsedeterminanter ikke må forstås som noe fastlagt, som bestemmer helsen ut fra en slags lovmessighet. Det er ikke slik ment. Det er snakk om statistisk sannsynlighet, der for eksempel en ufaglært arbeider har større sannsynlighet for sykefravær enn en høyere funksjonær. (Dahl 2014:41)

Den statistiske sannsynligheten er avhengig av størrelsen på gruppen som blir undersøkt. I kommunale saker er gruppen som blir berørt av en sak ofte så liten, at sannsynlighet beregnet ut fra nasjonale tall kan ha begrenset gyldighet. I hvilken grad for eksempel lav utdanning øker sannsynligheten for dårlig helse, vil være avhengig av en rekke andre lokale faktorer, som næringsstruktur, sysselsettingsgrad, boligstandard, inntektsforskjeller, kultur og sosial struktur på stedet. Nasjonal statistikk kan gi gode indikasjoner på hva som bør undersøkes nærmere i en kommunal HKU, men den gir som regel ikke tilstrekkelig kunnskap om sosiale helsedeterminanter.

## 5. WHO og utviklingen av HKU

### Om WHO

WHO har hatt en nøkkelfunksjon i utviklingen, formidlingen og innføringen av HKU i alle deler av verden.

WHO ble vedtatt opprettet i 1946 og trådte i kraft i 1948, som et organ under FN. I 2015 er 194 land medlemmer i WHO. Medlemslandene velger representanter til WHO's øverste organ, The World Health Assembly. WHO er organisert på det globale nivå med hovedkontor i Genève i Sveits, og i seks regioner, hvor WHO Europe er en av regionene, med hovedkontor i København i Danmark. WHO Europe omfatter Vest- og Øst-Europa, Tyrkia og Israel. WHO har en samlet stab på 8000 ansatte.

WHO's formål er å være et organ for å samordne og lede helsearbeidet i verden, gjennom å:

- Sette agendaen for forskning, sammenfatte, oversette og formidle verdifull kunnskap
- Fastsette normer og standarder, og fremme og overvåke innføringen av dem
- Formulere forslag til politikk, som er kunnskapsbasert og etisk forankret
- Gi teknisk bistand, bidra til endringer, og bygge institusjoner som er bærekraftige
- Overvåke helsesituasjonen, og vurdere trender i utviklingen av helsen i verden

(WHO 2015b)

I likhet med andre internasjonale organisasjoner med stater som medlemmer, som FN og OECD, har WHO ikke autoritet nok til å vedta direktiv som binder medlemslandene. I stedet for hierarkisk styring, fastsetter WHO normer, standarder og forslag til politikk, og arbeider ut fra partnerskap med medlemslandene. WHO's makt og myndighet er basert på at medlemslandene selv har et behov for et partnerskap med WHO, der WHO kan gi autorisert kunnskap og legitimitet til foreslåtte normer, standarder og politikk. Utvikling og innføring av HKU er et eksempel på dette. WHO samarbeider med over 700 forskningsinstitutt, universiteter og andre akademiske institusjoner i over 80 land. Av dem er det fem samarbeidssentre for utvikling og innføring av HKU.

WHO's autoritet er avhengig av at medlemslandene i rimelig grad tar i bruk WHO's forslag til normer, standarder og politikk. Når WHO legger stor vekt på å fremme en bestemt standard, er WHO avhengig av at de statlige myndighetene i medlemslandene fastsetter den som standard eller direktiv, at standarden faktisk blir tatt i bruk, og at bruken i rimelig grad oppfyller forventningene.

Hvis bruken viser at standarden ikke gir de forutsatte positive virkningene, svekkes autoriteten til WHO som har promotert standarden. Hvis standarden hverken blir anbefalt eller tatt i bruk av medlemslandene, svekkes WHO's posisjon som premissleverandør for statlig politikk.

Når WHO har fremmet en bestemt standard, som HKU, gir WHO teknisk bistand og bidrar til endringer, for å sikre at standarden blir tatt i bruk på en måte som kan gi de forutsatte positive virkningene. WHO har som formål å overvåke innføringen av standarder. Det er grunn til å tro at WHO i dette arbeidet i særlig grad vil løfte frem land som har tatt standarden i bruk og deres positive erfaringer med bruk av standarden, som et ledd i den videre promoteringen av standarden. Land som har begynt å ta i bruk en standard, kan også være tjent med evalueringer fra WHO som legger vekt på de positive erfaringene. Det kan gi legitimitet til og oppslutning om det videre arbeidet med å ta standarden i bruk. Her er det et interessefellesskap mellom WHO og medlemslandene. De kan bidra gjensidig til hverandres legitimitet og autoritet. Samtidig bidrar disse mekanismene til at erfaringene som WHO og medlemslandene formidler om utvikling og bruk av HKU, må leses kritisk.

Rammen nedenfor gjengir innledningen til WHO's forfatning fra 1948, med de grunnleggende prinsippene som forfatningen bygger på. Forfatningen slår først fast et utvidet helsebegrep, og understreker betydningen av kunnskap, en opplyst offentlighet, et samarbeid mellom individer, samfunnet og staten, og regjeringenes ansvar for å ivareta befolkningens helse gjennom helse- og sosialpolitiske virkemidler.

## CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION

THE STATES Parties to this Constitution declare, in conformity with the Charter of the United Nations, that the following principles are basic to the happiness, harmonious relations and security of all peoples:

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.

The health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest co-operation of individuals and States.

The achievement of any State in the promotion and protection of health is of value to all.

Unequal development in different countries in the promotion of health and control of disease, especially communicable disease, is a common danger.

Healthy development of the child is of basic importance; the ability to live harmoniously in a changing total environment is essential to such development.

The extension to all peoples of the benefits of medical, psychological and related knowledge is essential to the fullest attainment of health.

Informed opinion and active co-operation on the part of the public are of the utmost importance in the improvement of the health of the people.

Governments have a responsibility for the health of their peoples which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures.

ACCEPTING THESE PRINCIPLES, and for the purpose of co-operation among themselves and with others to promote and protect the health of all peoples, the Contracting Parties agree to the present Constitution and hereby establish the World Health Organization as a specialized agency within the terms of Article 57 of the Charter of the United Nations.

(WHO 1948)

### **HKU, helse i alle policyer og whole-of-government perspektivet**

Det går en rød tråd fra bestemmelsene i WHO's stiftelsesdokument fra 1948, gjennom WHO's prinsipp om «Health in all policies» (HiAP), til WHO's arbeid for å utvikle og innføre HKU. HKU er et verktøy i HiAP og whole-of-government perspektivet.

WHO's deklarasjon fra Alma-Ata i 1978 innfører prinsippet om helse i alle policyer. Den innleder med å slå fast at de eksisterende ulikhetene i helse mellom land og innenfor land er uakseptable, politisk sosialt og økonomisk, og at det er grunnleggende nødvendig med en ny internasjonal økonomisk orden som kan stimulere økonomisk og sosial utvikling. Deklarasjonen peker på

befolkningens rett og plikt, individuelt og kollektivt, til å delta i planlegging og gjennomføring av helsetjenestene, og fremhever primærhelsetjenestene som nøkkelen i utviklingsarbeidet. (WHO 1978)

WHOs Ottawa charter fra 1986 utdypet hvordan helse er betinget av en rekke ulike faktorer og ikke kan ivaretas av helsesektoren alene. Det peker på at helse kan ikke skilles fra andre politiske mål. En politikk for å fremme helsen vil kombinere ulike tiltak som lovbestemmelser, subsidier, skatter og organisasjonsendringer for å gjøre de sunne valgene de enkleste valgene. Charteret tar med et kjønnsperspektiv. Kvinner og menn må ha samme muligheten til å kontrollere faktorene som bestemmer helsen. Men kravet om en ny internasjonal økonomisk orden er ikke lenger med (WHO 1986).

WHOs Sundvall erklæring fra 1991 om miljø som fremmer helsen, Jakarta erklæring fra 1997, og Bangkok charter fra 2005 peker alle på nødvendigheten av å bryte tradisjonelle grenser og skape et likeverdig samarbeid mellom ulike offentlige sektorer på alle nivå, og mellom offentlig sektor, sivilsamfunnet og næringslivet (WHO 1991) (WHO 1997) (WHO 2005). Bangkok charteret registrerer at Ottawa charteret har blitt fulgt opp av en rekke nasjonale og globale resolusjoner, men at ikke alle har blitt fulgt av handling, og oppfordrer medlemslandene i WHO til nå å la handling følge ord. (WHO 2005)

WHOs Adelaide erklæring fra 2010 om helse i all politikk er den første av disse erklæringene som ikke bare omfatter et program for hva som skal gjøres, men som også har en evaluering av det som har blitt gjort, og slår fast at det har vært gjort betydelige fremskritt i arbeidet. Den beskriver Health in all policies i det britiske joined-up government perspektivet, med felles mål, integrerte tiltak og økt felles ansvar på tvers av sektorgrensene, kombinert med partnerskap med sivilsamfunnet og næringslivet. Erklæringen peker på at denne tilnærmingen har vært prøvd ut i en rekke land og nevner under hvilke forutsetninger den har fungert best, og hvilke verktøy som har vist seg nyttige i arbeidet. Blant disse verktøyene er konsekvensutredninger. Også denne erklæringen peker på at helse i alle policyer innebærer en ny rolle for helsesektoren. Det er ikke bare de andre sektorene som må støtte helsesektoren, men helsesektoren må også støtte andre sektorer i nå sine mål, for dermed å fremme helse og velferd. For å lykkes i dette arbeidet er det nødvendig for helsesektoren å forstå den politiske dagsordenen og kravene i det administrative regelverket i andre sektorer, og å skape felles arenaer for dialog og problemløsning. (WHO 2010).

WHO's Helsinkierklæring fra 2013 viderefører whole-of-government tilnærmingen i Adelaide erklæringen og behovet for å utvikle HKU som kan bygge tillit på tvers av offentlige sektorer, og mellom offentlig sektor og befolkningen (WHO 2013).

Strategi dokumentet til WHO Europe fra 2012, «Health 2020» gjør det realistiske helsebegrepet fra WHO's forfatning til det operasjonelle, legger prinsippet om helse i alle policyer til grunn, og benytter en whole-of-government tilnærminger med vekt på horisontal koordinering i et bredt samarbeid mellom sidestilte offentlige sektorer, og mellom offentlig sektor, sivilsamfunnet og næringslivet.

Erklæringene fra 1978 til 2013 og Health 2020 viser en utvikling i synet på helse i alle policyer, fra et flerfaglig arbeid med helsesektoren som den ledende, til et tverrfaglig og transfaglig arbeid mellom sidestilte offentlige sektorer og partnere i samfunns- og næringslivet. I de siste erklæringene er det også uttrykkelig pekt på HKU som et nyttig og nødvendig verktøy, i et flerfaglig og transfaglig arbeid, i et whole-of-government perspektiv.

WHO's hovedkvarter i Geneve er organisert i en sentralledelse, og i syv tematiske grupper, som igjen er inndelt i departementer med hvert sitt knippe hovedarbeidsoppgaver. Arbeidet med HKU ligger i The Department of Public Health, Environmental and Social Determinants of Health, også forkortet til The Department of Public Health and Environment. På hjemmesidene til departementet er arbeidsområdet HKU beskrevet som Environmental health impact assessment. Dette departementet er en del av gruppen Family, Women's and Children's Health, som arbeider med helsebehovene til utsatte befolkningsgrupper gjennom hele livsløpet (WHO 2015c). Organiseringen og navnebruken indikerer at WHO setter HKU inn i et overordnet miljøperspektiv og vektlegger behovene til utsatte grupper.

### **HKU som en videreføring av miljøkonsekvensutredninger**

WHO er en del av FN systemet, som sto sentralt i utviklingen av miljøkonsekvensutredninger (Environmental Impact Assessment (EIA)). HKU ble utviklet ut fra EIA, gjennom et samspill mellom WHO og andre organ i FN systemet. Innenfor EIA har til en viss grad helsekonsekvenser vært tatt med i vurderingen; noen ganger referert til som miljø og helse konsekvens utredning EHIA. I åpningsforedraget til den første HKU konferansen i Storbritannia i 1998, fremholdt møtelederen, sir Alex Scott-Samuel, at EIA var en av de to kildene til HKU, sammen med erkjennelsen av at praktisk talt all offentlig politikk får konsekvenser for befolkningens helse, slik det er beskrevet i avsnittet foran. (Health Education Authority, 1999:5)

Som nevnt i teorikapittelet, kom det første lovkravet om miljøkonsekvensutredninger i USA i 1969 med US National Environmental Policy Act. I Norge ble kravet om konsekvensutredninger for planer «... som kan ha vesentlige virkninger for miljø, naturressurser eller samfunn» lovfestet i den nye plan- og bygningsloven i 1985. Samme år vedtok EU et direktiv om innføring av miljøkonsekvensutredninger.

I 1972 arrangerte FN sin første miljøkonferanse. Tyve år senere, i Rio-konferansen om miljø- og utvikling, diskuterte FN retningslinjene fra Verdenskommisjonen for miljø og utvikling, som hadde vært ledet av Gro Harlem Brundtland. Brundtland-kommisjonen peker på at utviklingen må snus, og at både offentlige virksomheter, privat næringsliv, frivillige organisasjoner og husholdningene må forplikte seg aktivt i arbeidet med å skape en bærekraftig utvikling, som både løser de økologiske problemene og fattigdomsproblemene. Det må utvikles sosiale strukturer som gjør omleggingen til et bærekraftig næringsliv både til en ytre tvingende norm og til en indre forpliktelse. Partene i samfunnet må utvikle felles mål, tillit til hverandre og et partnerskap der de støtter og styrker hverandre. Behovet for horisontal og vertikal koordinering i en fragmentert verden står sentralt i rapporten.

Rio-konferansen i 1992 vedtok slutterklæringen Agenda 21, som har dannet et rammeverk for det videre miljøarbeidet lokalt, nasjonalt og globalt. I Agenda 21 dreier kapittel 6 seg om helsen til verdens befolkning. I Kapittel 6 anbefales det at en organisasjon som WHO koordinerer arbeidet med å beskytte og fremme helsen, og at alle land tar i bruk helsekonsekvens- og miljøkonsekvensutredninger.

Gjennom GCP fulgte WHO oppfordringen i kapittel 6 i Agenda 21 om å initiere bruk av HKU. GCP gjør *bærekraftig utvikling* til en av de grunnleggende verdiene i arbeidet med HKU, ved siden av demokrati, rettferdighet og etisk bruk av dokumentasjon, som også har en sentral posisjon i miljøarbeidet og EIA. GCP lar HKU bygge videre på det prinsipielle perspektivet i Agenda 21 om sammenhengen mellom økologiske, økonomiske og sosiale system og helse, som gjør en helhetlig tilnærming og et bredt partnerskap nødvendig i arbeidet med konsekvensutredninger. GCP lar HKU benytte prosedyrer som var utviklet i EIA, og har den samme prinsipielle argumentasjonen om at det er nødvendig å bruke ulike vitenskapelige disipliner og metoder for å få fullstendige utredninger av konsekvensene.

GCP trekker ikke et skarpt skille mellom HKU og andre former for konsekvensvurderinger, men peker tvert imot på at konsekvensene for helsen til en viss grad inngår i EIA og SIA, og peker på at det å skulle gjennomføre flere parallelle konsekvensvurderinger gir belastninger som kan

forebygges ved å samordne dem eller samarbeide om dem. GCP lar det være et åpent spørsmål for politikere om det skal utarbeides egne HKU eller om HKU skal kombineres med andre konsekvensutredninger (WHO EUROPE 1999). Denne diskusjonen foregår fortsatt, og er preget av at både HKU og andre former for konsekvensutredninger er i stadig utvikling (Fehr mfl. 2014).

FNs konferanse i 2012 om bærekraftig utvikling, Rio +20, markerte at det var 20 år siden Rio konferansen i 1992, og rettet oppmerksomheten mot utviklingen av en grønn økonomi. WHO deltok aktivt i forberedelsene, og utarbeidet en serie dokumenter om hvordan folkehelsen kan dra fordeler av en grønn økonomi.

Et argument for å gjennomføre egne HKU har vært at den praktiske gjennomføringen av EIA, ikke alltid har fulgt opp de prinsipielle retningslinjene. WHO har pekt på at miljøkonsekvens utredninger vanligvis er mer rettet mot kvantitative undersøkelser av fysiske, kjemiske og biologiske forhold enn helse. Miljø- og helsekonsekvens utredning (Environmental Health Impact Assessment (EHIA)) tar derimot med helse som ett element i vurderingen. Men også her er oppmerksomheten som regel rettet mot faktorer som kan måles, som eksponering for forurensing og kjemiske stoffer, og mindre mot kvalitativ informasjon om samfunnsforhold. (WHO 2015a)

I flere analyser er det pekt på at samarbeid mellom fagmiljøene for miljø og samfunnsutvikling på den ene siden, og fagmiljøene innen helsesektoren på den andre ikke har vært godt nok. Til tross for at det innenfor miljøkonsekvensutredninger var pekt på nødvendigheten av også å utrede konsekvensene for folkehelsen, var det innen dette området gjort lite for å involvere fagkunnskap innen helse, eller å ta hensyn til det brede spekteret av mulige helsekonsekvenser, basert på en bred definisjon av faktorer som påvirker helsen (WHO Europe 2005:6) (Kemm 2012: 94-95). Arbeidet har hatt de alminnelige koordineringsproblemene som Jacobsen beskriver, og vært mer preget av monofaglig arbeid og flerfaglig arbeid med ett dominerende fag, enn av tverrfaglig arbeid.

## **Samarbeid mellom WHO og andre internasjonale organisasjoner**

### **Behovet for samarbeid**

GCP peker på at HKU i 1999 var satt på dagsorden i enkelte europeiske land, både nasjonalt, regionalt og lokalt, og av internasjonale organisasjoner som Verdensbanken i tillegg til WHO. Den slår fast at også innen forskning var det en økt interesse for HKU, og peker på at EU har tatt viktige skritt i innføringen av HKU (WHO Europe 1999).

Når internasjonale organisasjoner som WHO, Verdensbanken og EU, samarbeider på denne måten og henviser til hverandre, spiller de hverandre gode og øker hverandres gjennomslagskraft i de politiske prosessene på det nasjonale nivået. Argumentene får større tyngde når både WHO, Verdensbanken og EU står bak dem. For en organisasjon som WHO, som kan anbefale standarder, men ikke vedta direktiv, er et slikt samarbeid avgjørende. WHO har arbeidet systematisk med andre internasjonale organisasjoner om utvikling og innføring av HKU, og om å styrke helseperspektivet i andre former for konsekvensutredninger. Vi har allerede nevnt arbeidet for å styrke helseperspektivet i EIA og EHIA.

Dette avsnittet retter oppmerksomheten mot WHO's internasjonale samarbeidspartner. WHO samarbeider både med Verdensbanken, OECD, EU og den internasjonale organisasjonen for konsekvensutredninger, International Association for Impact Assessment (IAIA).

### **International Association for Impact Assessment IAIA**

IAIA er den internasjonale organisasjonen for konsekvens utredning, med et globalt nettverk for utvikling av beste praksis innen konsekvensutredninger for beslutningstaking om policyer, planer, programmer og prosjekter. IAIA ble etablert i 1980 for å samle forskere, praktikere og brukere av konsekvensutredninger fra alle deler av verden, og har i dag vel 1 600 medlemmer fra 120 land.

IAIA har utgitt publikasjoner om konsekvensutredninger i alminnelighet, og om EIA, SIA, SEA og HIA. IAIA samarbeider med WHO. WHO har en lenke til IAIA på sin hjemmeside om HIA. Sammen har de utgitt publikasjoner som rapporten «Health in Impact Assessments. Opportunities not to be missed» (Fehr mfl. 2014) og arrangerte en konferanse i 2010 om HKU i utvikling av urbane strøk.

### **Verdensbanken og andre FN organ**

Verdensbanken er som WHO en del av FN systemet, og har som overordnet mål å arbeide for å fjerne den ekstreme fattigdommen i verden. Organisasjonens mål er at innen 2030 skal andelen av verdens befolkning som har en inntekt på under \$ 1,25 per dag, ikke være over 3 %.

Verdensbanken skal også fremme en fordeling av velstandsøkningen, ved å drive frem inntektsvekst for de 40 % med lavest inntekt i hvert enkelt land. Verdensbanken gjennomført analyser av helsetilstanden i en rekke land.

Verdensbanken har selv bistått land med utarbeiding av HKU, som i «Health impact assessment and public health action plan for Trung Son Hydropower Project» i Vietnam i 2010. Det var et stort vannkraftprosjekt, som omfattet bygging av en dam og flytting av 6000 innbyggere (Ha, Ly Ngoc & Surinder Kaul 2010).

International Finance Corporation, som inngår i World Bank Group, utga i 2009 en introduksjon til HIA. I dette veiledningsheftet omfatter HIA også metoder og verktøy for risikovurdering. Det drøfter også når det er tilstrekkelig med raske, skjønnsbaserte vurderinger og når det er påkrevd med dypere analyser (IFC 2009). I 2012 utga IFC en standard for SIA, som omfattet folkehelse og sikkerhet (Broeder & Vanclay 2014:78).

I regi av United Nations Economic Commission for Europe, underskrev 23 land i Europa i 2003 en protokoll, der de forpliktet seg til å ta i bruk SEA i sine land, i en form som tar hensyn til alle sider ved helsen (WHO Europe2010b:II).

### **OECD**

OECD, organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling, har fra 1995 engasjert seg i utviklingen av konsekvensutredninger av offentlige beslutninger og reguleringer. Organisasjonen har lagt vekt på å utvikle metoder for systematiske kost-nytte analyser av forslag til offentlige beslutninger og reguleringer.

I 2006 ga OECD ut dokumentet “Determinants of Quality in Regulatory Impact Analysis”. I 2007 ga OECD ut en praktisk veiledning for fattigdoms konsekvensutredninger, med administrasjon og beslutningstakere som målgruppe. OECD har også gitt ut en rekke andre publikasjoner knyttet til temaet økonomisk vekst for den fattigste delen av befolkningen - pro-poor growth - som gir supplerende kunnskap som kan være nyttig i HKU.

### **EU**

EU har en sterkere statsrettslig stilling enn organisasjoner som WHO, selv om EU ikke har myndighet som en føderal statsmakt. EU når sine mål gjennom vedtak der noen er bindende, andre ikke, noen angår alle EU-land, andre bare noen. EU fatter vedtak gjennom:

- Forordninger, som er bindende, og som skal følges fullt ut i hele EU
- Direktiver, som fastsetter mål som EU-landene skal nå, men der det enkelte land vedtar hvordan det skal gjøres
- Avgjørelser, som er bindende for dem de er rettet mot
- Henstillinger og uttalelser, som ikke er bindende

I 1985 vedtok EU et direktiv om innføring av EIA i alle medlemsland (Directive 85/337/EEC), der det var krav om utredning av en EIA i alle prosjekt som hadde vesentlig virkning på miljøet.

Direktivet har blitt evaluert og revidert flere ganger, sist i 2011 (Directive 2011/92/EU), i og 2014 (Directive 2014/52/EU), som medlemslandene skal innføre innen mai 2017.

I 1999 fremholdt GCP at EU hadde tatt viktige skritt i arbeidet med å sette HKU på dagsordenen. GCP gjengir dette sitatet fra vedtaket i artikkel 152 i Amsterdam traktaten: "A high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all Community policies and activities", og refererer rådets resolusjon fra juni 1999 om etablering av prosedyrer for å overvåke hvilke konsekvenser som samfunnets policy får for helse og helseomsorg (WHO Europe 1999).

I 2001 vedtok EU et direktiv om innføring av SEA i alle medlemsland (Directive 2001/42/EC). Bestemmelsen trådte i kraft i juli 2004. EU har vedtatt at i alle nye saksfremlegg skal det utarbeides konsekvensutredninger for å fange opp sosiale, økonomiske og miljømessige konsekvenser.

EU har ikke vedtatt noe eget direktiv om HKU, men har utviklet veiledning og verktøy for å ivareta HKU innen de vedtatte formene for konsekvensutredning. Fra 2001 til 2004 finansierte EU kommisjonen et forsknings- og utviklingsprosjekt for å sammenfatte en allmenngyldig metode for HKU, til bruk i utvikling av policyer i EU. Arbeidet resulterte i en veiledning i bruk av HKU (Abrahams mfl 2004), der den generelle teorien ble presisert og illustrert gjennom praktiske eksempler.

Veilederen skiller mellom skrivebords HKU som krever en arbeidsinnsats på mellom 2 og 6 ukeverk, en rask HKU som krever om lag 12 ukeverk, og en dyp HKU som krever om lag 6 månedsverk. Veiledningen retter oppmerksomheten mot sosio-økonomisk ulikhet i helse, og utsatte grupper. Den benytter en Driver-Pressure-State-Impact-Response-modell (DPSIR-modell) for å analysere årsaksforhold. Bestemte drivere skaper et press på den gitte situasjonen, og utsetter den for forhold som får konsekvenser for helsen, og gir en reaksjon. Modellen kan anvendes innen et kritisk realistisk perspektiv som retter oppmerksomheten mot hvordan samspillet mellom kontekst og mekanismer gir et resultat.

I 2007 utviklet en arbeidsgruppe av medlemsstater i EU et verktøy for konsekvensutredninger av helse systemer, som sykehus, institusjoner for primærhelsetjeneste og klinikker, med deres staber, utstyr, infrastruktur, og kommunikasjon(Health Systems Impact Assessmeng (HSIA)).

I 2009 vedtok EU en veileder for konsekvensutredning av sosiale konsekvenser, innen EU kommisjonens system for konsekvensutredninger. Veilederen har detaljerte råd om hvordan helse konsekvenser av EUs politikk skal utredes. Den referer til WHO Europas rapport «Closing the gap in a generation», viser til hvordan sosio-økonomiske faktorer har stor betydning for variasjoner i

helse, og understreker EU landenes forpliktelse til å redusere sosiale ulikheter i helse (European Commission 2009).

EU har gjennomført en rekke mer avgrensede prosjekter knyttet til sosiale helsedeterminanter og ulikhet i helse og i tillegg utgitt statistikk og rapporter på området, som følger opp WHO Europes rapport «Closing the gap in a generation» og dels benytter seg av den samme ekspertisen. Disse publikasjonene gir et kunnskapsgrunnlag for arbeidet med HKU både regionalt og nasjonalt. I 2010 etablerte WHO Europe og EU kommisjonen et formelt partnerskap i arbeidet med helse innen området til WHO Europe, der ulikhet i helse var ett av seks samarbeidsområder (Marmot 2013:140). I 2013 utga EU kommisjonen en rapport om ulikhet i helse i EU-EØS området, utarbeidet gjennom et samarbeid mellom flere institusjoner under ledelse av sir Michael Marmot. (Marmot 2013)

### **HKU og sosiale helsedeterminanter**

WHO's policy om sosiale helsedeterminanter har vært i sterk utvikling fra WHO Europe i 2003 utga den andre utgaven av “Social determinants of health. The Solid facts” utarbeidet av Richard Wilkinson og Michael Marmots, i samarbeid med en rekke forskere (Wilkinson & Marmot 2003).

Den viktigste milepælen i denne utviklingen er publikasjonen “Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health” som WHO Europes kommisjon om sosiale helsedeterminanter la frem i 2008. I kapitlet om HKU er det gitt en kort presentasjon av den. Hovedkonklusjonen i rapporten er at urettferdighet i helse blir forårsaket av levekårene der folk er født, vokser opp, lever, arbeider og blir gamle, og den urettferdige fordelingen av makt, penger og ressurser som er opphavet til disse levekårene. Den sier at sosial urett dreper folk i stor skala. Rapporten begrunner at politikken for å redusere helseforskjeller, ikke må begrense seg til observerbare faktorer som skaper helseforskjeller, den må også være rettet inn mot de bakenforliggende strukturene, mekanismene og kreftene, som systematisk skaper en urettferdig fordeling av disse faktorene.

Vektleggingen av sosiale helsedeterminanter, har forsterket erkjennelsen av at andre sektorer enn helsesektoren spiller en avgjørende rolle i utviklingen av befolkningens helse, og kompleksiteten i årsaksforholdene som får konsekvenser for helsen. Det å utvikle kunnskap om hvordan ulike determinanter samspillet og påvirker helsen, og det i praksis å skape større rettferdighet i helse, krever et tverrfaglig og transfaglig samarbeid.

WHO Europe har utviklet erkjennelsene i “Closing the gap in a generation” videre i årene etter 2008 gjennom å stimulere en løpende debatt om temaet. I 2010 utga WHO Europe O. Solar og A. Irwings “A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health” i serien “Discussion Paper on Determinants of Health”. Dokumentet går nærmere inn på teoriene om modellene som ligger bak perspektivet om sosiale helsedeterminanter (Solar & Irwing 2010).

I 2012 ble perspektivet satt inn i den overordnede rammen for WHO Europes langsiktige strategi, gjennom strategidokumentet «Health 2020». Samme år kom rapporten “Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government”, redigert av Mike Grady and Peter Goldblatt. Etter en introduksjon av rapporten fra 2008, gir den et overblikk over hvilken politikk og praksis lokale myndigheter i Europa hadde for sosiale helsedeterminanter, og en vurdering av hva dette vil innebære for WHO Europe og nettverket Sunne byer. Rapporten legger hovedvekten på erfaringene fra England, med kortere presentasjoner av Danmark, Latvia, Nederland og Sverige. (Grady & Goldblatt 2012).

I 2013 utga WHO Europe Ilona Kickbuschs og Thorsten Behrendts bok “Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21<sup>st</sup> century. Making it happen”, med en understreking av den nye forståelsen av helse med det brede spekteret av helsedeterminanter. Boken argumenterer for en livsløps tilnærming til helsearbeidet, satt inn i et whole-of-government og whole-of-society perspektiv, med vekt på involvering av aktører i samfunnet. Men forfatteren minner også om behovet for en kritisk drøfting i den enkelte sak av hvor omfattende integreringen på tvers av fag og sektorer bør være. Hvor virkningsfullt slik integrering er, viser seg å variere fra land til land ut fra historiske erfaringer med reformarbeid og politisk vilje. (Kickbursh & Behrendt 2013)

I 2014 publiserte WHO Europe resultatet av et bredt forskningsarbeid, gjennomført av mer enn 100 forskere, organisert i 13 grupper, ledet av sir Michael Marmot. Arbeidet bygde videre på det kommisjonen om sosiale helsedeterminanter hadde levert, sammenfattet informasjon om de sentrale områdene i alle de 53 landene i WHO Europe, og la frem dokumentasjon for at urettferdighet i helse består og til dels øker, selv i de mest velstående landene, som de nordiske. Den ga anbefalinger for hva som kan og bør gjøres, tilpasset de store forskjellene mellom landene. Anbefalingene omfatter en kombinasjon av tiltak rettet direkte mot å endre folks vaner knyttet til røyking, usunn mat og alkohol, universelle helsetiltak, og tiltak som retter seg mot de bakenforliggende årsakene til folks levekår. Den fremholder nødvendigheten av å skape

rettferdighet mellom generasjoner i en whole-of-government og whole-of-society tilnærming. (Marmot 2014)

Sosialt betinget ulikhet i helse fremstår som et kritisk problem som krever økt oppmerksomhet, både fordi ulikhetene øker, og fordi tradisjonelle folkehelseiltak alene ikke har hatt den ønskede virkningen.

### **Integrering av ulike perspektiv i én konsekvensutredning, eller HKU som en av flere parallelle?**

Spørsmålet om HKU skal etableres som en av flere parallelle former konsekvensutredninger, eller om HKU skal være et perspektiv i en integrert konsekvensutredning, sammen med for eksempel perspektivene i SIA, EIA og SEA har vært diskutert siden spørsmålet ble reist i GCP, og har ikke mindre aktualitet i dag. John Kemm beskriver dette dilemmaet slik:

The chief objection is that those who are not focused on health cannot be trusted to cover health issues adequately. It has to be admitted that much experience with EIA and SEA suggests that these fears are not without foundation. ... Those who argue against integrated impact assessment usually imply that a separate HIA is an alternative to an integrated assessment. However, in many busy organizations the reality is the choice between inclusion of health in an integrated impact assessment or no consideration of health at all (Kemm 2012: 94-95).

WHO må velge strategier som gir gjennomslagskraft hos samarbeidspartene regionalt og nasjonalt. EU er en viktig samarbeidspart for WHO Europe. EU behandler HKU som ett perspektiv innen konsekvensutredninger, og har ikke vedtatt noe eget direktiv om HKU.

Whole-of-government perspektivet og fokuset på sosiale helsedeterminanter har gitt ny aktualitet til spørsmålet. Arbeidet med å redusere urettferdighet i helse krever en overordnet politisk styring, og koordinering på tvers av sektorer på alle nivå i offentlig forvaltning. Den krever en tilnærming som HKU deler med SIA og SEA, og der SEA kan gi helsesektoren innpass i strategiske beslutningsprosesser med stor betydning for utviklingen av rettferdighet i helse.

Begge disse forholdene tilsier at både folkehelsearbeidet i Europa, og WHO Europe, kan ha nytte av å legge vekt på at helseperspektivet skal bli ivaretatt gjennom en integrering av de beslektede formene for konsekvensvurderinger, og gjerne i SEA, hvor fagkunnskap i folkehelse kan slippe til tidlig i de strategiske prosessene. WHO Europas ministerkonferanser for miljø og helse i 2004 og 2010 fremholdt betydningen av å integrere helse i SEA (Fehr mfl. 2014:112).

Spørsmålet om integrerte eller separate konsekvensutredninger har vært drøftet i det løpende arbeidet om HKU mellom WHO Europas organ European Centre for Environment and Health, IAIA, og European Public Health Association (EUPHA). EUPHA er en interesseorganisasjon for helsesektoren, dannet av europeiske land. I samarbeid utga disse tre organisasjonene en felles bok om temaet i 2014 (Fehr mfl. 2014). Boken er et innlegg i den løpende debatten, med bidrag fra flere forfattere, som står for forfatterens egen regning.

Forfatterne spør blant annet om hvordan de ulike formene for konsekvensvurderinger kan bidra til å fremme og beskytte folkehelsen, og vurderer EIA, SEA, SA og SIA. Selv om de ulike formene har som formål å ivareta helsen, fremholdes det at kritikken fra nestorer innen HKU, som J. Letho, A. Risatakis og J. Kemm, om at i praksis har helseperspektivet ikke blitt ivaretatt på en tilfredsstillende måte, fortsatt har gyldighet. Men de peker på at i løpet av de senere årene har helseperspektivet blitt styrket i de andre formene, og åpnet nye muligheter for helsesektoren til innflytelse i overordnet planlegging.

I sammendraget peker de på at det store antallet av nye former for konsekvensutredninger, med en rekke ulike mål, fremgangsmåter og begrepsbruk, kan føre til forvirring og utmattelse hos myndighetene. Helsesektoren kan bli oppfattet som å bidra til denne fragmenteringen, gjennom sin utforming og promotering av HKU. Med det store antallet konsekvensutredninger med et samfunnsperspektiv som allerede finnes, er det en risiko som forfatterne mener må tas alvorlig.

Suksessen til konsekvensutredninger, er avhengig av et omfattende samvirke så vel som bred samfunnsforståelse og aksept av rasjonale i konsekvensutredninger. De anbefaler at helsesektoren, planleggingssektoren og institusjonene for konsekvensutredninger, sammen utvikler forskningsprogram, metoder og program for å bygge kapasitet i konsekvensutredning.

De skriver at hvis målene som fremmes gjennom egne HKU med hell kan integreres i andre former for konsekvensutredninger, da vil det være veien å gå, men de minner om at det både er argumenter for og mot integrering, og anbefaler at det i tiden som kommer arbeides i tre parallelle spor:

- Forbedre helsevurderingene i andre former for konsekvensutredninger enn HKU
- Videreutvikle egne HKU
- Utvikle integrerte former for konsekvensutredninger, som de antyder at kan spille en vesentlig større rolle, og kanskje bli den eneste formen

(Fehn mfl 2014)

## **6. Bruk av HKU - erfaringer fra enkelte land**

I en kunnskapsoppsummering om HKU fra 2014, peker Monica O'Mullane and Gabriel Guliš på at selv om HKU har opparbeidet høy anerkjennelse, i hvert fall innen forskning, og er etablert i alle verdensdeler, er den systematiske kunnskapen om faktisk bruk av HKU, hvordan den virker i praksis, og hvilke metoder som fungerer best, fortsatt begrenset.

Forfatterne peker på at frem til 2014 har HKU i praksis ofte rettet oppmerksomheten mot miljødeterminantene. Forfatterne fremholder to til grunner til det: HKU har vokst frem av EIA, den har satt sitt preg på tilnærminger og metoder i HKU. I tillegg er det en rikholdig informasjon og kunnskap om miljøfaktorer som luft, vann, søppel, kjemikalier, støy, og vibrasjon mv., og deres årsakforbindelser med helse (O'Mullane & Gabriel Guliš 2014:89-101).

### **Bruk av HKU**

#### **Bruk av HKU innen EU området i perioden 1994-2005**

I 2007 utga WHO Europe rapporten "The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe", redigert av Matthias Wismar, Julia Blau, Kelly Ernst og Josep Figueras. Rapporten var finansiert av EU og utarbeidet av European Observatory on Health Systems and Policies, som er et partnerskap mellom regjeringer i Europa, WHO, EU, Verdensbanken og London School of Economics and Political Science.

Undersøkelsen omfattet 19 land i Europa, med delstatene England, Wales og Nord-Irland i Storbritannia, det vil si 21 nasjonale enheter i alt. Den ble organisert med ett forskerteam i hver nasjonale enhet. Formålet var å kartlegge omfanget av bruken av HKU, evaluere hvor virkningsfullt bruken av HKU var, og identifisere hvilke faktorer som bidro til en vellykket implementering av HKU. Undersøkelsen omfattet også hvilke rolle helse spilte i andre konsekvensutredninger, som EIA og SIA.

Undersøkelsen identifiserte 470 dokumenterte HKUer i perioden fra 1994 til 2005, og var den mest omfattende som var gjennomført i Europa til da. Rapporten peker på at antallet antagelig var vesentlig høyere, siden bare 9 av deltakerlandene hadde tilgjengelige oversikter over gjennomførte HKU. En tilsvarende undersøkelse i 22 europeiske land i 2001 rapporterte om 43 HKU som enten var fullført eller under arbeid (Blau mfl. 2007:38-39).

Av disse HKUene hadde prosjektet tilgang til rapportene for 158, som ble inkludert i en database for analyse. De fleste eksemplene kom fra Storbritannia, Finland og Nederland. I Storbritannia og Nederland var omfanget så stort at det ble foretatt et utvalg. Bare noen få HKU fra Sverige ble

inkludert i databasen, siden de svenske myndighetene avgrenset HKU til undersøkelser som samtidig er orientert mot rettferdig fordeling, basert på deltakende metoder, og ikke er en del av en EIA.

Til tross for at omfanget av HKU antagelig var større enn de registrerte 470 utredningene, konkluderte rapporten med at bortsett fra Storbritannia, Finland, Nederland og Sverige, var HKU fortsatt i sin spede begynnelse i Europa i 2007. HKU var gjenstand for akademisk forskning og vitenskapelige pilotprosjekt for å undersøke hvor brukbart konseptet var, og om det var mulig å innføre det i den bestemte nasjonale konteksten. (Wismar mfl 2007:28) (Blau mfl 2007:40)

Tabellen nedenfor viser fordelingen av de 158 HKUene på landene i perioden.

**Tabell 5.1** (Blau mfl. 2007:40):

**Table 3.1** HIAs as reported in the fact sheets<sup>a</sup>

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 <sup>b</sup>	On- going	Yr n/a	Total
Austria						2							3		5
Belgium								1			1	1			3
Denmark									1	1					2
England					1		3	7	5	4	4	1		3	28
Finland		1		2	2	2	5	3	3	11	5				34
Germany		1		2						1	2	1			7
Hungary															0
Ireland											3				3
Italy										2	2				4
Lithuania											1				1
Malta												1			1
Netherlands			2	4	3	6	1	1	1						18
N. Ireland									2		3				5
Poland						1									1
Portugal															0
Slovakia									1						1
Slovenia	2			1	1					1	1				6
Spain								1		5		1			7
Sweden										1	4				5
Switzerland												1		2	3
Wales				1		2	5	4	3	3	6				24
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>158</b>

<sup>a</sup> Only HIAs reported in the fact sheets corresponding to the study were recorded in the table.

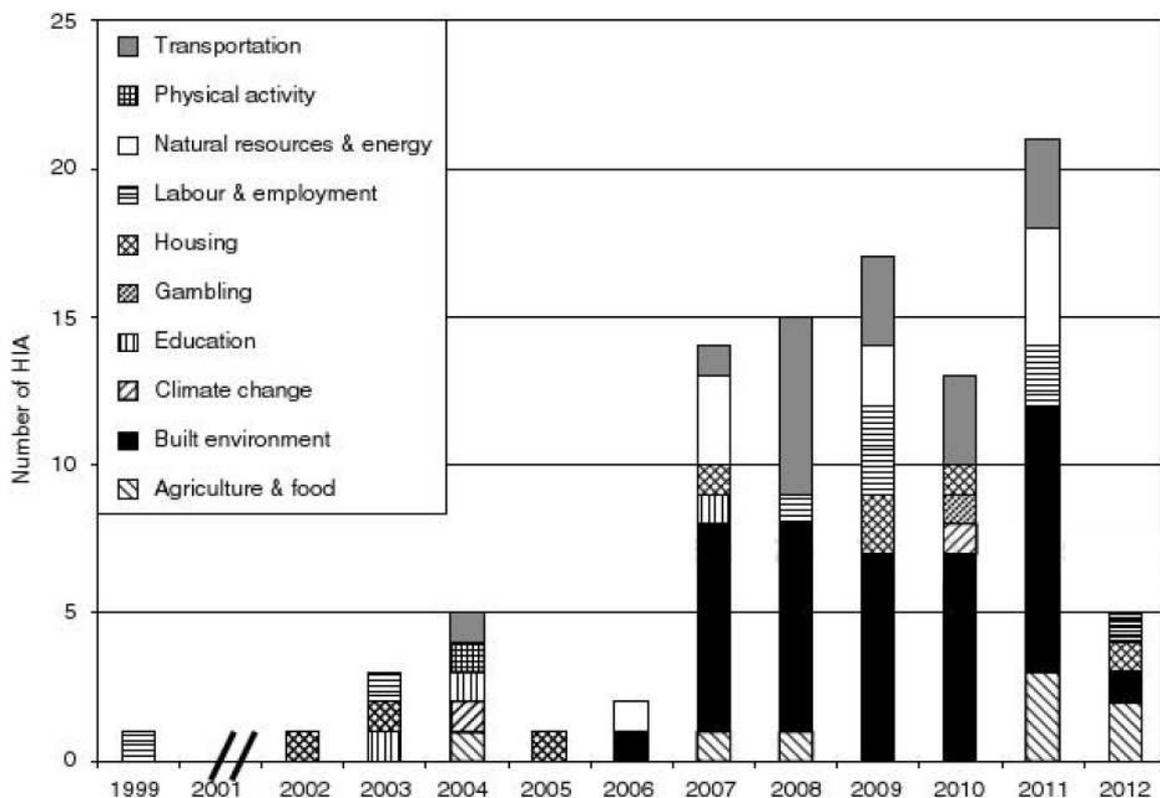
<sup>b</sup> The mapping exercise was completed in 2005. All HIAs completed by this time were included in 2005 and those still in progress were included under "ongoing".

### Bruk av HKU i USA frem til 2012

Andrew Dannenberg og Aaron Wernhams oversikt fra 2012 over HKU i USA, gir et liknende bilde som i Europa. Omfanget av egne HKU er begrenset. Det først registrerte eksempelet er fra 1999. Antall gjennomførte HKU per år økte jevnt til 21 i hele USA i 2011. I mai 2012 var det til sammen registrert 103 gjennomførte HKU og 89 som fortsatt var i arbeidet. Fordelingen av HKU på år og temaer er illustrert i figuren nedenfor. Det lave antallet for 2012 har sammenheng med at undersøkelsen ble avsluttet i mai 2012.

Antallet HKU per år var økende, men ubetydelig i forhold til antall EIA. Den føderale regjeringen i USA ledet alene gjennomføringen av over 500 EIA hvert år, og flere tusen mer kortfattede miljøkonsekvensutredninger. Flere delstater hadde vedtatt liknende krav om EIA på delstatsnivå, og EIA var også brukt på det lokale nivået. Som i andre land, hadde det i praksis vært et begrenset helseperspektiv som ble brukt i EIA, men også her registrerte forfatterne at det i løpet av de siste årene var utført mer systematiske vurderinger av helse i EIA prosessene, der også helsefaglig ekspertise bidro i utredningene, eller gjennom vedlegg til utredningen.

**Tabell 5.2** (Dannenberg & Wernham 2012: 212)



**Fig. 23.1** HIAs in the USA completed by year and by sector, January 1999–June 2012 (excludes HIAs with unknown completion date).

Data from Health Impact Project map database at [www.healthimpactproject.org](http://www.healthimpactproject.org).

Omfanget av bruk av HKU i USA er så begrenset at USA er ikke tatt med i den videre analysen i denne rapporten.

### **Institusjonalisering av HKU i utvalgte land frem til 2013**

WHO har en egen serie publikasjoner med temaer knyttet til sosiale helsedeterminanter, The Discussion Paper Series on Social Determinants of Health. Serien er et forum for å dele kunnskap om hvordan man kan gi seg kast med sosiale helsedeterminanter for å skape mer rettferdighet i helse. I denne serien har Jennifer H. Lee fra USA, Nathalie Röbbel fra Frankrike and Carlos Dora WHO's kontor i Geneve gitt ut en analyse av institusjonaliseringen av HKU i utvalgte land i verden. Analysen ble utgitt av WHO i 2013.

De peker på at det er forsket lite på den systematiske bruken av HKU, og prosessene som støtter eller hindrer institusjonaliseringen av bruken av HKU. De peker på at en rekke land har innført lovreguleringer og prosedyrer for å vurdere helsekonsekvensene av policyer, programmer og prosjekter. Men forskjellene i den politiske, sosioøkonomiske og administrative konteksten, har gitt grunnleggende forskjeller i bruken og institusjonaliseringen av HKU. Undersøkelsen omfattet EU kommisjonen og landene Australia (South Australia), Canada (Quebec), Finland, Litauen, Nederland, Slovakia, Sveits, Thailand og USA. (Lee mfl. 2013).

### **Virkningene av HKU på de politiske beslutningene**

HKU er ikke bare et verktøy, men kan også være et symbol på at både administrasjonen og politiske organ, behandler spørsmål om befolkningens velferd, velvære og helse, på en seriøs og rasjonell måte. Denne symboleffekten er vanligvis positivt ladet og ønsket både av administrasjonen og politikere. At en HKU har hatt direkte innvirkning på en politisk beslutning, kan være positivt både for administrasjonen og det politiske organet som fattet beslutningen.

John Kemm skriver at når en skal analysere hva som kan ha vært årsaken til at en beslutning har blitt endret, må en være forsiktig med å tilskrive en HKU denne virkningen, også i de tilfellene hvor beslutningstakerne selv slår fast at de ble påvirket av HKUen. Likevel fremholder han at det er økende dokumentasjon for at HKU i noen situasjoner har gitt mer helsefremmende beslutninger (Kemm 2008: 787).

Rapporten "The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe" fra 2007 som det er referert til ovenfor, omfattet en nærmere undersøkelse av hvilken virkning bruk av HKU har hatt. Denne delen av undersøkelsen er begrenset til 17 case-undersøkelser. De omfattet saker innen transport, byplanlegging, landbruk,

avfallsdeponi, industri, infrastruktur og ernæring. Undersøkelsen var altså avgrenset til fysiske, kjemiske og biologiske determinanter. Rapporten understreker at den ikke gir et representativt bilde, både fordi antall saker er begrenset, og fordi de nasjonale forskerteamene hadde i oppdrag å velge ut saker som det var antatt at hadde et visst potensiale for å ha virkning på beslutningene. Likevel kan tilnærmingen i undersøkelsen og funnene være av interesse.

Undersøkelsen har bevisst blitt avgrenset til hvilke virkninger HKUene hadde på de politiske beslutningene. Spørsmålet om virkning på folkehelsen ble med hensikt ikke vurdert. Det var ikke bare begrunnet med metodeproblemene knyttet til slike analyser. Forfatterne peker på at HKU er et verktøy som gir et beslutningsgrunnlag for politiske beslutninger, og skal ikke erstatte politiske beslutninger.

Rapporten skiller mellom fire former for virkning

- **direkte virkning**, der HKUen bidro til å endre beslutningen.
- **generell virkning**, der beslutningstakerne tok utredningen i betraktning på en tilfredsstillende måte, men der den ikke bidro til å endre beslutningen
- **opportunistisk virkning**, der HKUen tilsynelatende hadde en virkning på beslutningen, men der den var politisk initiert for å støtte et foretrukket alternativ.
- **Ingen virkning**, der det ikke forelå noen av de andre tre virkningene, fordi HKUen enten ble oversett eller avvist.

Ut fra hvordan casene ble valgt ut, er det ikke overraskende at de fleste hadde både direkte og generelle virkninger, og at den ikke omfatter noen med opportunistisk eller ingen virkning. Ett av nøkkelresultatene var at i hvor stor grad utredningene påvirket beslutningene, varierte mye. Samtidig var noen av prosjektene så komplekse at de omfattet en rekke avgrensede beslutninger, hvor HKUen kunne ha varierende virkninger. De generelle virkningene besto blant annet i at involverte aktører hadde fått en større forståelse for forbindelsen mellom de generelle helsedeterminantene, konkrete målinger og befolkningens helse. Rapporten sier at det var vanskelig å dokumentere eksempler på opportunistisk virkning i materialet, men peker på at det ikke betyr at de ikke eksisterer.

Rapporten skiller mellom virkning i tre dimensjoner

- **Helse virkning**
- **Rettferdighets virkning**, der utsatte gruppers interesser blir ivaretatt

- **Samfunnsvirkning**, med økt deltaking, myndiggjøring av befolkningen, bedre koordinering i administrasjonen horisontalt og vertikalt, kompetanseutvikling i administrasjonen

Rapporten vurderte om HKU fungerte universelt, på tvers av landegrensene og forvaltningsnivåer, og finner at den gjorde det. Men den understreker samtidig at for å utnytte potensialet i HKU, var konteksten den blir brukt i relevant i høyeste grad. Den peker på at ulike sektorer har ulike hovedformål. Det kan være målkonflikter mellom sektorer og ulike samfunnsgrupper, som vanskeliggjør utredninger av en HKU. På den andre siden kan en HKU få frem disse motsetningene, og være en arena for utarbeiding av kompromisser og gi beslutninger som skaper sammenheng på tvers av sektorgrensene, og som ivaretar interessene til utsatte grupper.

Analysen av hvilke faktorer som bidrar til at HKU blir virkningsfulle, er vurdert i hver av de tre dimensjonene for virkning. En HKU kan ha stor virkning i én dimensjon, men begrenset virkning i en annen. En av faktorene som viste seg å ha virkning i noen case., var presset fra samfunnet i den aktuelle saken, og administrasjonens kapasitet til å håndtere dette presset. Valg av rett tidspunkt i forhold til de politiske prosessene var en annen faktor. Involvering i prosessen av kunnskapsorganisasjoner som kan støtte utredningsarbeidet var en tredje faktor. Den fjerde var folkehelsekulturen i landet. Det varierte i hvilken grad helseperspektivet var en del av planprosessene i andre sektorer enn helsesektoren. Land som Sverige, Finland og Nederland hadde en bred definisjon av helse basert på helsedeterminanter, som la et grunnlag for samarbeid mellom sektorene. (Wismar mfl. 2007:28) (Blau mfl. 2007:40)

### **Bruk av HKU i WHO's nettverk Sunne byer**

Utpøving av HKU i WHO's nettverk Sunne byer har også gitt noe kunnskap om faktorer som kan bidra til at administrasjonen blir i stand til å utarbeide HKU som får virkning i de politiske beslutningsprosessene.

I perioden 2003-2008 ble HKU introdusert som ett av fire hovedtema i WHO Europas nettverk Sunne byer. I 2006 besto nettverket av 67 fullverdige medlemmer, 19 søkere og et assosiert medlem, til sammen 87 byer, spredd over hele Vest- og Øst-Europa, Tyrkia og Israel. (Ison 2010)

Etter utpøvingen av HKU i Sunne byer i perioden 2003-2008, skrev Erica Ison en evaluering av prosjektet, som ble publisert i Journal of Urban Health i oktober 2013. Her skriver hun at den viktigste tilretteleggingen for prosjektet var politisk støtte, trening i å bruke HKU, samarbeid med akademiske institusjoner, offentlige og andre helseinstitusjoner, en etablert kultur for

tverrsektorielt arbeid, en støttende nasjonal sammenheng for policyen, tilgang til materiale fra WHO eller ekspertise i HKU og medlemskap i nettverk som Sunne byer. Flertallet av respondentene på undersøkelsen svarte at de ikke hadde hatt ressursene, kunnskapen og erfaringen for å kunne nå alle målene for HKU i denne perioden. De som lyktes best, var de som hadde erfaring fra før, kom fra land som hadde anvendt HKU, var medlemmer i undergrupper eller hadde forpliktet seg tidligere på å ta i bruk HKU. Ison konkluderer med at erfaringene fra prosjektet understreker behovet for politisk satsing, kapasitetsbygging og adekvate ressurser for at introduksjon og innføring av HKU skal bli vellykket. (Ison 2013)

Rammefaktorene som Ison beskriver kan alle bidra til å øke administrasjonens mulighet til å utrede relevante HKU for de politiske beslutningsprosessene. Men de var ikke tilstrekkelige for flertallet respondentene som hadde deltatt i utprøvingen i Sunne byer. Erfaringene fra Sunne byer indikerer at det kan ta tid å bygge opp den nødvendige kulturen og kapasiteten for HKU. Det krever en kombinert innsats på flere områder over tid, både politisk vilje til å utvikle og bruke HKU, utvikling og formidling av kunnskap om årsakssammenhenger, utvikling av en kultur for samarbeid, og opplæring og trening i utarbeiding av HKU. Disse faktorene kan stå i en vekselvirkning med hverandre, hvor de gjensidig både kan forsterke og svekke hverandre.

### **Virkningene av HKU på folkehelsen**

Det forrige avsnittet handlet om sammenhengen mellom HKU og politiske vedtak, hvor avstanden i tid og rom mellom presentasjon av HKU og politisk vedtak er forholdsvis kort, årsaksforholdene er forholdsvis direkte og lar seg undersøke med rimelig grad av sikkerhet. Dette avsnittet gjelder årsaksforholdet mellom vedtaket i en bestemt kommunalpolitisk sak og folkehelsen. Her er situasjonen mer kompleks.

Det er vanskelig å vurdere hvilke virkninger én HKU har på folkehelsen, og det er enda vanskeligere å sammenfatte kunnskap som dokumenterer i hvilken grad HKU i alminnelighet gir de forutsatte virkningene på folkehelsen. I WHO's rapport «The Effectiveness of HIA» fra 2007, omgår Matthias Wismar mfl. dette problemet ved å legge til grunn at virkning av en HKU skal begrenses til virkningen på de politiske beslutningene. De gir to begrunnelser for ikke å vurdere virkningen på folkehelsen; dels byr det på metodiske problem, dels legger de til grunn at vitenskapelige bevis, som blir presentert i en HKU, ikke kan erstatte politiske beslutninger. De skriver:

The effectiveness of HIA against health outcomes has purposely not been measured.

Dismissing health outcomes as an analytical yardstick for the effectiveness analysis was

not just based on the methodological difficulty that such an analysis would face. ... The choice to conceptualize HIA as a decision-support tool was based on the assumption that scientific evidence cannot substitute decisions made for political reasons. (Wismar mfl. 2007:20)

Begge leddene i begrunnelsen er gyldige i seg selv. Det er både metodisk vanskelig å dokumentere vitenskapelig hvilken virkning politiske vedtak har på folkehelsen, og en HKU kan ikke erstatte politiske beslutninger, den er en del av beslutningsgrunnlaget. Men det fjerner ikke behovet for å vite noe om verktøyet HKU i alminnelighet får en positiv virkning på folkehelsen.

Argumentet for å bruke begrensede offentlige ressurser på HKU som et verktøy i politiske prosesser, er antagelsen om at HKU kan gi godt begrunnede analyser og anbefalinger i beslutningsgrunnlaget for politiske vedtak, kan ha innvirkning på de politiske vedtakene, og at gjennomføringen av disse vedtakene kan ha en positiv virkning på folkehelsen, spesielt for utsatte grupper i befolkningen. Alle disse tre leddene i legitimeringen av HKU er nødvendige. Enkelte HKU kan være svakt begrunnet, ubalanserte, mangelfulle og misvisende, men det må være unntaket fra regelen. I enkelte saker tar politikere andre hensyn og fatter andre vedtak enn dem som blir anbefalt i en HKU, men det kan heller ikke være det normale. Enkelte saker blir ikke gjennomført som vedtatt. Saker som blir gjennomført som vedtatt får ikke alltid den forutsatte virkningen. Når en sak er gjennomført som vedtatt og får den forutsatte virkningen, er det ikke alltid mulig å dokumentere at det faktisk har skjedd. Så langt er det ingen uenighet. Men skal det være grunn til å bruke ressurser på HKU som verktøy, må det likevel være saklige grunner til å anta at anbefalinger i HKUer i rimelig grad er korrekte, i rimelig grad får direkte virkningen på beslutningene, og at beslutningene iverksettes og i rimelig grad få den forutsatte positive virkningen på folkehelsen. Hvis det ikke er noen saklig grunn til å anta at HKU som verktøy i rimelig grad får en positiv virkning på folkehelsen, forvitrer også den saklige grunnen til å bruke ressurser på verktøyet HKU.

Når det gjelder HKU brukt som symbol på at organisasjonen følger de gjeldende verdiene og normene i omgivelsene, er rasjonelle og baserer seg på vitenskapelig kunnskap, styres effektivt og samtidig er demokratiske, da er konteksten og mekanismene en annen. I symbolperspektivet, kan politiske vedtak på folkehelseområdet være et mål i seg selv. Nils Brunsson peker på at et politisk vedtak kan kompensere for det man ikke får gjort noe med, ved å gi uttrykk for prinsipielle holdninger og støtte til dem som blir berørt (Brunsson 2002: 13-39). Jevnfør omtalen av hva organisasjoner sier, vedtar og gjør i kapittel 4. Et vedtak i en sak om sosialt betingede

helseforskjeller, basert på en saksutredning med en grundig, relevant og pålitelig HKU, kan være en kompensasjon for at man ikke får gjort nok med forholdene. Vedtaket blir et uttrykk for politisk vilje.

Det viktigste i symbolperspektivet, er hvilken virkning bruk av HKU har på organisasjonens profil, legitimitet og identitet innad og utad (Røvik 1998:39-40). Jevnfør omtalen av verktøyperspektivet og symbolperspektivet i kapittel 4. I symbolperspektivet er det tilstrekkelig å dokumentere at det finnes eksempler på HKU som bygger på vitenskapelig kunnskap, har bidratt til demokratisk involvering av berørte innbyggere og andre interessenter, og som har fått direkte virkning på de politiske vedtakene. De gode eksemplene kan styrke legitimiteten både til administrasjonen og de politiske organene som tar i bruk HKU. De langsiktige virkningene på folkehelsen er av mindre betydning i dette perspektivet, siden det uansett er vanskelig å dokumentere om HKU har hatt en slik positiv virkning eller ikke.

Rapporten fra 2007 som det er referert til ovenfor, var den mest omfattende kartleggingen av HKU i Europa som til da hadde vært gjennomført. Men i analysen av hvilken virkning bruk av HKU hadde hatt, er analysen begrenset til et utvalg på 17 case, der de nasjonale forskerteamene hadde fått i oppdrag å velge ut saker som det var antatt at hadde et visst potensiale for å ha virkning på beslutningene. Analysen av virkning var med hensikt avgrenset til hvilken virkning disse HKUene hadde på de politiske vedtakene. Rapporten fra 2007 er ikke alene om denne tilnærmingen. Den er vanlig i faglitteraturen om HKU. På sine hjemmesider slår WHO fast at HKU virker, begrunner påstanden med å henvise til tre HKU i Storbritannia, og beskriver hvordan HKUene har hatt direkte virkning på de politiske vedtakene, og at vedtakene har blitt iverksatt. Men WHO går ikke nærmere inn på hvilken virkning gjennomføringen av vedtakene har hatt på folkehelsen (WHO 2015a).

Gjennom arbeidet med denne rapporten er det ikke funnet brede analyser av ulike former for HKU som også omfatter hvilke virkninger de har hatt. Roy Pawson og Nick Tilley anbefaler at kunnskap om årsaksforhold i slike sosiale sammenhenger bygges opp nedenfra og opp, ved hjelp av resultatene fra case-studier. Det gir muligheten til å sammenfatte mer generell kunnskap om hvordan samspillet mellom kontekst og mekanismer gir resultat (Pawson & Tilley 1997:117-127). Det kan være en farbar vei også når det gjelder analyser av virkningene av HKU, både de med et potensiale for virkning og de uten, både de med direkte, generell, opportunistisk og ingen virkning. Pawson og Tilley peker på at slike analyser må omfatte både kontekst og virkning. Analysen av konteksten må omfatte både hva som preget situasjonen i det gitte tilfellet og hvilke

tiltak som ble satt inn. Analysen av virkningen må omfatte de bakenforliggende årsaksforholdene; strukturene, mekanismene og kreftene. Jevnfør avsnittet om det observerbare og de bakenforliggende årsaksforholdene i kapittel 2.

### Utvalg av land

WHO har hatt fem samarbeidssentre for HKU som inngår i et internasjonalt nettverk, i føle opplysningene på WHO's hjemmesider. Deltakerne har delt kunnskaper, ressurser og ferdigheter, skapt kollegiale nettverk og utviklet nye samarbeidsformer. Samarbeidssentrene har skapt en forbindelse mellom forskningsbasert kunnskap om HKU, WHO, og nasjonale, regionale og lokale myndigheter. Landene der disse samarbeidssentrene ligger er interessante når det gjelder kunnskap om og bruk av HKU i kommunal saksbehandling. WHO opplyser på sine hjemmesider at de fem samarbeidssentrene er:

- Division of Health Sciences, ved Curtin University of Technology, i Australia
- Département de la santé publique, ved Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), i Canada
- DBL-Centre for Health Research and Development, Faculty of Life Sciences, Københavns universitet, i Danmark
- Department of Public Health & Social Medicine, ved Erasmus University, i Nederland
- Department of Public Health, ved The University of Liverpool, i Storbritannia

(WHO 2015a)

(WHO's oversikt over samarbeidssentre er ikke oppdatert. Rollen til Københavns universitet som samarbeidssenter for WHO opphørte i 2012, men universitetet driver fortsatt forskning og utvikling om HKU. Erasmus University i Nederland er omorganisert, men driver fortsatt forskning og undervisning på alle nivå innen helsepolitikk og ledelse. Funksjonen som samarbeidssenter for WHO er ikke omtalt på hjemmesiden til universitetet.)

For å utdype kunnskapen om bruk av HKU i andre land enn Norge, er de nordiske landene Sverige, Danmark og Finland valgt ut, fordi de står oss politisk og kulturelt nært. I tillegg er Storbritannia, Australia, Canada og Nederland valgt ut, siden alle har hatt samarbeidssentre for HKU og har stått sentralt i utvikling og bruk av HKU.

Alle de valgte landene er demokratier med et lokalt forvaltningsnivå med folkevalgt styre. Men samtidig skiller de seg fra hverandre med hensyn til antall innbyggere, størrelse på landarealet og organiseringen av offentlig forvaltning. Storbritannia med 60,8 millioner innbyggere, er det mest

folkerike landet. Canada, med et landareal på om lag 10 millioner km<sup>2</sup>, er størst og over 240 ganger så stort som Nederland.

Organiseringen av offentlig forvaltning er i stor grad betinget av landenes ulike historie, befolkningssammensetning og kultur, og følger ikke automatisk av størrelsen på befolkningen og landarealet. Australia og Canada er føderalstater. I Storbritannia varierer organiseringen av offentlig forvaltning mellom de tre landene, England, Skottland og Wales. I de tre siste er fylkesnivået og kommunenivået nå slått sammen til ett nivå, der lokale oppgaver og myndighet er samlet på ett forvaltningsnivå. I England har enkelte områder en etnivåmodell, andre en tonivåmodell der oppgaver og myndighet er delt mellom fylke og kommune. Også i Australia varierer inndelingen av delstatene fra delstat til delstat. Finland har en dobbelt struktur på det regionale nivå. Ved siden av en inndeling i 19 landskap, samarbeider kommunene i 74 økonomiske regioner.

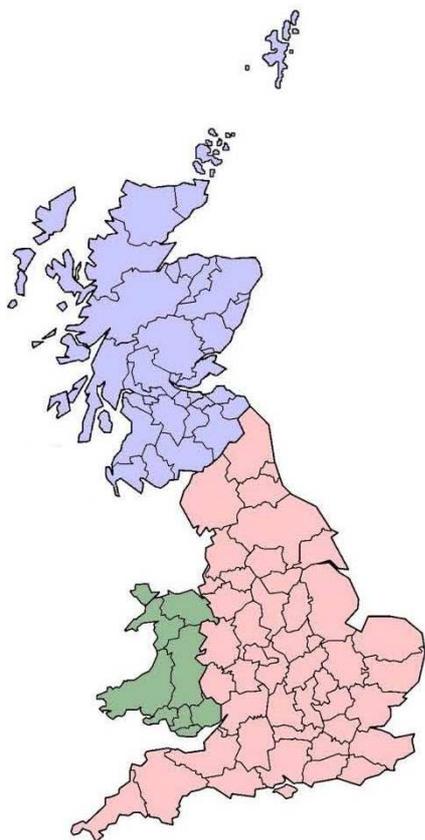
Organiseringen har betydning for hvordan oppgaver er fordelt mellom de fire nivåene stat, delstat, fylke og kommune. I alle landene varierer antall innbyggere i kommunene, men de valgte landene har forholdsvis få kommuner i forhold til folketallet, sammenlignet med andre europeiske land, som Sveits, Island og Frankrike. Tabellen nedenfor viser at det gjennomsnittlige antallet innbyggere per kommune også varierer mellom de utvalgte landene. Storbritannia har langt det høyeste gjennomsnittstallet, med vel 152 000 innbyggere per kommune i gjennomsnitt ut fra 2011 tall, mens Norge til sammenligning i gjennomsnitt har 11 000 innbyggere per kommune.

**Tabell 5.3 Utvalgte land. Innbyggere og areal. Antall delstater, regioner og kommuner**

Land	Innbyggere millioner	Areal 1000 km <sup>2</sup>	Delstat antall	Region antall	Lokal kommuner antall	Innb. pr kom. 1000
Norge	5,1	385,3		19	428	11
Sverige	9,7	450,1		20	290	33
Danmark	5,6	43,1		4	98	57
Finland	5,5	338,4		19 + 74	336	16
Nederland	16,8	41,5		12	408	41
Storbritannia	60,8	229,8	3	varierer	400	152
Australia	21,5	7 686,9	7		561	38
Canada	33,8	9 984,7	10+3	varierer	3 700	9

(Wikipedia engelsk 2015)

## Storbritannia



Storbritannia har hatt en ledende rolle i utviklingen av HKU, både innen Europa, og globalt gjennom Commonwealth of Nations, som het British Commonwealth den gangen medlemslandene var en del av det britiske imperiet. Storbritannia og Nord-Irland utgjør United Kingdom og har felles parlament og regjering.

Storbritannia er delt i tre nasjoner, England, Skottland, Wales, men er ingen føderalstat. United Kingdom består av Storbritannia og Nord-Irland med et felles parlament, men har ingen forfatning. Organiseringen av staten har grodd frem over tid, og har flere nivå i et komplekst system, som gjenspeiler ulike tidsepoker og prinsipper. England er den mest folkerike av de tre nasjonene, med over 53 millioner innbyggere og 346 kommuner. Skottland har 5,3 millioner innbyggere og 32 kommuner, Wales har 3,1 millioner innbyggere og 22 kommuner.

Utvikling og bruk av HKU i Storbritannia har dels skjedd gjennom felles politikk og kunnskapsutvikling, dels skjedd gjennom nasjonale, lokale prosesser i Skottland og Wales.

### **Bistand fra forskning**

Storbritannia har en mer enn 150 år lang tradisjon innen forskning og politikk på å bruke nasjonal statistikk som grunnlag for analyser av ulikhet i helse. På 1990-tallet fikk dette arbeidet økt interesse og omfang. The Departement of Health i United Kingdom har støttet utviklingen av metodene i HKU og forskning på anvendelsen av HKU.

I 1998 leverte en forskergruppe, på oppdrag fra helseministeren, en vitenskapelig rapport med en analyse av tilgjengelig informasjon, og forslag til hvilke områder som burde bli prioritert i den videre policy utviklingen. Ved siden av lederen, sir Donald Acheson fra University College London, besto gruppen av professor David Barker fra University of Southampton, Dr. Jacky Chambers fra Birmingham Health Authority, professor Hilary Graham fra Lancaster University, professor Michael Marmot fra University College London, og Dr. Margaret Whitehead. Gruppen la til grunn den sosio-økonomiske modellen for helse som Margaret Whitehead og Göran Dahlgren hadde publisert i 1991 og rettet oppmerksomheten mot sosiale helsedeterminanter. Den anbefalte «oppstrøms» tiltak, som bedring av inntektene til fattige og førskole for alle fireåringer.

Den pekte på at både absolutte og relative forskjeller har betydning, og at svangerskap og barneår er en kritisk og sårbar fase hvor dårlige sosioøkonomiske kår har varige virkninger. Den anbefalte at det ble gjennomført HKU av alle politiske saker som sannsynligvis kunne få en direkte eller indirekte virkning på helsen, med sikte på å redusere ulikhetene i helse (Acheson 1998).

Policydokumentet «Saving Lives: Our Healthier Nation» som Parlamentet vedtok i 1999, fulgte opp disse anbefalingene, og var en milepæl i utviklingen av folkehelsearbeidet og introduksjonen av HKU i Storbritannia (Secretary of State for Health 1999).

Sentrale tema som har preget den internasjonale debatten de siste årene, om hva som skaper helseforskjeller, og hvordan forskjellene kan reduseres, ble satt på den politiske dagsorden i Storbritannia i 1998. De ble satt på dagsordenen av et bredt sammensatt forskerteam som representerte flere toneangivende universiteter og forskningsmiljøer i landet.

Faculty of Health and Life Science ved University of Liverpool er ett av WHO's fem internasjonale samarbeidssentre. Det har dannet IMPACT som en organisatorisk ramme for dette internasjonale samarbeidet om HKU. IMPACT driver forskning og opplæring, formidler kunnskap og selger konsulenttjenester. IMPACT ved Alex Scott-Samuel, M. Birley, og K. Arden utga «The Merseyside Guidelines for HIA» i 1998 med en revidert versjon i 2001. Veilederen var utviklet i samarbeid med helsemyndighetene i Merseyside distriktet i Nord-England. Det er en konkret veiledning i gjennomføringen av en HKU, og ble et referansepunkt i den videre utviklingen og bruken av HKU. Veilederen videreutvikler standarden for prosedyrer og metoder i GCP.

Prosedylene i veilederen omfatter:

- Forundersøkelse, for å velge ut hvilke saker som skal utredes
- Etablere en styringsgruppe og fastsette mandatet for arbeidet
- Gjennomføre HKU
- Forhandle frem det anbefalte forslaget med sikte på å oppnå størst helsegevinst
- Overvåke og evaluere prosesser og resultater av HKU, og gi tilbakemeldinger for å påvirke videre vurderinger

Metodene veilederen anbefaler brukt i gjennomføringen av HKU omfatter:

- Analysere politikken (når det er nødvendig)
- Avgrense hvilke områder og deler av samfunnet som blir berørt

- Involvere interessenter og nøkkelinformanter i å forutse mulige helseeffekter, gjennom å bruke en forhåndsbestemt modell for helse
- Vurdere viktigheten, størrelsen og sannsynligheten for de antatte konsekvensene
- Vurdere valg av alternativ, og anbefale hva som bør gjøres for å øke eller minske konsekvensene

(Scott-Samuel 2001)

I 2002 utga IMPACT et verktøy for gjennomføring av raske HKU i en workshop. IMPACT spilte en sentral rolle i utviklingen av EUs veiledning om HKU, som ble publisert i 2004. HKU rettet mot konsekvensene for psykisk helse har vært et utfordrende område. IMPACT bidro i utarbeidningen av “The Mental Well-being Impact Assessment Toolkit”, som National Mental Health Development Unit utga i 2010. Gjennomføringen av forundersøkelsen for HKU har også vært en utfordring i mange kommuner. I 2014 utga IMPACT «Liverpool HIA Screening Tool and Support Notes», med et skjema som leder saksbehandleren skritt for skritt gjennom forundersøkelsen. På hjemmesidene er det om lag 40 gjennomførte HKU, der det er skilt mellom skrivebordsutredninger, raske utredninger og mer omfattende undersøkelser og utredninger. Utredningene er fordelt på ulike områder, som viser hva en HKU kan være i praksis.

Også en rekke andre akademiske institusjoner i Storbritannia støtter opp om arbeidet med HKU. Institute of Health Science ved Oxford University har utviklet verktøy for HKU, som Erica Isons veiledning i bruk av workshops, og har bistått i offentlige utredninger om HKU. Institute for Health and Human Development ved University of East London ble etablert i 2006 og driver tverrfaglig forskning på det komplekse samspillet av faktorer som påvirker folks helse og livskvalitet. The European Centre for Environment & Health ved University of Exeter ble etablert i 2011, driver tverrfaglig forskning om forholdet mellom miljø, helse og livskvalitet, og er delfinansiert av EU. Social and Public Health Science Unit ved Institute of Health and Wellbeing I University of Glasgow i Skottland, har publisert en rekke forskningsartikler med relevans for HKU. Cardiff Institute of Society and Health ved Cardiff University i Wales, samarbeider nært med the Wales HIA Support Unit WHIASU.

### **Formidling**

Storbritannia er ikke bare et foregangsland i forskning og utvikling av HKU, det er også et foregangsland innen formidling av kunnskap. Sentralt i formidlingssystemet står internettportalen HIA Gateway, som fra 2013 er en del av Public Health England, et utøvende organ for Departement of Health i Storbritannia. Portalen har en innføring i HKU og beslektede former for

konsekvensutredninger. Den har veiledninger i gjennomføring av HKU, dokumentasjon til bruk i HKU, og eksempler på HKU fra ulike typer saker, fra ulike deler av Storbritannia, og andre land, som Australia, New Zealand, Canada, Spania, Tyskland, Sverige og Vietnam. I tillegg har den lenker til andre relevante portaler i Storbritannia og resten av verden.

### **Fragmentering**

HKU har blitt kritisert for å innebære en fragmentering og svekking mulighetene til å utvikle konsekvensutredninger rettet mot hvilke virkninger politikk har overfor utsatte befolkningsgrupper. Denne fragmenteringen rammer også HKU, ved at det innenfor HKU blir utviklet enda mer spesialisert former for konsekvensutredninger. Det nasjonale helsestyret i Skottland omtaler på sine hjemmesider utviklingen av Health Inequalities Impact Assessment (HIIA) som i større grad fokuserer på hvordan en politikk eller plan påvirker folk forskjellig.

I Skottland arbeides det for å innføre Children's Right Impact Assessment, og Human Rights Impact Assessment. Lovgivningen i United Kingdom anbefaler bruk av Equality Impact Assessment (EQIA), som blant annet omfatter alder, kjønn, etnisitet, men ikke sosio-økonomisk status. (Duglas & Higgins 2012: 128)

Behovene innen psykisk helse har ført til utviklingen av en egen konsekvensutredning, Mental Well-being Impact Assessment (MWIA). Standarden er utviklet i et bredt samarbeid der som nevnt Liverpool University bidro sammen med nasjonale og lokale myndigheter og interesseorganisasjoner.

MWIA illustrerer et dilemma. På den ene siden var det nødvendig med en skreddersydd veiledning for arbeidet på dette området, de generelle anbefalingene i standarden for HKU ga ikke tilstrekkelig hjelp. På den andre siden er det en fare for at den stadig større floraen av standarder for utredninger av konsekvenser for miljø, samfunn og helse, gjør feltet uoversiktlig, og øker behovet for å samle de ulike tilnærmingene i integrerte konsekvensutredninger.

### **Sektorisering**

Til tross for at både The Departement of Health og de akademiske institusjonene i Storbritannia har hatt en god teoretisk forståelse av at HKU krever et tverrfaglig samarbeid, både i akademiske institusjoner og i offentlig forvaltning, indikerer kildene at arbeidet likevel i stor grad har vært drevet av helsefaglig personale, ut fra en medisinsk, epidemiologisk tilnærming. Der det har vært et sektorovergripende arbeid, har det i stor grad vært rettet mot plan og miljø sektoren, hvor det har vært lange tradisjoner for samarbeid gjennom miljørettet helsevern, og hvor det har vært god

kompetanse innen konsekvensutredninger gjennom EIA og EHIA. Det er unntak fra dette mønsteret. Wales er det mest markante.

## **Wales**

### ***Historisk og politisk bakgrunn***

Ved begynnelsen av den industrielle revolusjon ble Wales omformet fra et jordbrukssamfunn til et industrisamfunn gjennom gruvedrift og jernverk. Da gruvedriften og jernverkene i Storbritannia i stor grad ble lagt ned på 1980-tallet, ble Wales rammet hardt. Wales har fortsatt den laveste verdiskapingen per innbygger i hele Storbritannia.

Både Wales og Skottland har en sterk nasjonal selvfølelse. I Wales holdes det walisiske språket i hevd ved siden av engelsk. I begge landene ble det innført en form for selvstyre i 1999, som ble utvidet i 2006. Det har vært en sterk politisk vilje til å utvikle en egen walisisk tilnærming til helsepolitikken, med et ønske om å rette oppmerksomheten mot hvordan klasseforskjeller og geografiske forskjeller i Wales skaper ulikhet i helse. Tilnærmingen har bygd på sosiologisk teori om verdien av samråd mellom profesjonelle fagmedarbeidere og sivilbefolkningen. (Elliott mfl. 2012: 117)

Det politiske ønsket om å utvikle lokalstyret, førte først til en sterk desentralisering av offentlig sektor i Wales, og så en til sentralisering igjen. I 2003 ble oppgavene til fem helsedistrikt delegert ned til de 22 helsestyrer på kommunalt nivå, samtidig ble det opprettet nasjonale organ for å koordinere arbeidet. I 2009 ble de 22 helsestyrene slått sammen til 7 under ledelse av National Health Service Wales, med ansvaret for primær-, sekundær- og tertiærhelsetjeneste. Folkehelsearbeidet ble organisert i en egen enhet for hele Wales. (Elliott mfl. 2012: 119-120)

### ***Wales Health Impact Assessment Support Unit WHIASU***

Wales Health Impact Assessment Support Unit WHIASU ble opprettet i 2001 som et samarbeid mellom School of Social Science ved Cardiff University og Departement of Epidemiology and Public Health ved College of Medicine ved University of Wales. Organiseringen av det vitenskapelige samarbeidet har endret seg over tid, men bevart den grunnleggende strukturen med et forskningssamarbeid mellom sosiologi og epidemiologi. WHIASU er finansiert av staten gjennom folkehelseenheten, og har også et nært samarbeid med regjeringen, helsedepartementet og kommuneforbundet i Wales. Formålet har vært å utvikle kapasiteten i kommuner og andre organisasjoner til å gjennomføre HKU. Det er oppnådd gjennom opplæring og trening, ofte ved å bruke virkelige HKU som grunnlag for undervisningen. WHIASU har også utviklet web-baserte

ressurser. Casestudiene har blitt brukt både til å evaluere ulike former for HKU, og til å utvikle mer generell teori om hvordan HKU kan bidra til kunnskap om helse (Elliott mfl. 2012: 118).

I den første fasen var oppmerksomheten rettet mot kompetanseoppbygging i organisasjonsenheter utenfor helsesektoren. Utfordringen var å vise hvordan alle kommunale sektorer kunne spille en rolle i arbeidet med å redusere ulikheter i helse. På den samme tiden ble forbindelsen mellom planlegging og helse gjort tydelige i hele Storbritannia, og HKU ble referert til i en rekke policy- og veilednings-dokumenter fra regjeringen i Wales. Utviklingen går i retning av at det blir utviklet flere HKU på regjeringsnivå, støttet av WHIASU.

Den økte promoteringen og bruken av HKU skapte nye utfordringer. Private entreprenører som planla utbyggingsprosjekt, engasjerte private selskap til å utarbeide HKU for sine prosjekt. WHIASU har dreid oppmerksomheten mot kvalitetssikring av det økende antallet kommersielle HKU, utarbeidet av private konsulenter som ofte manglet kompetanse innen helse og HKU.

Lokalsamfunn oppfattet HKU som et egnet redskap for å formidle protest mot utbyggingsprosjekt, og at de ikke ble hørt i planleggingsprosesser. HKU ble et verktøy i interessekonflikter og maktkamp. I de siste årene har det imidlertid vært et skifte mot at befolkningen har engasjert seg mer positivt i HKU gjennom byfornyings- og boligutviklings-prosjekter. (Elliott mfl. 2012: 120-122)

### *Utvikling av en bedre standard for HKU*

Erfaringene fra Wales tilsa at HKU bør være en fleksibel tilnærming og betraktes som et rammeverk av komponenter og prinsipper. Ambisjonsnivået bør være realistisk. HKU bør sees på som en del av de politiske beslutningsprosessene, og ikke noe isolert og spesielt. HKU bør bygge på eksisterende rutiner for å bidra til sektorovergrepene planlegging og kontakt mellom sektorer. Det er 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. (Fosse 2006:36)

Arbeidet med HKU i Wales har blitt utviklet med utgangspunkt i GCP. Men Eva Elliott, Gareth Williams, Chloe Chadderton og Liz Green ved WHIASU peker på at denne standarden har sine svakheter:

- Den reduserer HKU til en lineær prosess, med liten vekt på hvor kompleks kunnskapsproduksjon er i ulike kontekster

- Den overdriver rollen til prediksjon, på bekostning av mer hensiktsmessige former for forståelse og forestillingsevne
- Den tilslører mangfoldet av agendaer, interesser og konkurrerende verdier som alltid vil være til stede i en HKU

De legger til grunn at HKU gir en dialog prosess, og åpner et rom for kunnskapsdanning, som involverer politikere, forskere, og i økende grad relevante medlemmer i offentligheten, som kollektivt blir engasjert i analyser og diskusjon av teorier og bevismateriale. De anbefaler en mer nyansert sosiologisk definisjon av HKU, der HKU er:

«... a process through which evidence (of different kinds), interests, values and meanings are brought into dialogue between relevant stakeholders (politicians, professionals and citizens) in order imaginatively to understand and anticipate the effects of change on health and health inequalities in a given population.»

(Elliot mfl 2012: 122).

De peker på at sosiologisk teori om sosial kapital og sosiale strukturer kan kombineres med folkehelse og epidemiologi, og bidra til en mer finmasket, strukturert teori om forandring i bestemte kontekster. Med denne tilnærmingen kan HKU gi folkehelsen, politiske organ og befolkningen en mulighet til å identifisere, debattere og bygge en sunn fremtid. De fremholder nødvendigheten av å slippe til befolkningen, både fordi de kan gi innsikt i hvilke virkninger en politisk sak vil få hos dem, og fordi de kan bringe nye perspektiv inn i debatten. (Elliot mfl 2012: 122-123)

Denne tilnærmingen til HKU flytter oppmerksomheten fra HKU som et evidens basert verktøy for prediksjon med bestemte formelle prosedyrer og metoder, til HKU som en samarbeidsprosessen mellom deltakerne i utarbeidingen av grunnlaget for et vedtak, og deres interessekonflikter, interessefelleskap og gjensidige avhengighet. Den gir assosiasjoner til James March og Herbert Simons definisjon av en organisasjon som et system av koordinerte handlinger mellom individer og grupper, med forskjellige preferanser, informasjon og kunnskaper (March & Simon 1993:2). Den legger vekt på hvordan en HKU er resultatet av samspillet mellom den bestemte konteksten og mekanismer, som aktørenes interesser, verdier og meninger.

## Skottland

### *Historisk og politisk bakgrunn*

I tiden etter andre verdenskrig skapte nedgang i industrien nød og arbeidsledighet, men i de siste tiårene har Skottland oppnådd en kulturell renessanse og en forbedret økonomi. Som Wales, har også Skottland en sterk lokal kultur og selvfølelse som gir seg politiske utslag.

Også Skottland fikk sitt eget parlament i 1999. Helsearbeidet er organisert i 14 geografisk inndelte helsestyrrer, NHS Boards, med ansvar for helsetjenestene. Folkehelsearbeidet er i hovedsak lagt under disse 14 styrene, og har en lovfestet plikt til å samarbeide med de 32 kommunene i Skottland.

Scottish National Party har vært ledende i det skotske parlamentet siden 2007. Noe av det første SNP regjeringen gjennomførte, var en undersøkelse som resulterte i policy dokumentet «Equally Well». Det gir en tverrdepartemental tilnærming for å identifisere hva som kan gjøres, på tvers av sektorgrenser, for å redusere ulikheter i helse. Regjeringen hadde imidlertid begrenset myndighet på sysselsettingspolitikk økonomisk politikk. Regjeringen i Skottland la press på regjeringen i Storbritannia for å få delegert ansvaret for skattelegging og økonomiske støtteordninger, slik at den kan forme en politikk for større likhet og støtte økonomisk utvikling. Prinsippet om helse i alle policyer er imidlertid ikke et politisk tema i Skottland.

Regjeringen har prioritert bærekraftig økonomisk vekst høyest, med syv arbeidsmål. Ett av dem er forventet sunt liv. Den har fastsatt femten resultatmål, som blant annet omfatter lengre og sunnere liv, og at de viktigste forskjellene er håndtert. Kommunene er ikke lenger finansiert med øremerkede midler, og har fått et større handlingsrom (Douglas & Higgins 2012: 126-127).

### *HKU og integrerte konsekvensutredninger*

Ulike interessegrupper har lansert konsekvensutredninger skreddersydd for sitt område, for å sikre at egne interesser blir ivaretatt, slik det er beskrevet ovenfor i avsnittet om Storbritannia. Det har skapt en politisk reaksjon i Skottland, også mot HKU. HKU kan bli sett på som bare en økt byråkratisk byrde og en hindring for vekst. The Chief Planner i regjeringen i Skottland skrev i 2008 en bekymringsmelding til alle planleggingsledere om at HKU kunne øke utfordringene med å iverksette plansystemet i landet. Han slo fast at den skotske regjeringen ikke hadde noen intensjoner om å lovfeste krav om HKU. Policy dokumentet «Equally Well» anbefaler at det utvikles integrerte konsekvensutredninger, med et sterkt fokus på ulikheter i helse (Douglas & Higgins 2012: 128, 133).

### *The Scottish Health Impact Assessment Network (SHIAN)*

SHIAN ble etablert i 2001 for å fremme og støtte HKU i Skottland. Nettverket blir i dag koordinert av den nasjonale helsemyndigheten NHS Health Scotland. Ressursene er begrenset. I 2012 hadde nettverkets koordinator Martin Higgins avsatt en dag i uken til dette arbeidet, og nettverket hadde ingen andre ressurser knyttet til seg. Det var avhengig av støtte fra medlemmer og partnere. Lederen av nettverket skriver at organiseringen som en del av NHS Health Scotland er problematisk. Hovedoppgaven til NHS Health Scotland er å iverksette folkehelseprogram, og bistå de lokale NHS styrene i å nå regjeringens mål. SHIANs fokus på de videre helsedeterminantene gjennom HIA kan oppfattes som en direkte utfordring til denne funksjonen. (Douglas & Higgins 2012: 129)

SHIAN har produsert både generelle veiledere i HIA, og for bestemte temaområder som bolig, transport og grøntområder. De har laget e-læringskurs, opplæring og trening ansikt til ansikt, holdt nasjonale konferanser om lag hvert annet år, og gitt støtte og råd til dem som gjennomfører HKU i Skottland. SHIAN driver både en bred innføring i enkle øvelser i raske, skjønnsbaserte HKU, og i mer detaljerte undersøkelser.

Douglas og Higgins beskriver hvordan HKU i Skottland langsomt har grodd frem nedenfra og opp, og forskjellige tilnærminger har blitt prøvd ut. Den har ikke blitt utviklet ut fra en overordnet regjeringspolicy. Glasgow er medlem i WHO's nettverk Sunne byer, som i perioden fra 2003 til 2008 hadde HKU som et satsingsområde. Det har stimulert HKU arbeidet i byen. Glasgow er Skottlands største by og har bygget kompetanse innen HKU. Byen har felles folkehelseledelse med NHS styret for området, og et felles helsepolicy team med kompetanse innen HKU. Sammen med andre organisasjoner har byen utarbeidet flere HKU. Også i Edinbourg og Lothian området, og i andre deler av Skottland, har kommunene bygget opp kompetanse og tatt HKU i bruk.

Som i Wales er det i Skottland gjort erfaringer med at en HKU kan aktivere interessekonflikter. En HKU om etablering av en vindmøllepark på de vestre øyene viste negative konsekvenser for lokalbefolkningen, som delvis skyldes en sannsynlige påvirkninger fra nye arbeidere. Prosjektet hadde allerede skapt lokale konflikter. HKUen ble ikke tatt godt imot av kommunestyret, som støttet utviklingsprosjektet. Det førte til negative presseoppslag med anklager om rasisme. Margaret Douglas og Martin Higgins konkluderte med at denne erfaringen demonstrerer at HKU ikke er egnet for å løse konflikter, og konstaterte at denne saken sannsynligvis hindret videre HKU arbeid på de vestre øyene i Skottland. (Douglas & Higgins 2012: 129-132)

Den skotske regjeringen legger vekt på utvikling av integrerte konsekvensutredninger. Margaret Douglas og Martin Higgins peker på at HKU ikke er et mål i seg selv, og at det å integrere HKU i andre konsekvensutredninger kan være et bedre alternativ enn å arbeide for en egen HKU. De viser til at den skotske regjeringen har integrert HKU i en Equality Impact Assessment, og beskriver det som vellykket. De skriver at det også er et rom for å bedre dekkningen av helse i SEA. De registrerte at det for tiden var en motstand mot dette, men ville likevel argumentere for at en SEA er ufullstendig hvis den ikke dekker helsespørsmål fullt ut. (Douglas & Higgins 2012: 133)

I dag er Martin Higgins, som koordinator for SHIAN, involvert i utviklingen av Health Inequalities Impact Assessment (HIIA), som søker å integrere tilnærmingene i WHO's standard for HKU, Equality Impact Assessment og den skotske Human Rights Impact Assessment i én konsekvensutredning (NHS Health Scotland 2015). HKU ble utviklet for å ivareta hensyn som prinsipielt skulle ha blitt ivaretatt i EIA, og HIIA er utviklet for å ivareta hensyn som prinsipielt skulle ha blitt ivaretatt i HKU.

## England

### *Historisk og politisk bakgrunn*

England er den dominerende delen av Storbritannia og har ennå ikke politiske organ for nasjonalt selvstyre, slik Wales og Skottland har. United Kingdom er ikke en føderalstat. Beskrivelsen av utviklingen og bruken av HKU i Storbritannia, gjelder også for England.

I 2008 ble sir Michael Marmot oppnevnt av helsedepartementet for å lede utredning av de mest effektive, evidensbaserte strategiene for å redusere ulikheter i helsen i England fra 2010 og fremover. Arbeidet ble utført av en bredt sammensatt forskergruppe. Rapporten ble levert i 2010, og følger opp analysene og anbefalingene i rapporten «Close the Gap in one Generation» fra 2008, tilpasset forholdene i England (Marmot 2010).

I 2010 utarbeidet helsedepartementet en veileder i gjennomføring av HKU av regjeringens politikk, som en del av en integrert konsekvensutredningsprosess. Departementet ga samtidig ut en innføring i verktøy til bruk i helsekonsekvensutredningene. (UK DH 2010a)(UK DH 2010b)

### *HKU i integrert konsekvensutredninger*

Den britiske regjeringen har gjentatte ganger gitt uttrykk for sin intensjon om å anvende HKU i England, men har gjennomført det som et ledd i integrert konsekvensutredninger. I retningslinjene for de integrerte utredningene, er det spesifisert 22 områder som skal testes, blant dem sosial velferd og velvære, ulikheter i helse, sikkerhet på arbeidet og risiko for ulykker,

menneskerettigheter, lovfestede oppgaver for å sikre likhet, drivhusgasser, og luft og vann kvalitet. I praksis handler utredningene i hovedsak om hva som er lovpålagte plikter og kostnadene knyttet til sakene. Selv om det er mulig å ta med vurderinger av konsekvenser for helse og velferd i de integrerte utredningene, blir det i liten grad oppmuntret til å gjøre det. John Kemm skriver at utviklingen på dette området har gått fra vondt til verre. Systemet har blitt endret, og i den nåværende formen er det uvanlig å finne at helse konsekvenser har blitt vurdert i det hele tatt (Kemm 2012: 84-86).

### *NHS England og Public Health England*

Utviklingen i Storbritannia går i retning av at det opprettes egne organ også for England. I 2012 fikk England et utøvende styre for helsesektoren, National Health Service England, forkortet til NHS England, som samarbeider nært med folkehelseorganet Public Health England (PHE) (NHS England 2015).

PHE ble etablert i 2013 ved at spesialister innen folkehelse fra mer enn 70 organisasjoner ble samlet i én enhet. PHE har en stab på 5000 årsverk, i hovedsak forskere og profesjonelle folkehelsemedarbeidere. Den er organisert med en sentral enhet, femten lokale sentre og fire regioner, Nord-England, Syd-England, Øst-England, Midlands og London (Public Health England 2015).

Hovedoppgavene til PHE er å:

- Beskytte folkehelsen mot infeksjonssykdommer og andre trusler mot helsen
- Forbedre folkehelsen, velferden og velvære, og redusere ulikheter i helse
- Forbedre befolkningens helse gjennom bærekraftige helse- og omsorgstjenester
- Bygge kompetanse og kapasitet i folkehelsesystemet

I 2013-2014 ble omorganiseringen gjennomført uten å medføre stans i arbeidet. PHE formidlet kunnskap om helsetilstanden som gir et relevant informasjonsgrunnlag for lokal planlegging. De etablerte blant annet internettsiden Longer Life, hvor lokale myndigheter kan sammenligne deres dødsrater ut fra de fire vanligste dødsårsakene, og publiserte et atlas over variasjonene i diagnostiske tjenester, som viser betydelige variasjoner i hvordan helseforholdene blir kartlagt og overvåket. Under vinterens stormer og flommer ga PHE helseråd sammen med kollegaer i kommunene, miljømyndighetene og nødtjenestene.

Blant de prioriterte oppgavene for 2014-2015 er å støtte lokalt lederskap for sunne kommuner, gjennom skreddersydd hjelp til de lokale myndighetene i det som er viktig for dem, fra

luftforurensing til de forskjellige konsekvensene av økonomisk innstramming. Arbeidsplanen for 2014-2015 har en rekke tema som står sentralt i utviklingen av konsekvensutredninger med fokus på helse.

### *Delegering av ansvaret for folkehelse*

I 2013 fikk fylkeskommuner og integrerte kommuner og fylkeskommuner i England et lovfestet ansvar for folkehelsearbeidet. Denne delegeringen av oppgaver og myndighet har bidratt til at HKU også har blitt satt på den lokalpolitiske dagsorden i England.

Kommuneforbundet i Storbritannia, Local Government Association, har engasjert seg i utviklingen av folkehelsearbeidet i England gjennom sitt nettverk District Councils' Network. Nettverket representerer 200 distrikt i England. I 2013 utga nettverket en veileder i lokalt utvikling av folkehelsearbeidet, District Action on Public Health, basert på det brede spekteret av helsedeterminanter. Veilederen bygger blant annet på rapporten fra 2010, utarbeidet av gruppen som sir Michael Marmot ledet. Hvert kapittel i veilederen innledes med en samlet fremstilling av helse og sosial konsekvenser. Egne HKU er ikke tema i veilederen, men veilederen viser til at det i Cambridge distriktet er utviklet en veileder i HKU som et supplement til planleggingsverktøyene, for å sikre at hensynet til helse blir ivaretatt i lokal planlegging og i lokale kontrollsystem for utviklingsarbeidet (District Councils' Network 2013). Nettverket har en egen informasjonsside om gjennomførte prosjekt, hvor flere av prosjektene omfatter utredninger av hvilke konsekvenser for helsen som den gitte situasjonen har gitt, og hvilke tiltak som kan settes i verk for å bedre folkehelsen. Informasjonen på hjemmesidene til District Councils' Network indikerer at HKU er satt på dagsordenen i den kommunale planleggingen i England, men som en integrert del av konsekvensutredningene i offentlig planlegging (District Councils' Network 2015).

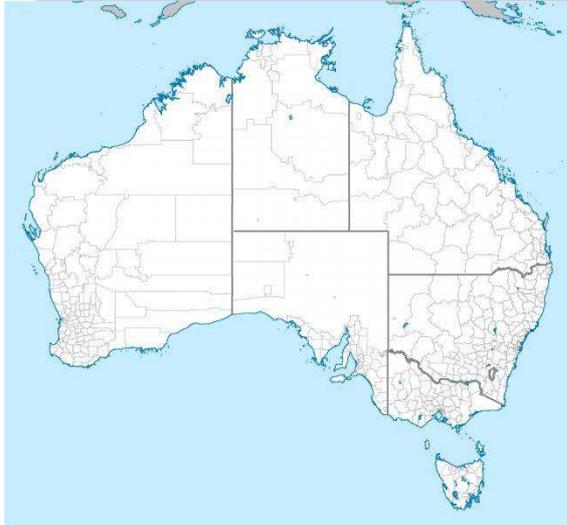
Public Health England ga i 2014 ut en veileder i hvordan planleggings prosjekt og helseprosjekt kan forenes igjen, gjennom planlegging av fysiske miljø som stimulerer aktivitet og sunn vekt. I forordet skriver Kevin Fenton, direktøren for Public Health England, at vi må lære hvordan vi kan bygge fysiske miljø som bidrar til at innbyggerne bevarer sunn vekt. Han peker på at det er nødvendig å vurdere alle de mulighetene som finnes til å påvirke planprosesser og utvikling av policyer, fra HKU til Joint Health and Wellbeing Strategies. Han utelukker ikke HKU, men setter den opp mot den koordinerte, tverrsektorielle arbeidsformen i Joint-up-government. Veilederen argumenterer for en integrert, tverrfaglig og tverrsektoriell arbeidsform og saksfremstilling. Den bygger blant annet på erfaringene fra et planprosjekt som ble gjennomført i 2014, der syv kommuner i England fikk i oppdrag å utvikle planforslag til helsefremmende miljø, gjennom et

samarbeid med planleggere og folkehelsesteam. Over 200 personer deltok i workshops. Deltakerne var fagpersoner innen planlegging, folkehelse, og transport- og reiseplanlegging, samt representanter for lokale myndigheter, interesseorganisasjoner, private utbyggere, og andre interesserte lokale myndigheter (Ross & Chang 2014).

Bildet John Kemm ga i 2012 av hvordan offentlig planlegging i England manglet et fokus på helsekonsekvenser, ser ut til å ha endret seg i løpet av de siste årene. For det første har oppgavene innen folkehelse blitt delegert til fylkeskommuner og kommuner, og for det andre har det lokale nivået større oppmerksomhet rettet mot helsekonsekvensene av policyer, programmer og prosjekt. Tilnærmingen til dette arbeidet er whole-of-government, whole-of-society, med større vekt på et integrert tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid, slik også WHO Europe har programfestet i sitt strategidokument «Health 2020».

## Australia

### Historisk og politisk bakgrunn



Australia er en parlamentarisk styrt føderalstat, delt inn i seks stater og noen eksterne territorier.

Australia var tidligere en brittisk koloni og landet har fortsatt nære bånd til Storbritannia politisk, forskningsmessig, og i utviklingen av HKU.

Hoveddelen av befolkningen stammer fra kolonitidens bosettere fra Europa, først og fremst fra Storbritannia og Irland. Etter annen verdenskrig har Australia stimulert immigrasjon, og i dag er hver fjerde australier ikke født i Australia. Av den

fjerdedelen som ikke er født i Australia kommer flest fra Storbritannia, New Zealand, Italia, Vietnam og Kina. Siden politikken White Australia ble avskaffet i 1973, har staten oppmuntret til sameksistens mellom ulike befolkningsgrupper i en policy basert på multikulturalisme.

Urbefolkningen aboriginerne har økt i antall, og utgjorde i 2001 2,2 % av befolkningen. I arbeidet med HKU legger australske myndigheter vekt på respekt for lokal kultur, ikke minst kulturen til urbefolkningen.

Australia har en fremgangsrik vestlig markedsøkonomi, med et brutto nasjonalprodukt per innbygger som er høyere enn i Storbritannia, Tyskland og Frankrike. Australia var blant de landene som gikk lengst i innføringen av markedsstyring etter prinsippene i New Public Management, med oppdeling i resultatenheter, delegering og konkurranseutsetting, og har vært et av foregangslandene i justering av denne kursen, gjennom økt vekt på koordinering vertikalt og horisontalt av offentlig sektor, i en whole-of-government tilnærming. I 2007 utga den australske regjeringen dokumentet «Tackling Wicked Problems». Med utgangspunkt i Horst W. J Rittel og Melvin M. Webbers artikkel «Dilemmas in a General Theory of Planning» fra 1973, satt regjeringen på den nasjonale og internasjonale dagsorden spørsmålet om enkle markedsbaserte løsninger var egnet til å løse offentlig sektors komplekse og gjenstridige oppgaver (Australian Public Service Commission 2007).

Det politiske liv er dominert av Australian Labor Party og en koalisjon mellom det Liberal Party og National Party. Arbeiderpartiet er et sentrum-venstre orientert sosialdemokratisk parti. Liberal Party har vært en forkjemper for økonomisk liberalisme og regnes som et sentrum-høyre parti.

National Party har sitt velgergrunnlag blant bønder og i distriktene og regnes også som et sentrum-høyre parti. Ved valget i 2013 overtok koalisjonen regjeringsmakten. På det nasjonale nivå har Departement of Health ansvaret for folkehelsearbeidet. Departementet ble omorganisert i 2013, da ansvaret for eldreomsorg ble overført til sosialdepartementet.

I utviklingen av HKU i Australia har National Health and Medical Research Council og Environmental Health Standing Committee (enHealth) stått sentralt. National Health and Medical Research Council er et bredt sammensatt forskningsråd med representanter både for regjeringen, forskningsinstitusjoner, ulike yrkesgrupper i helsesektoren, ledere av private og offentlige helseprogram, interesseorganisasjoner og forbrukere (National Health and Medical Research Council 2015).

Helsedepartementene for Australia, delstatene og territoriene i Australia, og New Zealand, samt det nasjonale forskningsrådet for helse og medisin i Australia, har etablert et felles organ, Environmental Health Standing Committee. Komiteen har ansvaret for å frembringe omforente råd i politikken for helse i et miljøperspektiv (Australian Government. Departement of Health 2015).

### **Et nasjonalt fokus på miljø helsekonsekvenser**

Både den australske regjeringen og delstatene har lagt vekt på å integrere HKU i de etablerte formene for konsekvensutredninger innen miljø og planlegging.

I 1994 publiserte National Health and Medical Research Council den første veilederen i konsekvensutredninger innen miljø og helse, «National framework for environmental and health impact assessment». Den klart uttrykte hensikten var å innlemme HKU i prosessen for miljøkonsekvensvurdering EIA, slik at det ble utviklet en EHIA. Veilederen var laget for alt fra statlige myndigheter til kommuner, bedrifter og offentligheten, med informasjon om hvordan utredninger av helsekonsekvenser kunne integreres i plansaker for fremtidig utvikling (National Health and Medical Research Council 1994).

I 2001 publiserte komiteen en ny veileder i HKU, og skrev innledningsvis at målet med veilederen var å innlemme HKU i miljø og planleggings konsekvensvurderinger, innenfor den lovreguleringen som allerede var etablert. Statens og delstatenes politikk var fortsatt en integrert form for konsekvensutredninger, og ikke HKU som en selvstendig konsekvensutredning (enHealth 2001). Det er fortsatt denne veilederen i HKU som blir distribuert over hjemmesidene til helsedepartementet og komiteen. De australske myndighetene legger vekt på at

fagmedarbeidere som gjennomfører HKU i lokalsamfunn med urinnvånere, skal vise respekt for deres virkelighetsforståelse, og innarbeide den i HKUen. I 2010 utga enHealth en veileder i miljørettet helsevern blant urbefolkningen i Australia som i hovedsak er rettet mot smittevern. (enHealth 2015).

Som et ledd i den nasjonale strategien for miljø helse 2012-2015, skal enHealth gå gjennom grunnleggende referansedokumenter som HKU veilederen. Det lå ennå ikke noen revidert utgave av veilederen fra 2001 på hjemmesidene til enHealth i april 2015. Men det var publisert en veileder i miljø helse risiko utredning (Environmental Health Risk Assessment. Guidelines for assessing human health risks from environmental hazards) som følger opp den nasjonale strategien for perioden 2012-2015. Veilederen er basert på en snever definisjon av miljøbegrepet. Den er avgrenset begrepet til det fysiske, kjemiske og biologiske miljøet, og omfatter ikke det sosiale. I innledningen er det skrevet:

The document presents a general environmental health risk assessment methodology applicable to a range of environmental health hazards. The focus is on chemical hazards in the first instance, but the core methodology can also be applied to physical (e.g. radiation, noise) and microbiological hazards. (enHealth 2012: viii).

Veilederen drøfter forholdet mellom HKU og miljø helse risiko utredninger. Selv om de to formene for utredninger er beslektede prosesser, slår veilederen fast at de er rettet mot ulike problemstillinger. Den viser til standarden i GCP, og at HKU også omfatter vurderinger av sosiale og sosioøkonomiske faktorer. Den slår fast at HKU vanligvis er en prosess som blir gjennomført som en del av en miljøkonsekvensutredning. Men HKU har et bredere perspektiv enn miljø helse risiko utredninger, som er rettet mot skadelig forurensing som befolkningen kan bli utsatt for:

EHRA is simply a tool for appraising health risks (i.e. adverse health impacts) from contaminant exposures in the broader process of health impact assessment. (enHealth 2012:14)

Fra statens og delstatenes side har det altså gjennom tyve år vær lagt vekt på å integrere HKU i EIA og EHIA. Oppmerksomheten innen EHIA har i stor grad vært rettet mot fysiske, kjemiske og biologiske helsedeterminanter som representerer en fare for folkehelsen. Samtidig har staten og delstatene erkjent at HKU har et bredere perspektiv som også omfatter den sosiale og økonomiske dimensjonen.

## Bistand fra forskning

Flere universiteter i Australia har bidratt i kunnskaps- og kompetanseutviklingen innen folkehelse og helsekonsekvensvurderinger.

WHO's samarbeidssenter for miljø helse konsekvensvurderinger (Environmental Health Impact Assessment- EHIA) ligger ved School of Public Health ved Curtin University i Perth i Western Australia. Det ble etablert i 2004, og universitetet har drevet forskning på dette området i mer enn 20 år. Formålet er å øke integrasjonen og virkningen av EHIA og HKU i Stillehavsregionen i Asia, gjennom samarbeid med WHO, regjeringer, industri og samfunn. Noen av senterets prioriterte interesseområder er luftkvalitet, klimaendring, landenes profiler i miljørettet helse, og å fremme integreringen av HKU i EIA. Senteret har gjennomført en rekke internasjonale prosjekt, de fleste i asiatiske land, og har en omfattende vitenskapelig publisering innen sitt felt. Det tilbyr undervisning, treningsprogram og konsulenttjenester (Curtin University 2015).

Siden opprettelsen i 1999 har The University of Adelaide bistått regjeringen i Australia med å formidle informasjon om at et bredt spekter av determinanter som påvirker helse, velferd og velvære gjennom livsløpet. Arbeidet er organisert gjennom universitetets Public Health Information Development Unit. (Public Health Information Development Unit 2015).

University of New South Wales har et eget senter for primærhelsetjenester og rettferdighet, som blant annet driver nettsiden HIA Connect. Her formidles standarder og veiledninger i HKU, rapporter fra gjennomførte HKU prosjekt, sortert etter tema, og publikasjoner for forskere. Nettsiden har et nyhetsarkiv, og lenker til andre nyttige portaler. Senteret driver forskning og undervisning innen temaet helse og rettferdighet, knyttet til hele spekteret av helsedeterminanter, med en kombinasjon av ulike metoder og fagkompetanser. (Centre for Primary Health Care and Equity 2015) (HIA Connect 2015).

School of Health and Social Development ved Deakin University i Melbourne i staten Victoria driver forskning og utdanning rettet mot den komplekse sammenhengen mellom det brede spekteret av helsedeterminanter og sosial utvikling i ulike kontekster, og ulike nivå for intervensjon. Med utgangspunkt i WHO's brede definisjon av helse, skriver skolen at den vektlegger et holistisk, integrerende, kritisk samfunnsbasert perspektiv. Staben har bred faglig kompetanse og er organisert i forskerteam rundt tema som evidens basert folkehelse, promotering av rettferdighet og sosial rett, mangfoldighet i helse, HKU, natur og helse, kritisk sosialarbeid, yrkesforskning og terapi (Deakin University 2015).

I tillegg har Australia også private selskap som driver forskning, konsulentvirksomhet, evalueringer og undervisning, og selger sine tjenester både til universiteter, bedrifter og offentlig sektor på alle nivå. Ett av dem er Synergia som har spesialisert seg inne helse, sosialtjenester og offentlig sektor. De har utarbeidet analyseredskap for å forstå og utvikle prosesser, nettverk, strategier og tjenester. De anvender redskapene i konkrete prosjekter på områder som HKU for areal- og transportplanlegging, analyser av helseprofilen i et fylke, sosial og økonomisk konsekvensutredning, analyser og modeller for utvikling av omsorgstjenester og psykiatriske tjenester (Synergia 2015).

Universitetene og forskningsinstituttene driver sitt forsknings- og utviklingsarbeid i nært samarbeidet med offentlige myndigheter på alle nivå, også kommuner. Selv om det fra statens side er lagt vekt på å integrere HKU i EIA og EHIA, og staten i stor grad retter oppmerksomheten mot fysiske, kjemiske og biologiske helsedeterminanter, har forskningen og utviklingsarbeidet et bredere perspektiv. Den er ikke bare rettet mot naturvitenskapelige målinger, men også samfunnsvitenskapelige beskrivelser av årsaksforhold knyttet til sosiale helsedeterminanter i ulike kontekster.

### **Erfaringer fra bruk av HKU i Australia**

Ben Harris-Roxas, Patrick Harris, Marilyn Wise, Fiona Haigh, Harrison Ng Chok og Elizabeth Harris har alle deltatt i forskning, utvikling og formidling av HKU gjennom sitt arbeid ved University of New South Wales. De beskriver hvordan veilederen fra 1994 bidro til en bred debatt. Noen så HKU integrert i EIA som en mulighet for å fremme en radikal samfunnsutvikling, og at en prosess som dreide seg om de sosiale og politiske sidene ved beslutningstaking, ville være mer nyttig enn en prosess basert på teknikker for risikoanalyse. Andre argumenterte for at naturvitenskapelige data var det objektive og eneste pålitelige bevismateriale, og krevde lovregulering av HKU med entydige retningslinjer for bruk av kilder og data. Samtidig vokste den nye tilnærmingen til folkehelse frem, med bruk av datamateriale fra et bredt spekter av kilder, gjennom en rekke forskjellige metoder, og med HKU som et verktøy for å fremme bedre helse ved å påvirke de sosiale helsedeterminantene. Det var også en bekymring over forskjellene i makt og tilgang til ressurser mellom interessentene som deltok i EHIA prosessene, og over hvilken rolle de som skrev utredning hadde i beslutningen av hvordan saken skulle fremstilles og undersøkes.

Forskerne peker på at det å ta HKU i bruk har vært en langsom og i stor grad opportunistisk prosess i Australia. Den økte vektlegging på å begrense regjeringsapparatet, redusere offentlige reguleringer og kostnadene i utviklingsprosjekt, betyr at det har vært liten politisk støtte for å

introdusere enda en utredningsprosess, som kan bli kostnadskreven. Mange australske politikere har etterspurt en HKU prosess som kan gjennomføres på en ettermiddag. Mens forskere og de som vil profesjonalisere HKU er interessert i å utvikle en strukturert og standardisert tilnærming.

Forskerne peker på at det er regionale forskjeller i Australia. I statene Victoria og New South Wales har delstatsregjeringene i en periode finansiert prosjekter for å bygge kapasitet til å gjennomføre HKU i kommunene. Selv om denne finansieringen ikke eksisterer lengre, fortsetter aktiviteten (Harris-Roxas mfl. 2012). Det er i disse to delstatene en finner University of New South Wales og Deakin University som begge har profilert seg gjennom et tverrfaglig arbeid rettet mot det brede spekteret av helsedeterminanter, også de sosiale og økonomiske.

Etter forskernes vurdering av hvordan en kan fremme bruken av HKU i Australia, er det mest realistiske alternativet å utvikle HKU innenfor EIA, til tross for at de som har arbeidet med EIA i New South Wales anser det som problematisk. De ser likevel et glimt av håp i utviklingen de siste årene. Forslagsstillere blir i økende grad bedt om å vurdere helse i sine utredninger og det er større sannsynlighet for at konsulenter som gjennomfører EIA tar med en HKU (Harris-Roxas mfl. 2012).

HKU har ikke bare blitt integrert i EIA i Australia. Lea den Broeder and Frank Vanclay viser til eksempler der HKU har blitt integrert i SIA med positive resultat. I utredningen av en regionalplan for South East Queensland i Australia bestemte fagmedarbeidere i SIA og HIA seg for å samarbeide før utredningsarbeidet startet, og kombinerte sine metoder og verktøy til en felles tilnærming, som ga en rikholdig og informativ utredning. En SIA i en regional strategiplan for Lower Hunter i New South Wales i Australia, rettet hovedsakelig oppmerksomheten mot positive helse konsekvenser (Broeder & Vanclay 2014:75).

## Canada

### Historisk og politisk bakgrunn



Canada er en forbundsstat, delt i ti provinser med stort indre selvstyre, og tre territorier i den nordlige delen med begrenset selvstyre. Provinsene og territoriene har ansvaret for helsearbeidet, mens den nasjonale regjeringen legger til rette og koordinerer arbeidet.

Både Frankrike og Storbritannia har hatt kolonier i Canada. Canada har to offisielle språk, engelsk og fransk.

Delstaten Quebec har fransk som det

eneste offisielle språket og legger stor vekt på sin selvstendighet i føderasjonen, også når det gjelder utforming av folkehelsepolitikken.

Canada har vært åpen for immigrasjon. Immigrasjonen fra andre europeiske land enn Storbritannia og Frankrike økte sterkt i første halvdel av 1900-tallet. 73 % av dagens befolkning har sitt opphav i Europa. Immigrasjonen fra Øst-Asia strekker seg helt tilbake til gullrushene på 1800-tallet og nådde nye høyder under Korea-krigen og Vietnamkrigen. 15 % av befolkningen har i dag asiatisk opphav. Urbefolkningen i Canada omfatter tre grupper, indianere, inuiter og métiser, som til sammen utgjør om lag 4 % av befolkningen. De canadiske myndighetene fremstiller ikke samfunnet som en smeltedigel, slik USA gjør, men som en mosaikk av ulike kulturer som gjensidig beriker hverandre. I likhet med Australia, legger Canada vekt på hensynet til dette kulturelle mangfoldet i sin folkehelsepolitikk, ikke minst hensynet til urbefolkningen.

Canada skiller seg fra naboen USA gjennom statlige reguleringer og velferdsordninger liknende dem en finner i skandinaviske land, som barnetrygd, alderspensjon, allmenn helseomsorg, studielån og arbeidsledighetstrygd. De ble innført gjennom «den stille revolusjonen» på 1960-tallet og har bidratt til en alminnelig høy levestandard. Offentlig sektor har et mandat til å ivareta folkehelsen og befolkningens velferd og velvære.

Etter annen verdenskrig fremsto Canada som en industriell stormakt. Canadas økonomi fortsatte å ekspandere frem til den økonomiske verdenskrise i 2008, som også rammet Canada med økt arbeidsledighet og økt utenlandsgjeld. Canadas regulering av banksektoren og budsjett politikk før krisen har bidratt til at landet har fått stabilisert økonomien. Canada er en stor eksportør av olje og gass. Svingningene i oljeprisen har gjort landet sårbart, og både oljesandprosjekt og nye rørledninger har skapt politisk debatt, der hensynene til økonomien, sysselsettingen, klimaet og folkehelsen har stått sentralt.

Canada er det eneste av landene i denne oversikten der antall innbyggere i kommunene i gjennomsnitt er lavere enn i Norge. Samtidig er variasjonsbredden stor, mellom millionbyer og tynt befolkede strøk.

### **Nasjonal satsing på HKU som en integrert del av EIA**

Den kanadiske helseministeren Marc Lalonde la i 1974 frem rapporten «A new perspektiv of the health of Canada» hvor han skiller helsefeltet i to hovedområder; på den ene siden helsetjenestene innen kurativt arbeid og omsorg, og på den andre siden arbeidet for å forebygge helseskader og fremme god helse. Han beskriver helsefeltet som sammensatt av fire gjensidig avhengige områder; det biologiske, alle sider ved miljøet utenfor kroppen som påvirker helsen, livsstilen som dannes gjennom personlige valg, og helseinstitusjonene (Lalonde 1974). Rapporten har hatt stor innflytelse i og utenfor Canada. Den dannet noe av grunnlaget for Alma Ata erklæringen til WHO i 1978 og har hatt avgjørende betydning for utvikling av folkehelseperspektivet på sosiale helsedeterminanter og ulikhet i helse.

På 1990-tallet var Canada et foregangsland i å integrere analyser av sosiale helsedeterminanter i EIA. Det var erkjent at helseperspektivet ikke ble ivaretatt godt nok i EIA, og The Federal/Provincial/Territorial Committee on Environmental and Occupational Health etablerte en ekspertgruppe i 1992 som fikk i oppdrag å utarbeide veiledningsmateriale for hvordan man kan integrere helse i vid forstand i EIA prosessene. Arbeidet resulterte i «Canadian Handbook on HIA» i 1995, som ble revidert i 2000 og 2004.

Formålet med veilederen i fire bind var å integrere HKU i EIA. Med EIA som ramme gir veilederen en innføring i en integrert konsekvensutredning, som også omfatter SEA, SIA, SD, økonomiske konsekvensutredninger, risiko og sårbarhetsanalyser, og vurderinger av helse-, miljø- og sikkerhet i arbeidslivet. Den fremholder hvordan HKU og SIA med fordel kan kombineres, og at det i arbeidet med sosiale helsedeterminanter i HKU er behov for både retrospektive og prospektive utredninger. Veilederen har et eget kapittel om HKU i lokalsamfunn med urinnvånere.

I likhet med de australske myndighetene legger de canadiske vekt på at fagmedarbeidere som gjennomfører HKU i lokalsamfunn med urinnvånere, skal vise respekt for deres virkelighetsforståelse, og innarbeide den i HKUen. (Health Canada 2004). Louise St-Pierre og Anika Mendell ved det nasjonale samarbeidssenteret for utvikling av en helsefremmende offentlig politikk NCCHPP, skriver at veilederen antagelig ble mer verdsatt og brukt utenfor Canada enn innenfor (St-Pierre & Mendell 2012:225).

I 2006 opprettet parlamentet i Canada Public Health Agency of Canada, som et utøvende organ under helseministeren, med folkehelse som arbeidsområde. Public Health Agency var aktivt involvert i arbeid som bistod WHO's Commission on the Social Determinants of Health, som la frem sin rapport i 2008, og har også fremmet bruk av HKU med fokus på rettferdighet (St-Pierre & Mendell 2012:225). Public Health Agency finansierer seks nasjonale samarbeidssentre for folkehelse. Sentrene har forskjellige oppgaver og kontor i de forskjellige delene av Canada. Samarbeidssenteret i Quebec, National Collaborating Centre for Healthy Public Policy (NCCHPP), har hatt ansvaret for å utvikle HKU i offentlig politikk, og retter oppmerksomheten mot de sosiale, økonomiske og miljømessige helsedeterminantene. (NCCHPP 2015).

Deres erfaring er at offentlig politikk i stor grad er betinget av konteksten, og i folkehelse er den ofte rettet mot komplekse problem. Generelle, ferdiglagde svar kan ikke bare være ubrukelige, de kan virke direkte mot sin hensikt. De legger vekt på at deres arbeid skal fremme mottakerens evne til å frembringe det beste informasjonsgrunnlaget, forstå konteksten, identifisere aktørene og referansegruppene i den, lese de forskjellige rammebetingelsene for argumentasjonen, styre policy arbeidet, tenke på tvers av sektorer, og samarbeide effektivt med andre.

NCCHPP arrangerer konferanser, workshops og kurs, lager veiledningsmateriale, og formidler erfaringer fra gjennomføring av HKU i Canada og andre land. NCCHPP skriver på sine hjemmesider at det ikke var uten grunn at senteret ble lagt til Québec. Québec har en ledende rolle innen folkehelse i Canada, og HKU er ikke i vanlig bruk i Canada utenfor Québec. (NCCHPP 2015)

### **Bistand fra forskning**

Health and Environment Group ved Universitaire de Québec er WHO's samarbeidssenter for konsekvensutredning og overvåking av miljø og arbeidslivs helse. Gruppen arbeider med tema innen inneklima, miljøkriser, kvalitet på drikkevann, forurensing av jord, radioaktiv stråling, forurensing fra jordbruket, elektromagnetisk stråling og eksponering for forurensing gjennom svømming og mat. Samarbeidssenteret arrangerer opplæring og har en omfattende publisering av

vitenskapelige artikler fra 1993 til 2013 på sine hjemmesider. (Health and Environment Group 2015)

Louise St-Pierre og Anika Mendell skriver at Canada har god kapasitet på forskning, akademikere og nettverk innen folkehelse, som samarbeider med offentlig sektor om å fremme HKU (St-Pierre & Mendell 2012:229).

### **Erfaringer fra delstater, fylker og kommuner**

Louise St-Pierre og Anika Mendell skriver at iverksettingen av HKU varierer sterkt mellom provinsene i Canada. I Nova Scotia har nettverket People Assessing Their Health utviklet en samfunnsledet HKU prosess. To provinser har lovfestet krav om HKU i sine folkehelselover, British Columbia og Québec.

Først ute var British Columbia som integrerte HKU i analyser på regjeringnivå av nye policyer. I 1995 var HKU kommet høyt på den politiske agendaen. Det ble gjennomført 86 workshops og gitt 26 fremstillinger på tvers av hele provinsen for å øke oppmerksomheten om de sosiale helsedeterminantene. Året etter var det valg, og den nye regjeringen endret kurs. Enheten som hadde ledet arbeidet ble lagt ned, oppgavene ble spredd og nøkkelpersoner innen HKU arbeidet forlot helsesektoren. HKU ble ikke lenger forstått som lovpålagt. I 1998 konkluderte helseministeren med at praksis hadde vist at helsedeterminant perspektivet ikke hadde bevirket noen endringer i policyer eller programmer. Arbeidet med HKU stoppet opp i ti år. Til tross for sin korte varighet, inspirerte erfaringene fra British Columbia likevel andre både internasjonalt og i Canada (St-Pierre & Mendell 2012:226-227).

I 2001 vedtok parlamentet i Québec en ny folkehelselov med en bestemmelse om HKU. En arbeidsgruppe fikk i oppdrag å lage retningslinjer for den vedtatte loven, og baserte seg på standarden i GCP. Utviklingen i British Columbia bidro til en lovfesting av at ministrene skulle sikre at lovforslag ikke hadde potensielle negative virkninger for helsen. Det ble opprettet et eget organ for vurderingen, og mellom 2003 og 2008 ble 183 lovforslag fra et bredt spekter av ministre vurdert.

Helse er vanligvis tatt med i vurderingen innen EIA, men det er en tendens til å begrense helse til den fysiske dimensjonen. På det lokale planen blir HKU brukt i utvalgte prosjekt, men er ikke i systematisk bruk. Av og til omfatter EIA den mer holistiske helsedimensjonen som ligger i HKU. Louise St-Pierre og Anika Mendell skriver at utviklingen de siste årene har vært oppmuntrende. Likevel er det få HKU som samsvarer med kriteriene i standarden om å være prospektiv, ha en

fullstendig prosedyre, gjelde en relevant sak, komme til rett tid i den politiske prosessen mv. Den praktiske bruken av HKU i Canada er fortsatt i begynnerstadiet. De spør hva det kan komme av, og vurderer samspillet mellom ideer, institusjonalisering og interesser.

De konkluderer med at kunnskapen om HKU og interessen er til stede. Canada har en vel utbygd infrastruktur med offentlige folkehelseorgan, forskningskapasitet og nettverk. Men interessen er ikke sterk nok til å omdisponere ressurser til dette formålet. Québec er unntaket. Det har ennå ikke vært mulig å skape et gjennomslag for at HKU representerer en vinn-vinn situasjon for alle sektorer. St-Pierre og Mendell peker på at andre sektorer ikke har noen politisk gevinst i å lete frem nye problem og nye kostnader som har liten relasjon til deres egne hovedoppgaver og politiske mål. De konkluderer med at den konkrete iverksettingen av HKU krever maktdeling både utenfor og innenfor helsesektoren. Det skaper motstand og krever forkjempere for HKU som kan overvinne motstanden (St-Pierre & Mendell 2012:228-231).

Refleksjonene til Louise St-Pierre og Anika Mendell har fått et gjensvar i WHO Europas strategidokument «Health 2020»). Et gjennomslag for HKU krever en alliansebygging på tvers av sektorgrenser, der helsesektoren ikke bare ber andre sektorer om å bruke ressurser på at helsesektoren kan nå sine mål, men der helsesektoren også støtter andre sektorer slik at de kan nå sine.

## Nederland

### Historisk og politisk bakgrunn



Nederland har lange tradisjoner som et fristed for forfulgte minoriteter i Europa. Nederland er et liberalt samfunn med store frihetsgrader på det sosiale området, landet har en markedsbasert blandingsøkonomi og en høy levestandard. Landet er tett befolket og bare halvparten av arealet er mer enn én meter over havnivået. Det krever en høy miljøbevissthet, sterk regulering av arealbruk og sikring mot flom. De fysiske helsedeterminantene er strengt regulert, mens det samtidig legges vekt på at det skal være stor individuell og sosial frihet. Det gir føringer for folkehelsearbeidet.

Folkehelsearbeidet er ledet av National Institute for Public Health and Environment RIVM, som ligger under Ministry of Health, Welfare and Sport. RIVM har en stab på om lag 1500 medarbeidere og er et utøvende organ for flere departementer, EU og FN. RIVM utarbeider og formidler informasjon om HKU, veiledere og resultater av utførte HKU.

Nederland er en desentralisert enhetsstat, delt i 12 provinser og hadde 408 kommuner i 2013. Kommunene har et valgt kommunestyre og et bredt spekter av oppgaver. De iverksetter politikk som er vedtatt nasjonalt og på provinsnivå, og kan selv ta politiske initiativ innen arealplanlegging, byutvikling, sosiale spørsmål, sysselsetting, velferd, utdanning, økonomi styring og miljøvern.

### Nasjonal satsing på HKU som en integrert del av EIA

I bruken av EIA på 1990-tallet, ble det lagt liten vekt på helse. I 1992 rettet folkehelsedirektøren i Rotterdam den politiske oppmerksomheten mot behovet for HKU. Den lokale flyplassen var planlagt utvidet. Utbyggingen ville være skadelig for folkehelsen, og i en avisartikkel spurte han hvorfor det bare var utredet en EIA og ikke en HKU. Det engasjerte helseministeren, som fikk vedtatt policy dokumentet «Safe and Sound. Framework for the national health policy 1995-1998» i parlamentet. Her kunngjør helseministeren at hun vil gi praktisk støtte for utvikling av HKU. I de kommende årene ble det gjennomført HKU på forskjellige nasjonale områder som motarbeiding av røking, helseforsikring og boligpolitikk. Det ble ikke vedtatt noen egne lovfestede krav om

bruk av HKU, men HKU arbeidet ble støttet av et lite kontor for tverrsektoriell politikk, som var lokalisert på Netherlands School of Public Health.

De nederlandske myndighetene vurderte to ulike tilnærminger til HKU, en rasjonell, målrettet planprosess, og en inkrementalistisk prosess. 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. (Fosse 2006:46). Den inkrementalistiske prosessen har likhetstrekk med metodene som er utviklet i Wales.

I den nasjonale handlingsplanen for helse og miljø for perioden 2002-2006, ble det argumentert for å integrere helseperspektivet i lokale policyer for miljøvern, samferdsel og arealdisponering, og viktigheten av å bruke EIA til dette formålet. Men i 2003 valgte den daværende helseministeren å legge ned den lille støtteenheten for HKU arbeidet. Etter det har oppmerksomheten i hovedsak vært rettet mot anvendelse av HKU lokalt. (Broeder & Staatsen 2012:147).

I 2005 publiserte folkehelseinstituttet RIVM en veileder i HKU med en skritt for skritt tilnærming og en sjekklister. Mange som praktiserte HKU ønsket et veikart for kvalitative og kvantitative metoder, som beskrev hvor de burde bli anvendt. I 2011 utga en ekspertgruppe en samlet anbefaling av tilgjengelige HKU metoder i EIA, med en beskrivelse i hvilke situasjoner de forskjellige metodene best kunne bli brukt og hvordan.

I 2009 leverte en kommisjon av EIA eksperter en anbefaling, der de fremmer at HKU skal gjennomføres i alle store industriprosjekter og flyplassanlegg nær boligområder. De anbefalte at konsekvenser for helsen skal vurderes ved utformingen av boligområder, og i prosjekter der befolkningen er bekymret for mulige helsefarer. Alternativer som kan forebygge og begrense negative helsekonsekvenser burde bli vurdert i EIA. De nevner at skoler og boliger bør plasseres slik at eksponering for forurensing blir minimalisert, og tilgang til grøntområder, og muligheter til å gå og sykle, blir optimalisert. (Broeder & Staatsen 2012:141-143).

Departementet for miljøvern og infrastruktur støttet utviklingen og utgivelsen av en veileder i «HKU By og Miljø metoden», for å vurdere potensielle konsekvenser av arealplaner,

samferdselsplaner, og miljøfaktorer relevante for helsen. En evaluering gjennomført av brukere av metoden og beslutningstakere i 2010, viste at den har vært gjennomført med hell i 90 prosjekt og ga et godt overblikk over miljørelaterte helserisikoer (Broeder & Staatsen 2012:143).

Folkehelseinstituttet RIVM utviklet en online sjekklister for arealplanlegging, beregnet for planleggere og beslutningstakere i starten av en planprosess. Sjekklister retter oppmerksomheten både mot sosiale og livsstils faktorer, så vel som fysiske miljødeterminanter. Femti fagmedarbeidere som evaluerte verktøyet konkluderte med at det var nyttig, men lite brukt, og trengte å bli utvidet (Broeder & Staatsen 2012:145-146.)

### **Bistand for forskning og annen ekspertise**

Lea den Broeder og Brigit Staatsen skriver at det er gjort lite forskning i Nederland på hvordan HKU har blitt tatt i bruk. De publiserte arbeidene fokuserer mest på hvor effektiv HKU er, og i særlig grad effekten av HKU som en prosess. Likevel konkluderer de med at ekspertisen, metodene og kunnskapen i HKU er tilgjengelig i Nederland.

Departement of Public Health & Social Medicine ved Erasmus University i Rotterdam har vært et samarbeidssenter for WHO innen forskning på ulikheter i helsen. Nå er Erasmus University omorganisert og har ikke noe omtale av samarbeidssenteret på sine hjemmesider. Men universitetet driver fortsatt forskning og utdanning på alle nivå i skjæringspunktet mellom helsefag, statsvitenskap, organisasjonsteori og økonomi, ved Institute of Health Policy & Management.

### **Erfaringer fra bruk av EIA SEA og HKU**

Lea den Broeder og Birgit Staatsen, som begge er tilsatt ved folkehelseinstituttet RIVM, skriver at i praksis er de fleste EIA rettet inn mot å forebygge miljømessige farer og vurderer ikke helse i et bredere perspektiv. De siste årene har det imidlertid vært en tendens til at HKU perspektivet i miljøsammenheng er utvidet fra de klassiske fysiske miljøfaktorene til også å omfatte aspekt som livsstil, sosiale strukturer og tilgang til fasiliteter. Samtidig viser folkehelsemyndighetene i kommune større interesse for arealplanlegging. Den risikobaserte tilnærmingen i miljøfagene har blitt føyd sammen med tilnærmingen for å fremme helse.

Også når det gjelder SEA var det en rekke publikasjoner som pekte på at fokuset på helse var begrenset eller fraværende, med noen hederlige unntak. I den nasjonale handlingsplanen for miljøvern og helse for perioden 2008-2013, tok fire ministre et felles initiativ og understreket hvor viktig det var å utrede konsekvensene for helse og miljø i policy beslutninger. I rapporten fra 2011 om gjennomføringen av planen går det frem at departementet for infrastruktur og miljø benytter

HKU. I beslutningsprosessene på regjeringsnivå om utforming av nasjonal politikk, er imidlertid vurderingene av helse mer en prosess for å utvikle felles samtykke, enn anvendelse av HKU metoden. Nye forslag drøftes i regjeringskollegiet, og helseministeren retter fokuserer på å identifisere og bruke parallelle interesser på forskjellige saksområder. Helse står normalt ikke høyt på dagsordenen hos andre ministre (Broeder & Staatsen 2012:143-144).

Lea den Broeder, Manon Penris, og Gerard Varela Put publiserte i 2003 en artikkel i WHO Bulletin om bruk av myke data i HKU. De peker på at i politiske saker, spesielt nasjonalt, men også regionalt og kommunalt, er forslagene ganske upresist formulert. Bestemte tall, for eksempel for hvilke personer som blir berørt, forventede kostnader, og forskjeller mellom regioner og i tidsrammer, er ikke omtalt. Følgelig er det vanskelig å anslå de positive og negative konsekvensene for helsen som politikken kan medføre. Forfatterne bruker en HKU av en nasjonal boligpolitikk som eksempel på at en HKU kan fungere effektivt, selv om det ikke foreligger harde data. Etter rådslagning i en tverrfaglig gruppe og med representanter for de to berørte departementene, avgrenset gruppen undersøkelsen til planens betydning for stimulering av fysisk aktivitet og trygghet, med begrunnelsen at disse determinantene kan få stor betydning for helsen. De søkte å løse problemet med mangelen på harde data, ved å rette oppmerksomheten mot hvilken effekt politikken ville få for helsedeterminanter og ikke direkte på helsen. De undersøkte hvor store befolkningsgrupper som ville bli påvirket. Det var usikkert hvor stor virkning tiltakene ville få for den enkelte innbygger, men der tiltakene påvirket mange, som hele den eldre befolkningen, ville små virkninger for den enkelte likevel akkumulere til store samfunnsmessige konsekvenser. Sannsynlighetene ble drøftet av eksperter på ulike områder, som vurderte dem fra forskjellige synsvinkler, og drøftet seg frem til enighet. Det bidro til å styrke konklusjonene. Rapporten ble tatt godt i mot, både i helsedepartementet og boligdepartementet (Broeder mfl 2003).

Rapporten demonstrer at det er bedre med en utredning som bygger på forutsetninger det er bred enighet om, med en realistisk tilnærming som gir et resultat som er omtrent riktig, enn en helt nøyaktig beregning, som bygger på sviktende premisser og gir et misvisende resultat..

I de første årene, frem til 2003, i perioden da det ble satset sentralt på utvikling og bruk av HKU, ble det tatt i bruk en prosedyre med flere steg, som startet med en rask forundersøkelse for å identifisere om politikken hadde relevans for helsen. De som utviklet HKU klarte å utvikle enighet med dem som arbeidet med andre områder av politikken, om definisjonen av helse og helsedeterminanter. I denne perioden var det lite fremgang i arbeidet med å kvantifisere HKU. Men i de senere årene har det skjedd, for eksempel gjennom samfunnsøkonomiske kost-nytte

vurderinger. Den nederlandske tilnærmingen til HKU har lagt vekt på behovet for å kvantifisere helseeffektene overalt hvor det er mulig. Nederlandske institusjoner har spilt en viktig rolle i utviklingen av kvantitative modeller og verktøy for HKU, gjennom sine bidrag i EU prosjekt som DYNAMO og INTARESE (Broeder & Staatsen 2012:142, 146).

Rainer Fehr og Odile Mekel ved Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen i Tyskland, peker på at slike verktøy har store fordeler. De gjør det mulig å sammenligne konsekvenser over et bredt spekter av scenarier, og kan bidra til å integrere forebyggende og kurative tiltak gjennom å bruke en felles målestokk. Samtidig er det en svakhet at de bygger på en rekke verdi- og modell-baserte forutsetninger som ikke alltid er formulert eksplisitt, og som kan gi et ubegrunnet inntrykk av solid vitenskap, samtidig som deltakelse fra interessenter blir nedtonet og til og med utelukket (Fehr & Mekel 2012:164).

Lea den Broeder og Birgit Staatsen viser til en komparativ undersøkelse av fire HKU i Nederland, som beskriver hvordan HKU har hatt et «teknokratisk» fokus, som har virket ekskluderende på interessenter som ikke er eksperter, og som har ført til en politisering av kunnskap, i stedet for å gjøre politikken mer rasjonell. Det har svekket HKU. I tillegg viser de til en undersøkelse av Helse i alle policyer perspektivet, som viser viktigheten av større nærhet til andre politiske felt. Tverrsektorielt samarbeid innen folkehelse har vist seg lettere å gjennomføre med de «myke» sektorene som utdanning og sosiale tjenester, enn med sektorer som arealplanlegging (Broeder & Staatsen 2012:147).

## Finland

### Historisk og politisk bakgrunn

Finland har sterke bånd til de andre nordiske landene, men også til sine naboer i øst og sør.

Finland var styrt av Sverige frem til 1808, og av Russland fra 1808 til 1917, da landet ble en selvstendig stat. Under annen verdenskrig kjempet Finland mot Sovjetunionen både under

vinterkrigen i 1939 og under fortsettelseskrigen i 1941-1944. Etter annen verdenskrig måtte Finland gi de østlige delene av landet til Sovjetunionen og betale betydelige krigsskadeerstatninger. Det skapte høy arbeidsledighet, stor emigrasjon og frem til 1970 tallet usikkerhet om Finlands selvstendighet i forhold til Sovjetunionen. Det finske språket hører til den finsk-ugriske språkfamilien, i likhet med estisk, en del russiske minoritetsspråk i Karelen, og samisk. Finland har to offisielle språk, finsk og svensk, mens samisk er et minoritetsspråk.



Finland er medlem av EU. Det er en industrialisert velferdsstat med en blandingsøkonomi av nordisk type.

Finland er en enhetsstat, delt i 19 landskap. Landskapene har ansvaret for regional utvikling og kommunenes internasjonale kontakter, særlig mot EU. Finland er inne i sin andre kommunereform etter årtusenskiftet. Etter 2002 ble antall kommuner i Finland redusert fra 448 til 317 gjennom frivillige ordninger. I 2013 vedtok den finske Riksdagen en lov med sikte på å gå videre med å slå sammen kommuner. Prosessen er ikke slutført ennå.

Sosial og helsedepartementet har ansvaret for folkehelsearbeidet og HKU i Finland.

Departementet har et bredt ansvarsområde, som omfatter både forebyggende og kurative tjenester, helsetjenester og sosialtjenester, arbeidsmiljø, trygdeordninger, sykelønn, og likestilling.

Departementet har et forsknings og utviklingsinstitutt som et rådgivende organ, og som et utøvende organ i arbeidet med å fremme velferd og helse i befolkningen, forebygge sykdom og sosiale problemer, og utvikle sosial- og helsetjenester. I 2009 skiftet instituttet navn fra STAKES til National Institute for health and welfare NIHW. Instituttet formidler informasjon om HKU og beslektede former for konsekvensutredninger, utgir veiledninger i arbeidet og formidler eksempler på gjennomførte HKU. (NIHW 2015)

## Forskjellige typer konsekvensutredninger

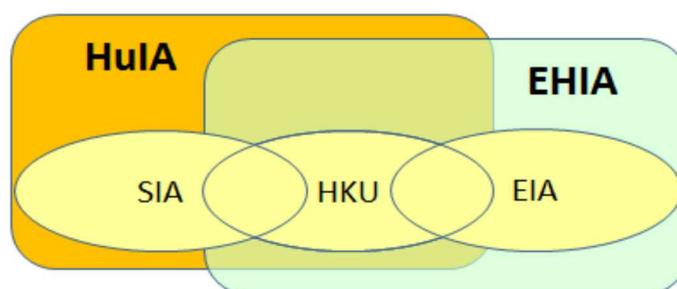
I 2012 skrev National Institute for Health and Welfare på sine hjemmesider at helse- og sosialdepartementet har utviklet og utprøvde forskjellige typer konsekvensutredninger i Finland.

De overordnede formene var Human Impact Assessment (HuIA) og EHIA. HuIA fremstilles som et nytt konsept som integrerer SIA, som dekker utredning av sosiale og psykologiske helsedeterminanters konsekvenser for individer, organisasjoner og sosiale strukturer, og HKU, i en felles konsekvensutredning. Mens SIA har vært forankret i sosialfaglige miljø, har HKU vært forankret i helsefaglige. Instituttet skriver at siden HuIA er uavhengig av yrkes- og utdanningsbakgrunnen til dem som er involvert i konsekvensutredning, og knyttet til administrasjonen, har konseptet vist seg velegnet i flerkulturelt og tverrfaglig samarbeid. HuIA har vært under utvikling siden 1990-tallet.

EHIA er konsekvensutredninger av policyer og prosjekter som har effekt på det fysiske miljøet, som støy, lukt og forurensing av luft, jord og vann. (NIHW 2015)

SIA, HKU og EIA er tre former for utredninger av konsekvenser, der også konsekvenser for helsen inngår. De overlapper hverandre. Alle er i teorien basert på et bredt spekter av determinanter. SIA legger i praksis størst vekt på de sosiale og økonomiske determinantene, EIA legger størst vekt på de fysiske, kjemiske og biologiske. Finland har valgt å utvikle to hovedformer for HKU, den ene integrert med EIA og rettet mot de fysiske determinantene, og den andre integrert med SIA og rettet mot de sosiale og økonomiske, slik det er illustrert i figuren nedenfor.

**Figur 5.1 HuIA; HKU integrert med SIA  
EHIA; HKU integrert med EIA**



I tillegg nevner instituttet andre former for konsekvensutredninger som de to hovedformene dels bygger på og omfatter, og som dels supplerer dem. Den ene er SIA, som er beskrevet ovenfor. Den andre er den tradisjonelle HKU med en bred definisjon av helsedeterminanter. Den tredje er Health Inequalities Impact Assessment (HIIA) som legger større vekt på ulikheter i helse. Den fjerde og femte er Gender Impact Assessment og Child Impact Assessment, som begge retter oppmerksomheten mot grupper som de andre formene ikke alltid klarer å fange opp. (NIHW 2015). Finland har en liknende differensiering i ulike spesialiserte utredninger av konsekvenser for miljø, samfunn og helse, som den en finner i Storbritannia. Også i Finland gjøres det forsøk på å integrere dem.

### **Erfaringer fra utvikling og bruk av HKU i Finland**

Å redusere ulikheter i helse har stått på det politiske programmet i Finland siden 1986, og i det siste tiåret har ulikheter i helse i økende grad blitt satt inn i et sosio-politisk perspektiv. Med den finske folkehelseplanen Health 2015, som ble vedtatt i 2001, ble det satt i gang et utviklingsarbeid av HKU basert på en bred definisjon av helse.

I perioden 2003-2007 startet NIHW et fem års prosjekt i samarbeid med Sunne byer i Finland for å stimulere utvikling og bruk av HKU i de kommunale beslutningsprosessene. Målet var å få integrert HKU i beslutningsprosessene. Etter at dette prosjektet var over, har NIHW videreført arbeidet for at HuIA skal bli tatt i bruk på det lokale nivået. (NIWH 2015). NIHWs positive erfaringer med bruk av HuIA blir nyansert av andre forskningsresultater.

Lea den Broeder og Frank Vanclay skriver at selv om ideen bak human impact assessment har vært attraktiv, har integrasjonen av ulike fagdisipliner og konsepter bydd på utfordringer. I 2011 hadde man ennå ikke kommet over disse hindringene i Finland. I 2007 var HuIA fortsatt vanligvis relatert til miljøfaktorer, og relasjonen mellom de forventede sosiale konsekvensene av en plan eller et prosjekt og helsekonsekvensene var vanligvis ikke beskrevet eksplisitt (Broeder & Vanclay 2014:74-75).

Som i andre EU land er EIA og SEA lovpålagt i Finland. HKU er integrert i disse to, og gjennomføres dels som en lovpålagt utredning, dels som en frivillig. I Finland var det frem til april 2013 gjennomført:

- Mer enn 200 EIA (innebefattet HKU og SIA) i perioden etter 1994
- Flere hundre konsekvensutredninger i arealplanlegging etter 1999

- Mer enn 20 SEA etter 2005  
(NIHW 2015)

I en publikasjon fra Helse- og sosialdepartementet fra 2009, skriver imidlertid Hannelene Palosuo mfl at arbeidet med HKU fortsatt var på begynnerstadiet i 2009, og at det pågikk et arbeid med å utvikle metoder for slike utredninger. De skriver at finsk forskning på ulikheter i helse var av høy kvalitet, men spredd, og trengte bedre koordinering.(Palosuo mfl 2009:4).

## Danmark

### Historisk og politisk bakgrunn

Danmark er en enhetsstat med et sentralt, regionalt og lokalt styringsnivå. Danmark gjennomførte en kommune- og fylkesreform i 2007. 271 kommuner ble slått sammen til 98, og 13 fylker ble erstattet av 5 administrative regioner. Den gjennomsnittlige befolkningstettheten, størrelsen på administrasjonen, og oppgavene til kommunen økte. Kommunene fikk blant annet økt ansvar for å smittevern og forebyggende helsearbeid, i tillegg til barnehage, grunnskole, kultur, eldreomsorg, sosiale forhold, tekniske tjenester og miljø. (Bistrup & Brønnum-Hansen 2012:168)(Økonomi og indenrigsministeriet 2015)



Regjeringen fastsatte i 2014 en folkehelseplan med syv overordnede mål for folkehelsearbeidet i de neste ti årene, med sikte på et sundere liv for alle og reduserte ulikheter i helse. For å nå målene satser regjeringen på en partnerskapsstrategi, der sivilsamfunnet og næringslivet involveres i langt høyere grad enn tidligere.

Ministeriet for sundhed og forebyggelse, det danske helsedepartementet, har det overordnede ansvaret for folkehelsearbeidet, med Sundhedsstyrelsen som faglig organ, og kommunene som det utøvende ledd, støttet av det nasjonale Center for Forebyggelse.

### Bistand fra forskning og nasjonal satsing på HKU

Etter kommunesammenslutningen i 2007 tok Sundhedsstyrelsen initiativ for å inspirere kommunene til å ta HKU i bruk. Sundhedsstyrelsen kontaktet forskningsmiljø for å få hjelp til å utvikle en praktisk veileder, og i 2008 utga Sundhedsstyrelsen veilederen «Sundhedskonsekvensvurdering – fra teori til praksis». Veilederen var utarbeidet av ansatte ved Forskningsenheten for Sundhedsfremme, Institutt for Sudhedstjenesteforskning, ved Syddansk Universitet, og med ansatte i Center for Forebyggelse i redaksjonen.

Det er en praktisk veiledning i å utarbeide en HKU som et grunnlag både for politiske og administrative beslutninger. Den følger standarden i GCP og beskriver det brede spekteret av helse-determinanter. Veilederen fokuserer på forundersøkelsen og utredningsfasen, med henvisning til erfaringer fra Danmark og andre steder, og har med lenker til ressurser på internett. Veilederen peker på at det ikke er lovpålagt å gjennomføre HKU i Danmark, men at det er lovkrav om å gjennomføre EIA og SEA. Den sier at det ikke er hensikten at HKU skal erstatte noen av dem,

tvært imot kan de ulike konsekvensutredningene samordnes, og HKU kan innarbeides i EIA og SEA.

Veilederen peker på at kommunene har fått nye oppgaver gjennom bestemmelsene i den nye Sundhedsloven, som gir dem muligheten til å tenke helhetlig og rette fokuset i det forebyggende folkehelsearbeidet mot innsats i «andre sektorer», som plan og miljø, teknisk drift med trafikk og byfornyning, arbeidsmiljø, sosial med sysselsetting, og undervisning. (Gulis mfl. 2008) (Bistrup & Brønnum-Hansen 2012:168).

Når *kommunen* tenker helhetlig i folkehelsearbeidet om innsats i *andre kommunale sektorer*, er det underforstått at den som tenker på vegne av kommunen er en av sektorene. Dette «vi og de andre» perspektivet finner en ikke bare i Danmark. Det er gjennomgående i litteraturen om HKU at HKU og folkehelsearbeidet er forankret i helsesektoren samtidig som arbeidet krever en tverrsektoriell tilnærming. Koordinatorfunksjonen for HKU i danske kommuner ligger vanligvis i helsesektoren, men det er også kommuner som har lagt den til sektoren for miljø og teknikk (Fredsgaard 2010:43).

En rekke akademikere som har vært involvert i arbeid med HKU internasjonalt, har støttet danske kommuner i utvikling og bruk av HKU. Blant dem var Marie Louise Bistrup og Henrik Brønnum-Hansen, begge tilsatt ved Institut for Folkesundhedsvidenskab ved København Universitet. Forskere i Danmark har lært av utviklingen av HKU i Europa og skrevet om den, spesielt om erfaringene fra Storbritannia, Finland og Nederland.

WHO oppgir at DBL-Centre for Health Research and Development ved København universitet er ett av samarbeidssentrene for HKU. Københavns universitet ble fusjonert med to andre institusjoner for høyere utdanning og omorganisert i 2007, DBL-Centre for Health Research and Development ble avviklet, og oppgavene overført til andre enheter. Seniorrådgiver Peter Furu, som ledet København Universitets WHO senter, opplyser at universitetets rolle som samarbeidssenter for WHO opphørte da dette senteret ble lagt ned i 2012. Forskning på politiske prosesser innen folkehelsearbeidet er videreført ved Intstitut for Folkesundhedsvidenskab, ved Det Sundhedsvitenskabelige Fakultet (Intervju med Peter Furu og Henrik Brønnum-Hanssen via e-post den 3.-4. mai 2015).

I 2013 etablerte Københavns Universitet Centre for Health Economics og Policy (CHEP), som driver forskning og utdanning innen folkehelsepolitikk og helseøkonomi. Senteret fremmer tverrfaglig forskning som integrerer epidemiologi, helseøkonomi og statsvitenskap for å forstå

helsesystemenes utfordringer og peke på bærekraftige løsninger. Innen empirisk forskning har senteret lagt vekt på utvikle en sterk og detaljert kunnskap om nordiske helsesystemer, som brukes som utgangspunkt for nasjonale undersøkelser og internasjonale sammenlikninger av den helsepolitiske utviklingen (København Universitet 2015).

I likhet med den andre nordiske landene, har Danmark ett gjennomgående system med personnummer, organisasjonsnummer og bolignummer, som gir enestående muligheter til å gjennomføre registerbaserte statistiske undersøkelser. Forskere i Danmark har benyttet verktøy som PREVENT og DYNAMO-HIA i kvantitativ epidemiologisk forskning. I 1990 deltok Danmark, sammen med Nederland, England, Wales og Sverige i et EU prosjekt for å utvikle felles tiltak basert på en PREVENT modell. Verktøyene har blitt brukt for å utvikle scenarioer som grunnlag for politiske valg (Bistrup & Brønnum-Hansen 2012:173).

## **Erfaringer fra bruk av HKU**

### *Nettverket Sunde byer*

WHO's regionale kontor for Europa etablerte prosjektet WHO Healthy Cities på slutten av 1980-tallet, og København og Horsens i Danmark ble medlemmer. De initierte nettverket Sunde Byer i Danmark, og i 2000 gjennomførte dette nettverket en studietur til sunne byer i nabolandene Sverige og Finland for å lære av deres erfaringer med bruk av HKU. I 2010 omfattet det danske nettverket for Sunde byer 70 % av alle danske kommuner.

I 2004 ble det gjennomført en undersøkelse i danske kommuner og fylker av om de ulike sektorene hadde gjennomført utredninger tilsvarende eller lik den som er beskrevet i standarden i GCP. 141 av de 271 kommunene svarte, og 21 av dem rapporterte at de hadde gjennomført liknende vurderinger. Ti av de fjorten fylkene svarte, og av dem rapporterte fem at de hadde gjennomført liknende vurderinger. (Bistrup & Brønnum-Hansen 2012:168). HKU konseptet var altså kjent, men bruken var begrenset.

HKU var et hovedtema i fase IV for perioden 2003-2008 i Healthy Cities. WHO beskrev HKU som et nyttig verktøy i integrert planlegging, for å redusere urettferdighet, oppnå en bærekraftig utvikling, og i tillegg bidra til en kunnskapsbase om helsedeterminanter og bevissthet om deres betydning. WHO's regionale kontor utviklet et HKU verktøy for europeiske byer, inviterte byene med på treningskurs, og oppmuntret dem til å ta verktøyet i bruk.

### *Undersøkelse av bruk av HKU i danske kommuner*

I 2010 gjennomførte en gruppe fra nettverket Sunde byer i Danmark en elektronisk survey undersøkelse som ble sendt til alle danske kommuner, 69 kommuner i det danske nettverket, 29 kommuner utenfor nettverket, og de fem regionene. 52 (72 %) av medlemmene i nettverket, 13 (45 %) av ikke-medlemmene, og alle de fem regionene svarte. Svarene indikerte bred kunnskap om HKU, både innenfor og utenfor nettverket og i regionene. 16 av 65 kommunene som hadde svart, og en av de fem regionene, rapporterte at de hadde erfaring fra bruk av HKU. Av de 16 kommunene som hadde gjennomført HKU, var HKUen skriftlig dokumentert i 10, men denne dokumentasjonen var bare internt tilgjengelig i kommunene. De fleste av kommunene som hadde erfaringer med bruk av HKU, hadde arbeidet i mindre enn tre år med HKU.

Ut fra svarene kommunene ga, kunne deres bruk av HKU deles i fire grupper.

- Seks kommuner gjennomførte en forundersøkelse i alle politiske saker (Sønderborg modellen)
- Taastrup kommune gjennomførte en forundersøkelse for alle saker, før arbeidet med saksutredningen startet
- Åtte kommuner gjennomførte HKU i den fysiske planleggingen på areal-, miljø- og bygningsområdet, integrert i de lovpålagte formene for konsekvensutredning, EIA og SEA
- Gentofte kommune gjennomførte HKU på helse- og sosialområdet, et område som i Danmark omfatter tema som reduksjon i risiko for kriminalitet, adgang til utdanning og arbeid, støy, luftforurensing, radioaktiv stråling, sunne boliger, grunnvannskvalitet, badevannskvalitet, mulighet for rekreasjon og friluftsliv, trafikksikkerhet og transportmessig tilgjengelighet for alle

Erfaringene fra kommune varierte. Blant de seks kommunene som gjennomførte en HKU i alle politiske saker, var Sønderborg, som hadde satt navn på modellen, mest positiv. Noe annet ville være overraskende. De andre kommunene er mer kritiske, med både positive og negative erfaringer. De peker på at arbeidet er ressurskrevende, nytten er begrenset, verktøyet for forundersøkelsen er lite relevant og vanskelig å bruke, og det er sjeldent relevant å utarbeide en HKU i andre saker enn i den fremtidsrettede, strategiske planleggingen.

Taastrup kommune som utførte forundersøkelsen i alle saker, før saksutredningen startet, har en prosedyrer hvor administrasjonen først går gjennom sakene og foreslår hvilke saker som skal forundersøkes. Kommunen anslår at det i løpet av et år kanskje er 15-20 saker som blir forundersøkt, og 10 saker som blir gjenstand for en egentlig HKU. HKU har blitt gjennomført i

saker som «utdanning for alle», «integrasjonspolitikken», «politikk for funksjonshemmede», «sysselsettingsplan», «helhetsplan for boligområder», «kommuneplanen», «boligsosial politikk», «skolestrukturen» og «fritids- og kulturpolitikk». Dette er overordene generelle planer og temaplaner med likhetstrekk til den norske kommuneplanen. Selv om en HKU i en så tidlig fase av arbeidet ikke kan bli særlig presis, skaper den en oppmerksomhet om sosiale helsedeterminanter, og sikrer en tverrfaglig dialog under utredningsarbeidet.

Blant de åtte kommunene som gjennomførte HKU i den fysiske planleggingen, var Horsens, som hadde tatt initiativet til å prøve ut HKU i planarbeidet og var en av de to byene som representerer Danmark i WHO Europas internasjonale nettverk for Sunne byer. Horsens hadde positive erfaringer fra det tverrsektorielle samarbeidet og konkluderer med at det har gitt markante forbedringer av planen. Også her ville noe annet være overraskende. Men også de andre kommunene gir positive tilbakemeldinger om at samarbeidet utfordrer til å tenke på andre måter som forbedrer planene.

Gentofte kommune som gjennomførte HKU på helse- og sosialområdet hadde valgt en annen tilnærming enn den som er beskrevet av WHO i GCP. Den har utviklet et samarbeid med en database, Børns Sundhed Databasen, som inneholder data fra helsestasjonstjenesten. Arbeidet med databasen har gitt grunnlag for faglige drøftinger og utviklingsarbeid. Rapporten skriver at det har styrket og utviklet kunnskapsgrunnlaget for det forebyggende arbeidet og tilretteleggelsen av tjenestetilbudet. Rapporten viser til kommunen ikke benytter systematisk de forskjellige fasene i et HKU arbeid som er beskrevet i standarden fra WHO, og at det kan være behov for å utrede metodene i kommune videre.

Av de 16 kommunene som hadde arbeidet med HKU, var det 11 som svarte at de fortsatt gjorde det, 1 svarte nei og 2 vet ikke.

De 39 kommunene i nettverket, og de 9 kommunene utenfor nettverket, som ikke hadde erfaring med bruk av HKU, ble spurt om de planla å ta dette verktøyet i bruk:

- Av de 39 kommunene i nettverket svarte 9 ja, 15 nei og 15 vet ikke.
- Av de 9 kommunene utenfor nettverket svarte 1 ja, 4 nei og 4 vet ikke.

Rapporten dokumenterer at kjennskapen til HKU var god i danske kommuner, men bruken var begrenset og erfaringsperioden kort, også i kommunene som deltok i nettverket Sunde byer, hvor HKU hadde vært et satsingsområde.

I konklusjonen skriver rapporten at kommunene har erfart at bruk av HKU virker meningsfullt, den gir en ny vinkel på sakene, men den er ressurskrevende både tidsmessig og prosedyremessig, og det er en utfordring å tilpasse HKU til det daglige arbeidet med utarbeiding av saksfremstillinger. Det har vært vanskelig å ta i bruk HKU, og det er behov for videre utvikling og kompetanseoppbygging.

Rapporten trekker frem at andre fagområder har manglende forståelse for helsedeterminanter, det er behov for en økt bevissthet om forbindelsen mellom helse og de konkrete tiltakene i de andre avdelingene.

(Fredsgaard 2010)

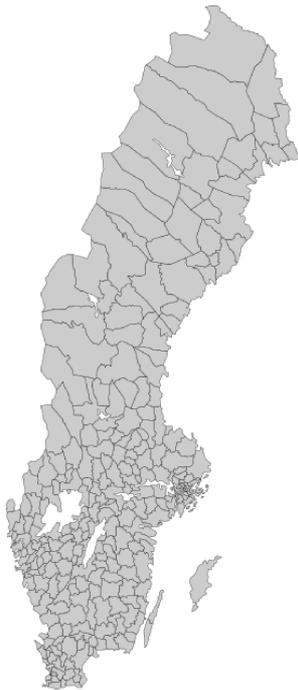
Rapporten gir et godt innblikk i arbeidet med HKU i danske kommuner, sett fra helsesektorens synsvinkel. Erfaringene fra Taastrup kommune indikerer at det kan være relevant å foreta en HKU på flere nivå i saksbehandlingsprosedyren fra det blir tatt initiativ til å utrede en sak til den er lagt frem for behandling og vedtak. Erfaringene fra Gentofte kommune indikerer at det kan være relevant å utrede ulike prosedyrer for ulike typer saker og tilnærminger.

WHO Europas strategidokument «Health 2020» angir hvordan helsesektoren kan utvikle sin strategi videre, ved å møte utfordringene sett fra kommunens synsvinkel, med et fokus på hvordan sektorene gjensidig kan spille hverandre gode, som medlemmene i et godt fungerende lag.

## Sverige

### Historisk og politisk bakgrunn

Sverige har vært en stormakt i Østersjøområdet, og er fortsatt det mest folkerike landet i Norden. Landet er politisk organisert som en enhetsstat, med et regionalt og et lokalt styringsnivå, med delegert myndighet fra staten. Landstingene er folkevalgte regionale organ som tilsvarer fylkeskommunene i Norge, länsstyrelsen er statlige organ som tilsvarer fylkesmannen i Norge..



I den nordlige delen av landet er det en samisk og finsk befolkning. Finland var tidligere en del av Sverige, og 5 % av befolkningen er finsk. Sverige har hatt en liberal innvandrings- og asylpolitikk. De seneste tiårene har mange fra Italia, Danmark, Norge, Tyskland, det tidligere Jugoslavia, Iran, Libanon, Vietnam, Chile, Irak og andre deler av Midtøsten immigrert til landet. Områder som Malmö har en høy andel innvandrere, store sosiale og økonomiske forskjeller, store sosiale problem, og store forskjeller i forventet levealder, sammenlignet med andre deler av Sverige. Det har skapt økt fokus på betydningen av sosiale helsedeterminanter.

Fra 1936 var svensk politikk i 40 år dominert av det sosialdemokratiske partiet. Men etter 1976 har regjeringmakten vekslet mellom ulike borgerlige koalisjoner og sosialdemokratene. I 2014 fikk Sverige sin første regjering som besto av sosialdemokratene i koalisjon med et annet parti; Miljöpartiet de gröna. Sverige er en velferdsstat etter nordisk modell med en markedsøkonomisk blandingsøkonomi og en omfattende offentlig tjenesteyting med betydning for folkehelsen.

Folkehelsearbeidet i Sverige er styrt av Sosialdepartementet. Det langsiktige målet for regjeringens folkehelsepolitikk er, innen en generasjon, å utjevne de helseforskjellene som lar seg påvirke. Regjeringen vil skape forutsetninger i samfunnet for en god og mer likeverdig utvikling av helsen for befolkningen som helhet. (Regeringskansliet 2015) Hovedbudskapet i WHO's rapport fra 2008 om sosiale helsedeterminanter «Close the gap in a generation», har blitt offisiell svensk politikk.

Departementet understreker at folkehelsearbeidet krever et sektorovergripende, langsiktig og målrettet arbeid av aktører på mange ulike nivå i samfunnet. Statens innsats på området går ut fra flere departementer og fra flere statlige myndigheter. Sosialdepartementets hovedsatsingsområder innen folkehelse for 2015 er cannabis, antibiotikaresistens og ebola. (Regeringskansliet 2015).

Sosialdepartementet har Folkhälsomyndigheten som sitt utøvende organ. Det ble opprettet i 2014 gjennom en sammenslåing av Smittskyddsinstitutet og Statens folkhälsoinstitut og overføring av oppgaver fra Sosialdepartementet. Folkhälsomyndigheten har det overordnede ansvaret for utvikling og iverksetting av HKU i Sverige (Folkhälsomyndigheten 2015).

Folkehelsearbeidet i Sverige blir i hovedsak utført på regionalt og lokalt nivå av länsstyrelser, landsting, kommuner og ideelle organisasjoner. Organiseringen av folkehelsearbeidet på det lokale og regionale nivået varierer. Noen kommuner har en egen folkehelsekoordinator. Mange kommuner har tverrsektorielle organ, folkehälsråd, som samarbeider med landsting, länsstyrelser, ideelle organisasjoner mv. (Regeringskansliet 2015).

### **Satsing på HKU fra det nasjonale, regionale og lokale nivå**

Sverige har vært ett av foregangslandene i arbeidet med å utvikle metoder for HKU, og å ta HKU i bruk som et alminnelig perspektiv i saksbehandlingen i offentlig sektor.

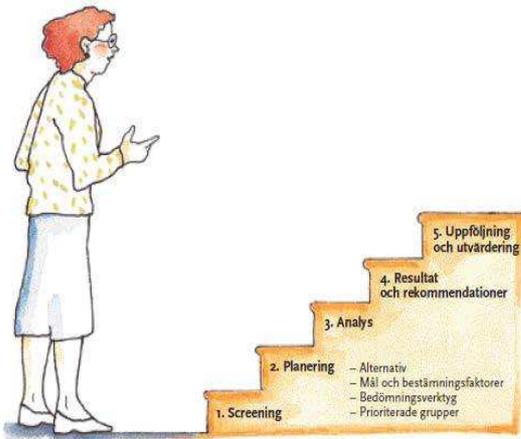
Svenska kommunförbundet og Landstingsförbundet, søsterorganisasjonene til Kommunenes Sentralforbund i Norge, samarbeidet allerede på 1990-tallet om innføringen av HKU. I 1998 utga Landstingsförbundet og Svenska kommunförbundet veiledningsheftet «Med fokus på Hälsan. Hur kan man beskriva hälsokonsekvenser av politiska beslut?». (Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet 1998)

Da WHO i 1999 inviterte til en konferanse for å samle erfaringer og utvikle enighet om hvordan HKU kan brukes, ble konferansen lagt til Göteborg i Sverige, med Nordiska hälsovårdskolan Göteborg som vertskap og Statens folkhälsoinstitut som en sentral finansiell bidragsyter. (Olsson 2001)

I 2003 innførte Riksdagen i Sverige et mål og resultatstyringssystem for folkehelsearbeidet, og lovfestet elleve overordnede folkehelsemål.

Som de fleste andre vestlige land, har Sverige et lovkrav om EIA, men ikke et generelt lovkrav om HKU. Regjeringen startet innføringen av HKU i offentlig sektor ved først å pålegge de overordnede statlige enheter å ta metoden i bruk. Mellom 2005 og 2008 fikk 11 enheter i statsforvaltningen og alle länsstyrelsene i oppdrag å ta i bruk HKU. Planen var gradvis å ta i bruk metoden nedover i hierarkiet i offentlig sektor.

## Opplæring og veiledningsmaterieill i HKU i integrerte konsekvensutredninger



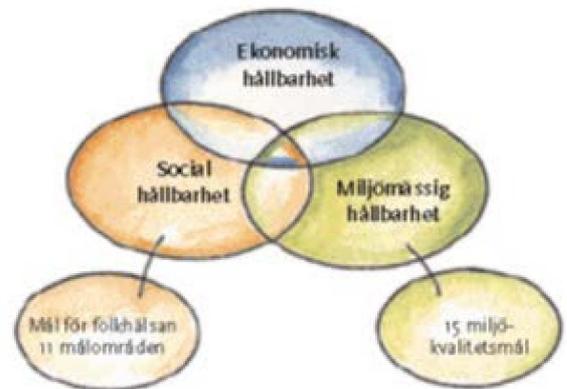
Figur 3. Bilden visar de olika "stegen" eller faserna vid framtagandet av en hälsokonsekvensbedömning. Det är viktigt att ta med sig lärdomarna från tidigare hälsokonsekvensbedömningar när man påbörjar arbetet med en ny.

Innföringen av HKU i Sverige har skjedd i et tett samspill mellom Svenska kommunförbundet og Landstingsförbundet på den ene siden, og staten ved Statens folkhälsoinstitut på den andre.

I 2005 utga Statens folkhälsoinstitut «Vägledning för hälsokonsekvensbedömningar. Med fokus på social och miljömässig hållbarhet» med en konkret, skritt for skritt veiledning, som omfatter screening, planlegging av arbeidet, analyse,

resultat og anbefalninger, og oppfølging og evalueringer. (SFI 2005) Jevnfør illustrasjonen til venstre som er fra veiledningen.

Et viktig formål med veiledningen var at HKU skal speile både det sosiale og det fysiske miljøet og bli en del av de lovfestede formene for konsekvensvurdering, miljøkonsekvensbeskrivninger (EIA) og miljøbedømminger av planer og program (SEA). Jevnfør illustrasjonen til høyre fra veiledningen.



Figur 4. Sambandet mellan hållbar utveckling, mål för folkhälsan och miljömål.

Veilederen fremholdt også at HKU kan brukes til å gjøre risiko- og sårbarhetsanalyser, og i 2006 utga Statens folkhälsoinstitut et eget veiledningshefte om dette temaet (SFI 2006). Veilederen la altså vekt på å utvikle en integrert form for konsekvensutredninger (Linell 2005).

I 2007 ga Statens folkhälsoinstitut ut et veiledningsheftet om HKU i den fysiske planleggingen (SFI 2007). Det samme året utga instituttet også et veiledningsheftet om metoder for kvantitative HKU, med en ny versjon i 2010, og en tredje versjonen året etter; «Metoder för kvantitativa hälsokonsekvensbedömningar (HKB) - Miljö samt Fysisk aktivitet» (SFI 2010). Her er oppmerksomheten rettet mot det fysiske området.

I 2013 formidlet Statens folkhälsoinstitut «Checklista för val av målområden och bestämmningsfaktorer/indikatorer vid HKB» uten logo og angitt utgiver, og brosjyren «De olika

stegen i en HKB», som sammenfatter anbefalingene i veiledningen fra 2004, uten å foreslå noen prinsipielle endringer i prosedyrene og metodene.

### **Undersøkelser av bruken av HKU og erfaringer fra bruken**

Også oppfølgingen av hvordan innføringen av HKU i kommuner og landsting har gått i praksis, har skjedd i et tett samspill mellom Svenska kommunförbundet og Landstingsförbundet på den ene siden, og staten ved Statens folkhälsinstitut på den andre. Svenska kommunförbundet og Landstingsförbundet gjennomførte i 2001 en landsomfattende undersøkelse av bruken av HKU i landsting. I 2004 gjennomførte Statens folkhälsinstitut en lignende undersøkelse, denne gangen av bruken av HKU i samtlige av landets kommuner. I 2007-2008 gjennomførte Statens folkhälsinstitut en ny undersøkelse, der samtlige landsting og de 40 kommunene som i 2004 hadde svart at de enten benyttet HKU, eller at de testet metoden, men ennå ikke fattet noe vedtak om de skulle bruke den fast. Undersøkelsen ble publisert i 2009 i rapporten «Hälsokonsekvensbedömningar i kommuner, landsting och regioner». Denne rapporten har med tall fra alle de tre undersøkelsene, og fra svarene som politikere og tjenestemenn ga i en intervjuundersøkelse:

- I 2001 oppga 10 landsting at de brukte HKU, 5 at de hadde begynt å bruke metoden, 2 at de hadde besluttet å bruke den, og 4 svarte ikke, av de i alt 21.  
I 2007 oppga 6 landsting at de prøvde, utviklet eller brukte HKU, 1 at de hadde prøvd å bruke metoden, 4 at de hadde besluttet å bruke den, og 10 at de ikke hadde prøvd å bruke den, av de i alt 21.
- I 2004 oppgav 12 kommuner at de brukte HKU, og 28 at de hadde vedtatt å bruke HKU. Av disse 40 kommunene, oppga i 2007 10 at de utvikler eller anvender HKU, 30 at de ikke bruker HKU. Av de 12 som brukte HKU i 2004, var det 8 som hadde sluttet å bruke HKU i 2007.
- Spørreundersøkelsene er litt forskjellig utformet, men trenden er likevel entydig. Fra 2001 og 2004 til 2007 var det en markant nedgang i bruken av HKU i svenske landsting og kommuner.  
(Bergström mfl 2009)

I 2013 år utga Statens folkhälsoinstitut rapporten «Tio år med svensk folkhälsopolitik Folkhälsoarbete organiserat av kommuner, landsting, regioner, länsstyrelser, myndigheter och ideella organisationer 2004–2013» Tiåret hadde startet med innføringen av mål og rammestyring, vedtak av elleve overordnede mål, og en bred satsing på innføring av HKU i svenske kommuner. I

tiårsrapporten er temaet HKU forbigått nesten helt i stillhet. I den 80 sider lange rapporten, nevnes det i én setning at bare 2 av 14 länsstyrelser benytter HKU systematisk, og rapporten har ingen opplysninger om utbredelsen i landsting og kommunene. Det nevnes at det har vært kommuner som har arbeidet med HKU, men ikke hvor mange. (Makenzius 2013)

For å få mer informasjon om utviklingen i Sverige i bruken av HKU i svenske kommuner etter 2007, ble Kent Bergström kontaktet. Han er hovedforfatter av rapporten til Statens folkhälsoinstitut fra 2009. Etter fusjonen i 2013 mellom Statens folkhälsoinstitut og beslektede institusjoner, er han i dag ansatt i den fusjonerte Folkhälsomyndigheten. På spørsmål i et intervju i november 2014 om trenden har snudd etter 2007, svarte han at temaet HKB ikke diskuteres særlig mye lenger i Sverige. Det har ikke vært en oppfølging av arbeidet etter 2007. Man vet ikke presist hvordan situasjonen er i dag. Oppgavefordelingen er forandret, han arbeider i dag med andre oppgaver, og han viste til Ida Knutsson ved Folkhälsomyndigheten som kunne gi utfyllende svar.

Ida Knutson representerte Folkhälsomyndigheten og holdt et innlegg på Nordisk Folkehelsekonferanse i Trondheim 2014, med tittelen «Svenska erfarenheter av att arbeta med hälskonsekvensbedömningar (HKB)»(Knutsson 2014), hvor hun går gjennom policy-dokumentene og peker på at det har vist seg å være vanskelig å innføre HKU i Sverige. I et intervju i november 2014 bekreftet hun det inntrykket Kent Bergström ga av utviklingen i Sverige. Situasjonen er ikke dokumentert etter 2007. Ut fra hva myndighetene har av erfaring, er trenden den samme, HKU brukes fortsatt i liten grad av kommunene.

Hva kan det komme av at svenske kommuner i så liten grad benytter HKU, til tross for en omfattende satsing og veiledning, både fra kommunenes egen organisasjon og staten, og til tross for at svenske kommuner normalt lojalt følger opp oppgaver og anbefalinger fra staten? Rapporten som ble publisert i 2009 har en analyse av en spørreundersøkelse som ble gjennomført i 2007-2008. Undersøkelsen hadde spørsmål av hva årsaken til nedgangen av bruk av HKU kunne være. 59 tjenestemenn og 49 politikere deltok i undersøkelsen. Sitatene nedenfor gjengir de viktigste hovedpunktene som ble belyst av undersøkelsen. Teksten under hovedpunktene er hentet fra rapporten og ikke oversatt fra svensk til norsk:

- Ytre faktorer som påvirker organisasjoners HKU arbeid:
  - Intervjuerna visar att lagreglering eller integrering med andra konsekvensverktyg som miljö- konsekvensbeskrivning underlättar organisationers HKB-arbete. Samverkan på både lokal, regional och nationell

nivå är också viktigt för att öka kunskapsutbyte och ge ytterligare stöd till arbetet med HKB.

- Regionalt og lokalt samarbeid:
  - Intervjustudien visar att det är vanlig med samverkan mellom regional og lokal nivå, når det gæller lokalt folkehælsarbeid. I Skåne till exempel har ett antal kommuner fått stöd från regionen i sitt HKB-arbete. Flera landsting uttrycker att samverkan mellom ulike regionala aktører skulle bidra till ett større interesse og bättre kontinuitet i arbeidet med HKB. I flere fall har landsting og regioner gett stöd till kommunernas HKB-arbete, men de har inte själva fått så stort stöd. Den ”stödstruktur” som omger arbeidet med HKB är inte lika utvecklade som motsvarigheten på miljøsidan, MKB
- Organisatoriske forutsetninger for et vellykket HKU arbeid:
  - För att man ska kunna utveckla ett framgångsrikt och hållbart HKB-arbete behövs ett beslut och att olika yrkesgrupper samarbetar. Men ett framgångsrikt HKB-arbete vilar också på en gemensam värde- och begreppsgrund kring hälsa och vikten av att det finns ett hälsoperspektiv. HKB-arbetet är också beroende av att man väljer ut lämpliga ärenden som bör genomgå en HKB. I denna urvalsprocess är det främst det övergripande nationella folkhälsopolitiska målet samt regionala och lokal behov som bör styra.
- Fordeling av roller og ansvar mellom politikere og tjenestemenn:
  - HKB-arbetet har i många fall försvårats på grund av bristande kunskaper i folkhälsa og forståelse för vad en HKB kan bidra till. Detta har resulterat i ett bristande engagemang hos både tjänstemän og politikere. Bättre kunskaper i folkhälsa hos till exempel politikere eller tjänstemän på chefspositioner kan ge ett framgångsrikt HKB-arbete. En tydlig roll- og ansvarsfordelning mellom politikere og tjenestemenn har också visat sig vara en betydelsefull faktor.
- Hinder og muligheter for å kunne anvende HKU verktøy:
  - Det finns en efterfrågan på ett flexibelt HKB verktyg. Samtidigt skiljer sig de HKB som utförs med hjälp av existerande verktyg sett till både tillvägagångssätt og innehåll. För att säkerställa kvaliteten på en HKB behöver vi utveckla metodens form og innehåll.

Flere av svarene på dette punktet er basert på de verktøyene som ble lansert i 1998, og ikke de som har blitt utviklet senere.

- Støtte fra Statens folkehälsinstitut:
  - Resultaten av denna intervjustudie viser at bristen på samverkan mellan lokal, regional och nationell nivå leder till att det blir svårare för kommuner och landsting att vidmakthålla och vidareutveckla HKB-arbetet. En fungerande samverkan skulle ge möjlighet till erfarenhetsutbyte och kunskapsöverföring och man vill därför att en nationell aktör tar på sig en samordnande roll för aktörer som arbetar med HKB. Man vill också samordna sig i nätverk för att ytterligare fördjupa erfarenhetsutbyten mellan kommuner, och landsting och regioner. Ett gemensamt HKB-nätverk skulle inte bara underlätta erfarenhetsutbyte och kunskapsöverföring utan skulle även ge HKB-arbetet legitimitet i den egna organisationen. Man ser Statens folkhälsinstitut som en given drivande aktör i av ett sådant nätverk.  
(Bergström mfl 2009)

I intervjuet i november 2014 kommenterte Kent Bergström de viktigste grunnene til at bruken av HKU hadde gått tilbake:

Han sa at arbeidet var for komplisert. Samarbeid i tverrfaglige og tverrsektorielle team er en krevende arbeidsform. Samtidig hadde fagpersonalet i Statens folkehälsinstitut et ønske om å utvikle en modell som kunne gjøre arbeidet enklere, men det hadde det ikke blitt anledning til. De ønsket å gi kommunene en nettbasert løsning, med kilder fra forskningen, som kunne gi oversikter og svar.

Ida Knutsson bekreftet og utdypet vurderingen til Kent Bergström:

Hun sa at de anbefalte metodene har vært vanskelig å implementere. Regjeringens oppdrag på området har stått stille. Regjeringen ga i utgangspunktet et oppdrag for å øke bruken av HKB i kommuner, landsting og regioner, og fikk rapporter tilbake om det var hinder og vanskeligheter i gjennomføringen. Metodene for HKU var arbeidskrevende og kompliserte. Kommunene manglet ressurser. Kravet var ikke lovfestet, så det kunne prioriteres ned i forhold til lovfestede krav.

HKU krever samfunnsvitenskapelige begrunnelser Det er vanskelig å få slike vitenskapelige bedømminger. Dermed blir det vanskelig å belegge forventet resultat. Det gjør det igjen vanskelig å motivere til HKU i kommunene. Arbeidet blir for upresist, man kan ikke gå så dypt i bedømmingen.

I Sverige har man prøvd å benytte de samme metodene i HKU som i miljøkonsekvensutredninger, men det blir for komplekst, og man mangler de lovkravene som finnes for miljøkonsekvensutredninger. Det er behov for enklere metoder.

Veiledningsmaterialet fra Statens folkhälsinstitut bekrefter det bildet Kent Bergström og Ida Knutsson ga i intervjuene. Veilederen fra 2005 fremhever sammenhengen mellom EIA og HKU og beskriver prosedyren for å gjennomføre en helsekonsekvens *analyse*. De enklere formene for HKV, som GCP anbefaler der de er relevante, er ikke nærmere omtalt.

Ida Knutsson skrev en artikkel i 2010, sammen med Anita Linell, om de svenske erfaringene med innføring av HKU. Her argumenterer hun for systemet med mål og resultatstyring ved hjelp av objektive indikatorer og systematisk kontroll. Hun fremhever at det som har hindret innføringen av HKU er at Sverige mangler et lovpåbud om HKU, mangler tilstrekkelig finansiering av HKU, og av og til også kompetanse i folkehelse (Knutsson 2010).

Det kan være grunn til å spørre om den ensidige vekten på helsekonsekvens analyser, henger sammen med at den svenske versjonen av HKU har vært nært knyttet til EIA og en underliggende NPM teori om rasjonell, målrettet evidensbasert planlegging.

### **Nye tilnærminger til HKU**

At bruken av HKU i Sverige ved hjelp av veiledningsmaterialet som ble utarbeidet mellom 1998 og 2007 har stoppet opp, betyr ikke at det ikke lenger foretas HKU i saksbehandling i Sverige på det regionale og det kommunale nivået. Som i en rekke andre land, har rapporten fra 2008 fra The Commission on Social Determinants of Health, “Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health”, gitt ny inspirasjon til arbeidet. Denne gangen kommer initiativet fra kommuner og landsting. Det kan illustreres med to dokument som har fått bred oppmerksomhet, nasjonalt og internasjonalt; Malmökommisjonens rapport «Malmöns väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa», og Västra Götaland Regionens policy dokument «Samling för social Hållbarhet. Åtgärder för jämlik hälsa i Västra Götaland», begge fra 2013. (Stigendal & Östergren 2013) (Västra Götaland Regionen 2013)

### *Malmö väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa*

I Sverige som i andre vestlige land, har de sosiale ulikhetene økt de siste tiårene. I Malmö by har de blitt særlig synlige. Forventet levealder varierer med nesten syv år mellom forskjellige deler av byen. Byen har lenge vært i nyhetsbildet på grunn av gjengkriminalitet, store sosiale forskjeller, høy andel innvandrere og problemer med integreringen av ulike befolkningsgrupper. Inn- og utflyttingen i byen er høy, Malmö har blitt en transitt by. Samtidig har det vært en sterk ambisjon blant beslutningstakerne i kommunen å skape en bærekraftig by, både økonomisk, økologisk og sosialt.

I 2010 oppnevnte kommunen en uavhengig kommisjon for å foreslå evidensbaserte strategier for å redusere ulikheter i helse og forbedre levekårene for befolkningen i byen, spesielt for de mest sårbare og vanskeligstilte gruppene. Kommisjonen hadde fjorten medlemmer, hver med et spesifikt kompetanseområde innen samfunnsvitenskap, helse økonomi, studier av bysamfunn og Malmö by, i en kombinasjon av vitenskapelig og erfaringsbasert kunnskap. Kommisjonen leverte sin rapport i mars 2013, og året etter vedtok kommunestyret en politikk for hvordan rapporten skal følges opp i praksis.

Kommisjonen har lagt fem perspektiv til grunn for sitt arbeid. For det første det etiske perspektivet i WHO's rapport «Closing the gap in a generation» om at det er dypt umoralsk ikke å gjennomføre tiltak for å utjevne ulikheter i helse, når årsakene er kjent og mulige å påvirke med en rimelig innsats. For det andre et perspektiv på bærekraftig utvikling, som forklarer hvordan økologiske, økonomiske og sosiale sider ved bærekraftighet må bli utviklet som et hele. For det tredje et sosiologisk samfunnsperspektiv som legger vekt på integrasjon, i betydningen av faktisk deltagelse så vel som en opplevelse av delaktighet. For det fjerde et kjønnsperspektiv med en dypere forståelse av kvinner og menns ulike tilgang til makt, ressurser og innflytelse i samfunnet, som i forlengelsen påvirker helse, velvære og livskvalitet. For det femte fremmer kommisjonen et sosialt investeringsperspektiv der sosiale innsatser ses på som investeringer og ikke som kostnader.

Kommisjonen foreslo 24 mål, 72 tiltak og to overordnede anbefalinger:

1. Etabler en politikk for sosiale investeringer som kan redusere urettferdige levekår og skape et mer rettferdig sosialt system
2. Forandre prosessene ved å skape kunnskapsallianser og en demokratisert styringsform

Kommisjonen pekte på at de viktigste faktorene som kan bidra til forbedring ligger utenfor helsesektoren, og fokuserte på tre samfunnsområder:

- Oppvekstkår for barn og unge
- Demokrati og innflytelse i samfunnet
- Sosiale og økonomiske kår

(Stigendal & Östergren 2013) (Malmö Stad 2015) (Malmö University 2015)

Kommisjonen kommer ikke nærmere inn på helsekonsekvensutredninger, men implisitt i kommisjonens analyser og anbefalinger ligger det vurderinger av årsaksforhold og hvilke tiltak i kommunens politikk som kan bidra til å redusere omfanget av dårlig helse, velvære og livskvalitet i befolkningen. Det er mange aktiviteter som kaller seg HKU, men som ikke er HKU, og tilsvarende er det mange aktiviteter som ikke kaller seg for HKU, men som faktisk er det. Jevnføret sitatet fra John Kemm i innledningen til kapittel 4 (Kemm 2012:4). Kommisjonens arbeid er et eksempel på HKU, og rapporten legger grunnlaget for HKU i saksbehandlingen til politiske organer i Malmö kommune og andre kommuner i og utenfor Sverige, uansett om konsekvensvurderingene i disse saksutredningene vil bli kalt HKU eller ikke.

### *Samling för social Hållbarhet. Åtgärder för jämlik hälsa i Västra Götaland*

I 2010 ga fylkestinget i Västra Götaland Regionen folkehelsekomiteen i oppdrag å koordinere utarbeidningen av en regional handlingsplan for å redusere ulikhetene i helse i regionen. Arbeidet ble organisert med en styringsgruppe, folkehelsekomiteens sekretariat som prosjektgruppe, en bredt sammensatt arbeidsgruppe, samt referansegrupper.

Arbeidsprosessen inkluderte aktører i ulike organisasjoner på så vel lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt nivå. Tilnærmingen var basert på et nedenfra-og opp perspektiv, der erfaringene fra profesjonsmedarbeidere i virksomhetene, i kombinasjon med deltaking fra politikere, dannet grunnlaget. Arbeidet ble basert på nasjonal og regional folkehelsepolitikk, WHO's rapport "Closing the gap in a generation", WHO Europe's strategi dokument "Health 2020", og arbeidet til Malmö bys kommisjon for sosial bærekraft og et tyvetalls kommuner som den svenske kommuneforbundet hadde samlet i et nettverk (Västra Götaland Regionen 2013).

Arbeidet resulterte i en rapport hvor det angis tre hovedområder som ansees som de mest sentrale for å redusere ulikhetene i helse i Västra Götaland:

- Trygge og gode oppvekstvilkår
- Økt deltaking i arbeidslivet
- Aldring med livskvalitet

Innen hvert av disse tre hovedområdene beskriver rapporten forskjellige situasjoner, og innen hver situasjon fremmer den forslag til tiltak. Arbeidsgruppen samlet inn flere hundre forslag til tiltak gjennom sine nettverk. Ut fra en faglig vurdering, ble forslagene med potensiale for å få en positiv konsekvens i situasjonen valgt ut (Västra Götaland Regionen 2013).

Målet var ikke bare å iverksette nasjonal politikk, men også å gi innspill til nasjonale og internasjonale beslutningsprosesser. Det har lyktes. WHO Europe har laget en egen rapport om prosessen i og rapporten fra Västra Götaland Regionen, som et eksempel på hvordan WHO Europe's strategi «Health 2020» kan gjennomføres i praksis (Berhe mfl 2014).

I WHO's rapport "Tackling health inequities: from concepts to practice. The experience of Västra Götaland" skriver Maria Berhe og Göran Henriksson fra folkehelsekomiteens sekretariat, og Francesco Zambon fra WHO's regionskontor for Europa:

Everyone with a little experience with policy-making acknowledges that decisions seldom if ever come through the classical linear decision-making process, which starts with a mapping of possible solutions, their prioritization and proper implementation, and concludes with adequate evaluation for efficiency. Such a linear decision-making process is rather a Weberian "ideal type". In practice, decision-making is a lot more complex undertaking (Berhe mfl 2014: 12)..

Som grunnlag for å forstå de politiske prosessene som folkehelsearbeidet og HKU inngår i, legger de til grunn J. M. Kouzes og P. R. Mico's variant av March og Olsens «søppelbøtteteori» der beslutningsprosesser i organisasjoner forstås som samspillet mellom problemer, løsninger, beslutningsmuligheter, og deltakerne som bidrar til å problematisere og identifisere løsninger. Hver av disse har sin egen dynamikk og er i stor grad uavhengige av hverandre. Når flyten i disse fire strømmene bringer dem sammen, skapes «windows-of-opportunity» som må gripes når de oppstår. Berhe, Henriksson og Zambon viser til J. W. Kindons teori om «windows-of-opportunity» og peker på at politiske entreprenører kan bidra til å skape slike forbindelser for å få en fremtidig policy som de foretrekker.

De bruker B. Latours aktør-nettverk teori for å sette handlingsplanen inn i en større prosess, som et verktøy ved siden av andre aktiviteter, og som en visualisering av et omforent syn på virkeligheten som er utviklet gjennom forhandlinger. Ut fra aktør-nettverk teori peker de på at forutsetningen for at aktørene skal samarbeide i nettverket, er at de oppfatter det som meningsfullt fordi de vil få noe igjen for det. Deltakerne må ha en felles forståelse av problemet, og en

forståelse av at det er nyttig for dem å samarbeide med andre for å løse det. De må være dedikert til å delta, ha forskjellige roller og funksjoner i nettverket, og en felles identitet som mobiliserer og gjør det mulig at andre kan representere dem og snakke for dem utad.

Forfatterne peker på at folkehelsearbeidet ikke bare er avhengig av et nettverkssamarbeid mellom ulike profesjonsgrupper, men også mellom politikere, administrativ ledelse og fagmedarbeidere. Aktørene på disse tre nivåene har ulike roller, legger ulike prinsipper til grunn for sitt arbeid, og har ulike mål på suksess, som skaper koordineringsproblem. Politikere i et demokrati er avhengig av samtykke fra dem de styrer og har som mål å skape rettferdighet. Den administrative ledelsen styrer ut fra hierarkisk kontroll og koordinering, og har kostnadseffektivitet og virkningsgrad som mål. Fagmedarbeidere ønsker autonomi og selv-regulering, og har service kvalitet, og gode standarder og praksis som mål. Forfatterne peker på at disse prinsippene er i konflikt med hverandre og er viktige deler av forklaringen på hvorfor det er vanskelig å sette politiske vedtak i verk.

(Berhe mfl 2014: 11-15)

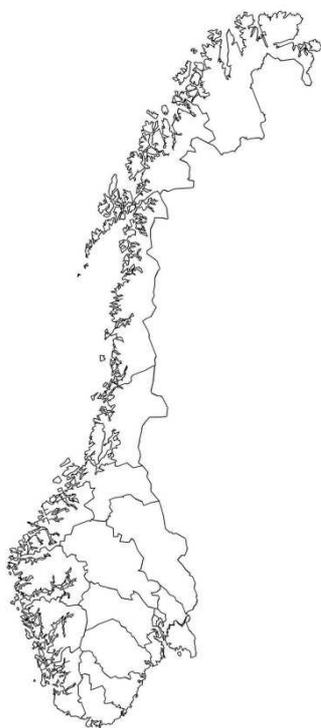
Heller ikke i dette policydokumentet eller i rapporten om det, snakkes det eksplisitt om HKU. Men arbeidsmetoden som er beskrevet i rapporten fra Berhe mfl, innebærer at det i dette arbeidet er foretatt utredninger av hvilke konsekvenser de forslått tiltakene kan få for helsen i utsatte grupper. Forslagene som er fremmet i rapporten er resultatet av disse helsekonsekvensutredningene. Formålet med rapporten er at den skal brukes i offentlig saksbehandling, og dermed bidra til et sterkere fokus i saksutredninger på hvilke tiltak som kan fremmes for å skape mindre ulikhet og mer rettferdighet i helse.

Policydokumentet og rapporten om det, reflekter samtidig en forståelse av de politiske og sosiale prosessen som arbeidet med HKU inngår i, som gir grunnlag for å bygge allianser og utvikle realistiske og realiserbare strategier for en koordinert, tverrsektoriell innsats. Samtidig gjenspeiler dokumentet det strategiske skiftet som WHO Europe har tatt i «Health 2020».

Med tilnærmingen til arbeidet for å skape større rettferdighet i helse i byer som Malmø og regioner som Västra Götaland, er Sverige igjen et foregangsland i folkehelsearbeidet. Arbeidsformen og analysene av hva som er de lokale årsakene til ulikhet i helse, og hvilke tiltak som kan settes i verk for å forbedre helsen for utsatte grupper, er basert på andre forutsetninger enn den formelle prosedyren i standarden i GCP, og representerer en fornying av dette arbeidet.

## Norge

### Historisk og politisk bakgrunn



Norge er politisk organisert som en enhetsstat, med et regionalt og et lokalt styringsnivå, med delegert myndighet fra staten. Av landene som inngår i denne rapporten, har bare Canada et gjennomsnittlig lavere folketall i kommunene enn Norge. Kommunesektoren er inne i en reform med sikte på å etablere færre kommuner med et større antall innbyggere, og et politisk og administrativt apparat med økt kompetanse og kapasitet. I Danmark førte en tilsvarende reform til at kommunene fikk et større ansvar for folkehelsearbeidet.

Norge er en velferdsstat etter nordisk modell med en markedsøkonomisk blandingsøkonomi og en omfattende offentlig tjenesteyting. Det er et uttalt politisk mål å skape sosial rettferdighet. Velferdsordningene er i stor grad universelle. Det legges vekt på full sysselsetting og sikring av inntekt. Landet har en sterk fagbevegelse og lange tradisjoner for trepartssamarbeid mellom regjering,

arbeidsgiverorganisasjoner og arbeidstakerorganisasjoner, slik også de andre nordiske landene har. Det er høy grad av likestilling mellom kjønnene innen utdanning, arbeidsmarkedet og politisk liv. Regjeringsmakten har vekslet mellom borgerlig og sosialdemokratisk dominerte regjeringer. Men de grunnleggende prinsippene i velferdsstaten har ligget fast, det er bred politisk enheten om dem blant alle partiene på Stortinget.

Omstillingsevnen i det norske næringslivet og arbeidsmarkedet er høy. Den er basert på en politikk som kombinerer inntektssikkerhet, arbeidsformidling og etterutdanning for arbeidstakerne, med en stimulering av næringer med et vekstpotensial. Denne kombinasjonen av fleksibilitet og sikkerhet har fått betegnelsen «flexicurity» og fått stor internasjonal oppmerksomhet som en del av den nordiske modellen. Norge har høye oljeinntekter, en solid økonomi, høy sysselsettingsgrad og har blitt relativt lite berørt av finanskrisen i Europa de senere årene.

Selv om økonomien er god, den gjennomsnittlige levestandarden er høy, og offentlig sektor har et utbygd tiltaksapparat innrettet mot å redusere sosiale ulikheter og ulikhet i helse, har likevel både de sosiale ulikhetene og ulikhetene i helse økt de siste tiårene. Ulikhetene i Norge er like store som dem en finner i andre land i Europa med svakere økonomi og velferdsordninger. Erkjennelsen

av at det faktisk er slike ulikheter har bidratt til at tiltak for å redusere sosialt og økonomisk betingede helseforskjeller har blitt satt på den politiske dagsordenen.

I den nordlige delen av landet er det samfunn som holder i hevd språket og kulturen til den samiske urbefolkningen, og til kvener med finsk bakgrunn. Norge har hatt en nettoinnvandring gjennom de siste tiårene. Vel 15 % av befolkningen i 2014 har innvandrerbakgrunn. Det bor innvandrere i alle landets kommuner, men andelen er klart høyest i Oslo og områdene rundt hovedstaden. Det er flest innvandrere fra Polen, Litauen og Sverige (SSB 2015). Landet er i en brytningsperiode, der en sosialpolitikk utformet for en homogen enhetskultur, tilpasses en ny situasjon med mer åpne grenser, økt innvandring, og større kulturelt mangfold. Disse endringene har betydning for konsekvensvurderinger av tiltak på det sosiale området.

På statlig nivå har Helse- og omsorgsdepartementet hovedansvaret for folkehelsearbeidet, med Helsedirektoratet som fag- og myndighetsorgan, og Folkehelseinstituttet som kunnskapsleverandør. Samtidig er det understreket at det er et tverrdepartementalt ansvar for folkehelsearbeidet. Kommunene har et ansvar for å utarbeide oversikt over helsetilstanden i befolkningen, og å planlegge og iverksette tiltak for å møte folkehelseutfordringene. Fylkeskommunene skal understøtte folkehelsearbeidet i kommunene og fremme folkehelse innen sitt eget oppgaveområde.

Norge er ikke medlem i EU, men tilknyttet EU gjennom EØS avtalen, og forpliktet til å innarbeide bestemmelsene i EU direktiv, som EIA direktivet og SEA direktivet, i norsk lov. De to direktivene ligger til grunn for forskriftene til plan- og bygningsloven om konsekvensutredninger, bestemmelsene i folkehelseloven om HKU, og utredningsinstruksen for den sentrale forvaltningen.

## **Regulering av EIA, EHIA og HKU i lover og forskrifter**

### ***Plan- og bygningsloven***

EIA og SEA i plan- og bygningsloven

I 1985, samme år som EU vedtok sitt EIA direktiv, vedtok Stortinget den første plan- og bygningsloven med et lovfestet krav om konsekvensutredninger for planer «... som kan ha vesentlige virkninger for miljø, naturressurser eller samfunn». Miljø konsekvens utredninger, EIA, var lovfestet i Norge.

Loven var til å begynne med mest en særlov for areal- og bygningsplanlegging, men sammenhengen mellom arealplanleggingen og den mer generelle samfunnsplanleggingen, bidro til

at flere politiske områder gradvis ble regulert gjennom denne loven. Loven har fått et sterkere preg av å være en overordnet generell planlov, samtidig som den er en særlov for arealplanlegging og byggesaker. Det bærer den fortsatt preg av.

I 2001 vedtok EU sitt SEA direktiv, som krevde miljøvurderinger tidlig i offentlige beslutningsprosesser. Stortinget innlemmet direktivet i EØS-avtalen, og Miljøverndepartementet fulgte opp med forslag til nye bestemmelser om konsekvensutredninger i plan- og bygningsloven med forskrifter. Forslaget ble vedtatt i 2004. Konsekvensutredninger ble nå integrert i planleggingen, og i merknadene ble det presisert at virkninger for miljø, naturressurser eller samfunn også omfatter konsekvenser for befolkningens helse, sosiale forhold og samfunnssikkerhet (Ot.prp.nr.47 2003-04:12). Det overordnede perspektivet i SEA lå allerede inne i plan- og bygningsloven. Nå begynte også miljø og helse konsekvens utredninger, EHIA, å bli integrert i loven.

Plan- og bygningsloven som overordnet planlov for folkehelsearbeidet. HKU integrert i EHIA

I løpet av 2008 og 2009 ble hele plan- og bygningsloven revidert, først plandelen, så byggesaksdelen. Planer etter loven skal sette mål for den fysiske, miljømessige, økonomiske, sosiale og kulturelle utviklingen i kommuner og regioner, avklare samfunnsmessige behov og oppgaver, og angi hvordan oppgavene kan løses (§ 3-1a). Kommuneplanen etter plan- og bygningsloven skal være den overordnede planen for all kommunal planlegging, og bestå av en samfunnsdel, med en fireårig handlingsdel, og en arealdel. I § 11-2 Kommuneplanens samfunnsdel, står det blant annet:

«Kommuneplanens samfunnsdel skal være grunnlag for sektorenes planer og virksomhet i kommunen. Den skal gi retningslinjer for hvordan kommunens egne mål og strategier skal gjennomføres i kommunal virksomhet og ved medvirkning fra andre offentlige organer og private.» (pbl 2008, § 11-2)

Folkehelsearbeidet ble løftet frem som en av de overordnede oppgavene i planleggingen. I § 3-1 punkt f står det at planer etter plan og bygningsloven skal «fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet.» Bestemmelsen gjelder generelt, for alle sektorer og saksområder.

I formålsparagrafen § 1-1 er det lagt vekt på at planlegging og vedtak skal sikre åpenhet, forutsigbarhet og medvirkning for alle berørte interesser og myndigheter. Det skal legges vekt på langsiktige løsninger, og konsekvenser for miljø og samfunn skal beskrives. Det skal spesielt tas

hensyn til utsatte grupper, som bevegelseshemmede og barn og unge. Loven har detaljerte bestemmelser om hvordan disse hensynene skal ivaretas.

Med disse bestemmelsene ble folkehelsearbeidet løftet opp til en overordnet, tverrfaglig, sektorovergripende og nivåovergripende oppgave. Loven retter oppmerksomheten mot at saker på alle sektorområder kan få konsekvenser for helsen. Den legger til grunn prinsippet i HKU om bred medvirkning fra starten av planprosessene, og at det er nødvendig med et langsiktig perspektiv. Plan- og bygningsloven fra 2008 ga rammevilkårene for den nye folkehelseloven fra 2011, med kravet om helse i alt vi gjør.

### Prosedyrer for medvirkning i beslutningsprosessen for kommuneplanen

En av de sentrale verdiene som standarden for HKU bygger på, er et demokrati der de som blir berørt og andre med interesse for saken, skal få mulighet til å delta i beslutningsprosessen. Et slikt samspill mellom saksbehandlere, andre eksperter, befolkningen og politikere, krever tid og romslige rammevilkår i utrednings- og beslutningsprosessen.

Bestemmelsene i plan- og bygningsloven innebærer at de overordnede spørsmålene behandles i egne saker, før de gradvis konkretiseres gjennom et planhierarki med saker på flere nivå. Det skaper et vekselspill der politiske spørsmål drøftes, utredes og vedtas i en overordnet sak, før tråden tas opp igjen og gjennom nye drøftinger, saksutredninger og vedtak på et underordnet og mer konkret nivå. Prosedyrene legger til rette for at både politikere, administrative ledere, fagmedarbeidere, berørte innbyggere og andre interessenter kan delta i drøftingene og involveres i beslutningsprosessene. HKU inngår i utrednings- og beslutningskjeder, fra bestemmelser i lover, forskrifter og rikspolitiske rammer, til kommuneplaner og videre helt ned til enkeltvedtak.

Minst en gang i hver valgperiode, og senest ett år etter konstituering, skal kommunestyret utarbeide og vedta en kommunal planstrategi der den drøfter kommunens strategiske utfordringer, og tar stilling til om kommuneplanen skal revideres. Forslaget til vedtak i kommunestyret skal gjøres offentlig i minst tre dager før behandlingen.

Kommuneplanen omfatter en arealdel og en samfunnsdel med en handlingsdel, og eventuelle kommunedelplaner. Samfunnsdelen tar stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier. Handlingsdelen angir hvordan planen skal følges opp de fire følgende årene eller mer. Økonomiplanen etter kommunelovens § 44 kan inngå i handlingsdelen. I tillegg kan det utarbeides kommunedelplaner med en handlingsdel for et bestemt område, som folkehelse. Kommuneplanens

samfunnsdel og arealdel skal vedtas minst en gang i hver valgperiode, handlingsdelen skal revideres årlig. For disse overordnede planene gjelder en felles prosedyre:

- **Varsel om oppstart av planarbeidet:** Når planarbeidet settes i gang, skal berørte offentlige organer og andre interessenter varsles. Det skal utarbeides et planprogram som gjør rede for formålet med planarbeidet, planprosessen med frister og deltakere, opplegget for medvirkning, spesielt i forhold til grupper som antas å bli særlig berørt, hvilke alternativer som vil bli vurdert og behovet for utredninger. Forslag til planprogram sendes på høring og legges ut til offentlig ettersyn senest samtidig med varsling av planoppstart (§§ 4-1, 11-12 og 11-13)
- **Høring av planforslag:** Forslag til kommuneplanens samfunnsdel og kommuneplanens arealdel sendes på høring og legges ut til offentlig ettersyn, kunngjøres i minst én avis som er alminnelig lest på stedet og gjøres tilgjengelig gjennom elektroniske medier. Fristen for å gi uttalelse og eventuelt å fremme innsigelse til kommuneplanens arealdel skal være minst seks uker.(§ 11-14) Forslag til revisjon av kommuneplanens samfunnsdel, forslag til kommunedelplan og rullering av handlingsdel, skal gjøres offentlig minst tre dager før kommunestyrets behandling (§11-4).
- **Vedtak av plan:** Kommunestyret selv vedtar kommuneplanen.  
(pbl 2008, § 11-15)

Proseduren gir berørte innbyggere og andre interessenter en mulighet til å delta i beslutningsprosessen, både når den starter og mulighetene til påvirkning normalt er størst, og når planforslaget foreligger, det er rimelig tid før det skal fattes vedtak, forslagene normalt er klargjort, og den politiske oppmerksomheten normalt er størst. Loven reflekterer en instrumentell, rasjonell plantradisjon, men bestemmelsene er så generelle og tidsrammene så store at de også gir mulighet til mer kommunikative former for planlegging. Den romslige tiden til medvirkning i disse sakene, vil gjøre det mulig å gjennomføre HKU med den demokratiske medvirkningen som standarden for HKU foreskriver.

Både for kommunens politikere og ansatte, og andre deltakere i planarbeidet, er det grenser for hvor mange ganger om året de har kapasitet til å delta i en kommunikativ planprosess og utarbeide en HKU gjennom et transfglig samarbeid. For de overordnede planene; kommuneplanen med handlingsdel og kommunedelplaner, er det et lovfestet krav om EHIA og tid til medvirkning. Resultatene fra disse planprosessene kan gi et grunnlag som gjør det mulig å ha mer avgrensede medvirkningsprosesser i underordnede planer og andre saker.

## Prosedyrer for konsekvensutredninger

Innholdet i og prosedyrene for konsekvensutredninger er regulert i plan- og bygningslovens § 4-2 for planer etter plan- og bygningsloven, og kapittel 14 for planer etter annet lovverk. For begge plantypene er det utarbeidet forskrifter for konsekvensutredning.

I 2013 reagerte EFTAs overvåkingsorgan ESA på at forskriften til loven om konsekvensutredninger ikke var i samsvar med EU-retten på området. Regjeringen gjennomførte et revisjonsarbeid, og vedtok i desember 2014 to nye forskrifter om konsekvensutredninger, en for saker etter plan- og bygningsloven, og en for saker etter annet lovverk.

Etter regjeringsskiftet i 2013, ble ansvaret for plan- og bygningsloven flyttet fra Miljødepartementet til Kommunal- og moderniserings-departementet, men Miljødepartementet har fortsatt ansvaret for forskriften om konsekvensutredninger etter kapittel 14 om annet lovverk. Begge forskriftene fastsetter noe ulike prosedyrer for ulike typer saker. Gjennomgående følger prosedyrene det samme hovedmønsteret som for kommuneplanen:

- Planarbeidet skal varsles, gjerne med et planprogram, slik at berørte og andre interessenter kan gjøre sine synspunkt kjent før utredningsarbeidet starter.
- Forslaget til planprogram skal sendes på høring, slik at berørte og andre interessenter kan gjøre sine synspunkt kjent før det fattes vedtak i saken.

Høringsperiodene varierer mellom tre og seks uker.

Begge forskriftene har bestemmelser om at konsekvensene for helsen og helsens fordeling i befolkningen skal vurderes. Begge forskriftene har bestemmelsen om at utredningene skal redegjøre for hvilke alternativer som er vurdert, begrunne valg av anbefalt alternativ, og redegjøre for hvilke tiltak som kan iverksettes for å begrense skader eller ulemper av planen. Begge forskriftene avgrensar samtidig hvilke typer planer og tiltak bestemmelsene om konsekvensutredninger gjelder for.

**Avgrensninger i plan- plan og bygningsloven av hvilke tiltak planer etter loven kan omfatte**  
Planer etter plan- og bygningsloven skal som nevnt også omfatte det økonomiske, sosiale og kulturelle området, og fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller. Planer som skal omfatte hele dette spekteret av områder, krever et bredt spekter av tiltak, slik folkehelseloven åpner for. Men i kapittel 1 i plan- og bygningsloven, fellesbestemmelsene for alle planer etter loven, er tiltak i planer etter denne loven begrenset til fysiske endringer i bygninger, konstruksjoner, anlegg og arealer (pbl 2008 § 1-6). Denne avgrensingen kan være relevant for

byggesaksområdet, men er gjort til en generell bestemmelse for alle områder. Uansett hvilket temaområde som for eksempel en kommunedelplan omfatter, kan tiltakene i handlingsdelen bare omfatte slike fysiske tiltak. Den vide definisjonen i plan- og bygningslovens § 3-1a av saksområdet for planer etter loven, og den snevre avgrensningen av mulige tiltak i slike planer i § 1-6, gjør at plan- og bygningsloven fremtrer som inkonsistent.<sup>1</sup>

I praksis blir avgrensningen av hvilke tiltak en plan etter plan- og bygningsloven kan omfatte, håndtert på forskjellige måter. Noen kommuner omgår problemet ved ikke å benytte begrepet «tiltak» i planer etter plan og bygningsloven der det er nødvendig med et bredere tiltaksspekter, men beskriver tiltak med andre begrep, som «delstrategier». Der det er mulig, forankrer de planer i annet lovverk, slik at planene kan omfatte tiltak på andre områder uten å bli lovstridige.

Helsedirektoratet har anbefalt at mål og tiltak etter Folkehelselovens §§ 5, 6 og 7 blir innarbeidet i planer regulert av plan- og bygningsloven. Helsedirektoratet har lagt vekt at kommunale planer etter plan- og bygningsloven som skal fremme befolkningens helse, må kunne benytte et bredt spekter av tiltak. Helsedirektoratets utgå i 2011 et veiledningshefte til utarbeiding av planer etter bestemmelsene i plan- og bygningsloven, med fylkesmennene og kommunene som målgruppe. I kapittelet om utjevning av sosiale ulikheter i helse, anbefalte helsedirektoratet at levekårs- og samfunnsforhold inngår i planene, og at fylkesmennene og kommunene vurderer om tema som skolefravall, og tiltak for å motvirke det, er drøftet i planene. Direktoratet konkretiserer anbefalingen med tiltak som satsing på leseferdighet, matematikk, leksehjelp og tiltak for minoritetspråklige (Helsedirektoratet 2011:13). Dette er relevante tiltak i handlingsdelen til en kommunedelplan om folkehelse. Samtidig går disse tiltakene langt ut over de snevre tiltaksgrensene som er fastsatt i plan- og bygningslovens § 1-6. Implisitt har Helsedirektoratet anbefalt fylkesmennene og kommunene om ikke å ta hensyn til avgrensningen i plan og bygningslovens § 1-6 når denne avgrensningen er i strid med bestemmelsen i plan- og bygningslovens § 3. Dermed kan en kommedelplan ha folkehelse som tema, med det brede spekteret av tiltak i handlingsdelen som en slik kommunedelplan må kunne ha.

**Avgrensninger i plan- og bygningsloven av hvilke tiltak som skal konsekvensutredes**

Avgrensningen av tiltak i § 1-6 får også ringvirkninger for hvilke saker det er krav om at skal konsekvensutredes etter bestemmelsene i loven. Det lovfestede kravet i § 4-2 om

---

<sup>1</sup> Etter at denne rapporten ble levert den 1.6.2015, ga Kommunal- og moderniseringsdepartementet i brev av 12.6.2015 en ny tolkning av pbl, der definisjonen og avgrensningen av «tiltak» i pbl § 1-6 bare gis gyldighet for arealplaner og ikke for andre deler av kommuneplanen.. Det er nå åpnet for å benytte et bredt spekter av tiltak i kommuneplanens samfunnsdel og kommunedelplaner, slik også folkehelseloven forutsetter.

konsekvensutredninger i planer etter plan- og bygningsloven, er avgrenset til regionale planer og kommuneplaner med retningslinjer eller rammer for fremtidig *utbygging*, og for *reguleringsplaner* som kan få vesentlige virkninger for miljø og samfunn. Bestemmelsene om HKU etter plan- og bygningsloven § 4-2, er altså avgrenset til planer med fysiske tiltak, som i § 1-6.

Det lov- og forskriftsfestede kravet om konsekvensutredninger i planer etter annet lovverk er begrenset til fysiske, kjemiske og biologiske tiltak, ut fra bestemmelsene i kapittel 14, forskriftens § 2 med vedlegg I og II, og lovens § 4-2.

At det ikke er lovkrav om HKU utenfor det avgrensede tiltaksfeltet, er ikke til hinder for å gjennomføre HKU også utenfor dette området. Når Helsedirektoratet har anbefalt at en kommunedelplan med folkehelse som tema omfatter tiltak som går ut over avgrensingen i § 1-6, vil det ikke være urimelig at fylkesmennene og kommunene også sørger for en konsekvensutredning av disse tiltakene.<sup>2</sup>

### **Folkehelseloven**

#### **Fra kommunehelsetjenesteloven til folkehelsetjenesteloven**

Frem til 2011 var det kommunale folkehelsearbeidet regulert av kommunehelsetjenesteloven, som en del av helsesektorens ansvarsområde. Arbeidet for å fremme helse og forebygge sykdom, skade og lyte, var organisert som miljørettet helsevern, helsestasjonsvirksomhet, helsetjenester i skolen, opplysningsvirksomhet, og helsetjenester for innsatte i kommuner der det lå anstalter under kriminalomsorgen (Kommunehelsetjenesteloven 1982 § 1-3 nr 1).

Gjennom lovendringene i forbindelse med etableringen av folkehelseloven, ble miljørettet helsevern «flyttet på rot» inn i folkehelseloven, mens helsestasjonsvirksomhet, helsetjenester i skolen og helsetjenester for innsatte i kommuner der det lå anstalter under kriminalomsorgen, forble en del av oppgavene til helsesektoren i kommunene, og regulert gjennom bestemmelsene i den nye helse og omsorgsloven (helse- og omsorgsloven §§3-2 og 3-9). Opplysningsvirksomheten ble både en generell oppgave for kommunen, regulert gjennom folkehelseloven, og en spesiell oppgave for helsesektoren, regulert gjennom helse- og omsorgsloven (Folkehelseloven 2011 § 7, Helse- og omsorgstjenesteloven 2011 § 3-3).

---

<sup>2</sup> Etter at denne rapporten ble levert den 1.6.2015, har Kommunal- og moderniseringsdepartementet, i brev av 12.6.2015 pekt på at regelverket om konsekvensutredninger for planer er tatt inn i pbl for å implementere EU-direktiv, men at pbl forutsetter at de ordinære planprosessene skal omfatte tilsvarende vurderinger av tiltak i samfunnsdelen med handlingsdel. Nå skal altså pbl forstås slik at det i skal gjennomføres HKU i kommuneplanens samfunnsdel, og kommunedelplaner som bygger på den.

I Odelstingsproposisjon nummer 90 L 2010-2011 om folkehelseloven, skrev departementet blant annet dette om miljørettet helsevern:

Fagområdet har vært lovregulert siden sunnhetsloven av 1860. Loven etablerte lokale sunnhetskommisjoner som skulle ha "sin oppmerksomhet henvendt på stedets sunnhetsforhold og hva derpå kan ha innflytelse". På grunn av den tids sykdomsbilde var oppmerksomheten rettet mot infeksjonssykdommer. Sunnhetslovens bestemmelser besto fram til 1988 da kommunehelsetjenesteloven fikk tilføyd § 1-4 og kapittel 4a om miljørettet helsevern. Samtidig ble begrepet "sosiale miljøfaktorer" innført. Miljørettet helsevern er i utgangspunktet bredt definert, og samsvarer i stor grad med folkehelsearbeid, men i tiden siden 1988 har tjenesten i stor grad vært preget av teknisk hygienisk arbeid, blant annet gjennom fokus på konkrete oppgaver regulert i forskrift.

(Prop. nr 90L 2010-2011: punkt 15.1)

#### Folkehelse som overordnet politikkområde

Med Folkehelseloven av 2011, ble det forebyggende helsearbeidet løftet ut av helsesektoren og gjort til et overordnet politikkområde i offentlig sektor. ». I lovens § 1 Formål står det:

Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid. (Folkehelseloven 2011, § 1)

Lovens definisjoner av «folkehelse» og «folkehelsearbeid» samsvarer med WHO's brede definisjon av «helse», som er kommentert i kapittel 4, avsnittet om helsebegrepet. Folkehelseloven legger til grunn at trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold kan bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Folkehelseplaner som en integrert del av kommuneplaner etter plan- og bygningsloven  
Helse- og omsorgsdepartementet har lagt vekt på å bygge ned skillene i planarbeidet for folkehelse og miljø og samfunn. I forarbeidet til folkehelseloven, pekte departementet på at det er et viktig element i det systematiske folkehelsearbeidet, at det er forankret på politisk nivå gjennom plansystemet i pbl (Prop 90L 2010-11:54). Det fremholdt at siden folkehelsearbeidet i

kommunesektoren ble knyttet til de generelle plansystemene i plan- og bygningsloven med krav til medvirkning, bidrar det til å rettsliggjøre medvirkning i folkehelsearbeidet (Prop 90L 2010-11:65), og departementet fraråder egne plankrav for folkehelse:

Departementet mener det er viktig at folkehelsearbeidet i kommunesektoren knyttes til planlegging etter pbl. Dersom kommuner og fylkeskommuner skal integrere helsehensyn og fremme folkehelse innenfor alle sine sektorer, bør dette heller integreres i kommuneplanene etter plan- og bygningsloven, fremfor å oppstille egne plankrav for folkehelse. (Prop 90L 2010-11:54)

I lovproposisjonen for folkehelseloven anbefalte Helse- og omsorgsdepartementet at integreringen av et folkehelseperspektiv innenfor alle sektorer, ikke burde skje gjennom egne plankrav for folkehelse, men ved å integrere disse planene i kommuneplanene etter PBL. (Prop. 90L 2010-11:74).

Helsedirektoratet fulgte opp dette med å utarbeide en egen moment- og tipsliste om folkehelse og kommuneplanlegging, slik det er beskrevet ovenfor i avsnittet om plan- og bygningsloven.

#### Et bredt spekter av determinanter og tiltak

I Folkehelselovens § 7 *Folkehelseiltak*, åpner for et bredt spekter av helsedeterminanter og tiltak, i overensstemmelsen standarden for HKU. Det er ingen avgrensning til bestemte faktorer som får innvirkning på folkehelsen, eller bestemte tiltak for å bedre folkehelsen. Loven omfatter alle relevante faktorer og tiltak:

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5. Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk. (Folkehelseloven 2011 § 7)

Beskrivelsen av mulige tiltak er utformet som et eksempel, og er ikke utfyllende. Folkehelseloven fremstår som en generell, overordnet lov for det tverrfaglige, tverrsektorielle og nivåovergrepene folkehelseområdet. Her skiller folkehelseloven seg fra plan- og bygningsloven, som på dette punktet, som nevnt, er noe inkonsistent.

#### Oversikt over helsetilstanden i befolkningen med en helsekonsekvensutredning

Denne generelle innretningen følges opp i kapittel 2 Kommunens ansvar, der det blant annet er fastsatt at kommunen skal ha en nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen, og de

positive og negative faktorene som påvirker den. Oversikten skal ikke bare baseres på opplysninger fra statlige helsemyndigheter, fylkeskommunen og kommunal helse- og omsorgstjeneste, men også på andre faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse. Det heter videre:

Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om krav til kommunens oversikt.  
(Folkehelseloven 2011 § 5)

Kommunen har altså en lovfestet plikt til å utarbeide en oversikt over helseutfordringene i kommunene, og en vurdering av de helsemessige konsekvensene av disse utfordringene. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt en forskrift om kravene til en slik oversikt som beskriver innholdet i oversikten nærmere, og drøfter hva som menes med konsekvenser og årsaksforhold.

Bestemmelsen om helsekonsekvensutredning i Folkehelselovens § 5 med forskrift gjelder bare for én bestemt sak, saken som viser oversikten over helseutfordringene i kommunen. Bestemmelsen gjelder ikke generelt for alle de sakene i kommunen som kan få vesentlige betydninger for befolkningens helse og helsens fordeling i befolkningen. Men kommentarene i forskriften gir nyttig informasjon også til HKU i andre saker.

#### Pålegg fra Miljørettet helsevern om helsekonsekvensutredninger

I lovens kapittel 3, *Miljørettet helsevern*, har Folkehelseloven enda en bestemmelse om helsekonsekvensutredninger i § 11. Den lyder:

Kommunen kan pålegge den som planlegger eller driver virksomhet, eller den ansvarlige for forhold ved en eiendom, for egen regning å utrede mulige helsemessige konsekvenser av tiltaket eller forholdet. Slik utredning kan bare kreves dersom ulempene ved å foreta utredningen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet utredes.

Klageinstansen har ved behandling av klagesaker tilsvarende rett til å kreve helsekonsekvensutredning. (Folkehelseloven 2011 § 11)

Ut fra lovteksten, skal Miljørettet helsevern være et overordnet, sektorovergripende myndighetsorgan, som kan pålegge offentlige og private aktører å gjennomføre en HKU for egen regning, så lenge ulempene fremstår som rimelige i forhold til de helsemessige hensynene. Dette innebærer at Miljørettet helsevern også kan pålegge andre kommunale sektorer å gjennomføre HKU for egen regning. Slike pålegg om HKU er enkeltvedtak etter bestemmelsene i Forvaltningsloven.

Bestemmelsen om pålegg av HKU i denne paragrafen brukes svært sjelden, men er et «ris bak speilet» som kan gi tyngde til de faglige rådene som miljørettet helsevern gir til virksomheter. Blir ikke rådene fulgt, kan det komme et pålegg.

#### Miljørettet helsevern i skoler og barnehager mv.

Med hjemmel i Folkehelseloven og Tobakkskade loven, er det fastsatt en egen Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv. (Forskr om miljørettet helsevern i skoler mv 1995), der eieren har ansvar for at det etableres et internkontrollsystem etter bestemmelsene i forskriften, og lederen har ansvaret for å påse at bestemmelsene i forskriften, og i medhold til den, blir overholdt (§4).

Forskriften omfatter både planlegging, utbygging og drift av virksomheter (§ 7). I planfasen skal det vurderes hvilke konsekvenser valg av beliggenhet og utforming og innredning av lokaler og uteområder kan få for helsen (§§ 8 og 9). I tillegg er det en rekke andre konkrete helsedeterminanter som skal kontrolleres under planlegging, utbygging og drift (§§ 10-24). De omfatter fysiske, kjemiske og biologiske determinanter som inneklime og luftkvalitet, tobakksforbud, belysning, lydforhold, rengjøring og vedlikehold, måltider, drikkevann, sanitære forhold, avfallshåndtering, smittevern, sikkerhetssystem, helsemessig beredskap og førstehjelp. De omfatter også sosiale determinanter som mulighet for aktivitet og hvile, og psykososiale forhold.

Forskriften institusjonaliserer både en fremtidsrettet og en overvåkende vurdering av determinanter som kan få konsekvenser for helsen. Selv om det ikke er formulert eksplisitt, omfatter bestemmelsene i denne forskriften fremtidsrettede HKU i utbyggingsplaner, og overvåkende HKU av utbyggingsprosessen og den daglige driften av virksomhetene.

Virksomhetene har informasjonsplikt over for kommunen ved miljørettet helsevern, og kommunen skal føre tilsyn med at bestemmelsen i forskriften overholdes. Kommunen kan foreta gransking, retting, stansing og ilegge tvangsmulkt etter forskriftens §§ 25 og 26, i samsvar med folkehelseloven § 13 til § 16.

Forskriften illustrerer hvordan samspillet mellom bestemmelsene i denne internkontrollforskriften og miljørettet helsevern, normalt vil gjøre det unødvendig for miljørettet helsevern å pålegge virksomhetene å gjennomføre en HKU. Der forholdene i virksomheten er mangelfulle, kan det være tilstrekkelig for Miljørettet helsevern å pålegge virksomheten å oppfylle sine forpliktelser etter forskriften.

Den alminnelige forskriften om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter, Internkontrollforskriften HMS, har liknende bestemmelser om eiers og leders plikt til å vurdere mulige konsekvenser for helsen under planlegging og drift. Den er omtalt i avsnittet nedenfor om arbeidsmiljøloven.

#### Krav om utarbeiding av HKU i andre saker

Folkehelseloven har ingen formelle bestemmelser om HKU i andre saker enn saken om oversikt over helseutfordringene i kommunen, og saker der Miljørettet helsevern har pålagt en slik utredning. Kommunene har ingen generell lovfestet plikt til å gjennomføre HKU.

Selv om folkehelseloven ikke har noen generelle krav om at det skal gjennomføres HKU, er det ikke urimelig å forstå loven slik at HKU bør gjennomføres når kostnadene står i et rimelig forhold til de helsemessige hensynene.

Samtidig gjør andre lover, som arbeidsmiljøloven, det til en lovfestet plikt, både for offentlige og private virksomheter, å sørge for en systematisk kontroll med hvilke konsekvenser den gitte situasjonen og planlagte tiltak, kan få for helsen til arbeidstakere, kunder og andre som blir berørt av aktivitetene i virksomheten.

#### **Kommuneloven**

I beskrivning av prosedyren for gjennomføring av en HKU i standarden fra WHO, dreier det fjerde av fem hovedpunkt seg om den politiske behandlingen av administrasjonssjefens forslag, der det kan reises alternative forslag til vedtak, før endelig vedtak fattes. Kommuneloven fastsetter rammer både for administrasjonens utredning av saker med HKU, og den politiske behandlingen av sakene (Kommuneloven 1992).

Kommuneloven regulerer rammene for hvordan kommunestyret kan organisere kommunen, politisk og administrativt (kapittel 2, 3, 4, 5, 5a, 5b, 11 og 12a), hvordan saksbehandlingen skal være i folkevalgte organ (kapittel 6), mulighetene for innbyggerne til å ta politiske initiativ, og mulighetene kommunen har til å gjennomføre rådgivende folkeavstemninger (kapittel 6a), de

folkevalgtes rettigheter og plikter (kapittel 7), og tilsyn og kontroll med kommunen (kapittel 10, 10a og 12).

Administrasjonens oppgaver er regulert i kommunelovens § 23. I punkt nr. 2 første ledd er det fastsatt at: «Administrasjonssjefen skal påse at de saker som legges fram for folkevalgte organer, er forsvarlig utredet, og at vedtak blir iverksatt». Hva som ligger i at en sak er forsvarlig utredet, fremgår av de kravene som er fastsatt i kommuneloven, forvaltningsloven, plan- og bygningsloven, og særlovene.

I formålsparagrafen til kommuneloven, § 1, heter det:

Formålet med denne lov er å legge forholdene til rette for et funksjonsdyktig kommunalt og fylkeskommunalt folkestyre, og for en rasjonell og effektiv forvaltning av de kommunale og fylkeskommunale fellesinteresser innenfor rammen av det nasjonale fellesskap og med sikte på en bærekraftig utvikling. Loven skal også legge til rette for en tillitsskapende forvaltning som bygger på en høy etisk standard.

(Kommuneloven 1992 § 1)

Formålsparagrafen gir en rekke føringer for utredningen av saker med en HKU. Både saksbehandlingsprosessen og saksfremstillingen skal være tillitsskapende i forhold til dem som kan bli berørt av saken, de skal bygge på en høy etisk standard, og skal sikte på en bærekraftig utvikling, både når det gjelder helse og levekår for befolkningen, det fysiske miljøet og økonomien i kommunen og samfunnet. Kommunen skal ikke se på seg selv og lokalsamfunnet som en autonom enhet, men forvalte de kommunale fellesinteressene innen rammen av det nasjonale fellesskapet. Samtidig må ambisjonsnivået tilpasset hvordan en rasjonell og effektiv forvaltning kan legge til rette for et funksjonsdyktig kommunalt folkestyre. Disse kravene gjelder for alle saksfremstillinger, og er en del av det generelle rammeverket for HKU.

Kommuneloven regulerer kommunens fireårige økonomiplan, årsbudsjett og regnskap. Gjennom bestemmelsen om at kommunens økonomiplan kan inngå i handlingsdelen til kommuneplanens samfunnsdel, er det skapt en bedre sammenheng i plansystemet, mellom det som er bestemt i folkehelsesloven, plan- og bygningsloven og kommuneloven.

I årsbudsjettet fordeler kommunestyret kommunens frie disponible midler mellom ulike formål. Gjennom inntektssystemet som ble innført i 1986 ble om lag 50 øremerkede tilskudd fra staten til kommunene samlet i ett felles rammetilskudd som kommunene disponerer fritt innen bestemmelsene i lov og forskrifter. I perioden etter 1986 har utviklingen gått i retning av å legge

flere øremerkede tilskudd inn i rammetilskuddet. Kommunenes ansvar for å prioritere ressursinnsatsen og drive tjenesteytingen innen de gitte rammene, har blitt skjerpet. Samtidig har staten redusert sin mulighet til å styre ressurser til bestemte formål i kommunene, som folkehelsearbeidet og utvikling av HKU.

### **Arbeidsmiljøloven**

I den internasjonale litteraturen om helsedeterminanter og HKU, har arbeidsmiljøets betydning for helsen vært et sentralt tema. Det er løftet frem i Göran Dahlgren og Margaret Whitehead modell for helsedeterminanter, som er omtalt i kapittel 3. I Canadas veileder i HKU handler hele det fjerde bindet om HKU i arbeidsmiljøarbeidet, og temaet er også behandlet i det andre og tredje bindet, med en tilnærming som har mye til felles med arbeidsmiljølovens.

Da arbeidsmiljøloven trådte i kraft i 1977 vakte den internasjonal oppmerksomhet. Den lovfestet et systematisk arbeid for å vurdere helsekonsekvenser og sikre et arbeidsmiljø som gir arbeidstakerne full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med krav til en verneteknisk, yrkeshygienisk og velferdsmessig standard. Loven har blitt revidert en rekke ganger. I dag skal loven ikke bare sikre et vern mot skader, den skal også «... sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon ...» (Aml § 1-1 nr a). Formålet reflekterer det brede helsebegrepet til WHO, som vi også finner i folkehelseloven. Helse er ikke bare fravær av sykdom, skade og lyte, men også et meningsfullt og godt liv.

Formålet er operasjonalisert i bestemmelsene om både arbeidsgivers og arbeidstakers plikter. Arbeidsmiljøloven har krav både til det fysiske og det psykososiale miljøet (§ 4-3), og bestemmelsene i loven er presisert i forskrifter som [Forskrift om tiltaksverdier og grenseverdier](#) og [Internkontrollforskriften](#) om helse- miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter.

Internkontrollforskriften er en felles forskrift for Arbeidsmiljøloven, [El-tilsynsloven](#), [Sivilbeskyttelsesloven](#), [Brannfarligvareloven for Svalbard](#), [Lov om eksplosive varer for Svalbard](#), [Produktkontrollloven](#), [Forurensningsloven](#), [Genteknologiloven](#), [Strålevernloven](#), og [Brann- og eksplosjonsvernloven](#). Felles for disse lovene er at de fastsetter normer og krav til miljøet i arbeidslivet og samfunnet forøvrig.

«Internkontroll» er definert som systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen (Internkontrollforskriften 1996 §3). Den som er ansvarlig for virksomheten skal sørge for at det innføres og utøves internkontroll i virksomheten.

§ 5 fastsetter innholdet i internkontrollen. I § 5 punkt 6 heter det:

«Internkontroll innebærer at virksomheten skal kartlegge farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risiko, samt utarbeide tilhørende planer og tiltak for å redusere risikoforholdene» (Internkontrollforskriften 1996 § 5)

Kartleggingen må dokumenteres skriftlig. Interkontroll er ut fra disse bestemmelsene en skriftlig dokumentert HKU med en tiltaksplan.

Internkontrollforskriften gjelder for alle virksomheter som er regulert av arbeidsmiljøloven og de andre lovene, også kommunene. Kommunene skal ha en skriftlig kartlegging av helsefarer og problemer, med en skriftlig vurdering av risiko og skriftlige planer og tiltak for å redusere risikoforholdene. Her er det ikke satt noen grenser for hvilke tiltak som kan være aktuelle.

Internkontrollforskriften HMS gjelder for mer enn kommunen som arbeidsplass. Ut fra bestemmelsene i forurensingsloven har kommunen en plikt til å sikre en forsvarlig miljøkvalitet, slik at forurensninger og avfall ikke fører til helseskader, eller går ut over trivselen for noen.

I hvilken grad den skriftlige dokumentasjonen etter bestemmelsene i internkontrollforskriften HMS skal legges frem i en sak for politisk behandling, eller bare behandles administrativt, er avhengig av den enkelte kommunes delegeringsreglement. Skal den behandles politisk, kan det være aktuelt å legge den frem både for administrasjonsutvalget og arbeidsmiljøutvalget der kommunen er representert som arbeidsgiver, og for det politiske organet som har ansvar i forhold til tredjepart, som brukere og andre berørte i samfunnet.

Formålet med de forskriftsfestede bestemmelsene om tiltaksverdier og grenseverdier er å beskytte arbeidstakerne mot farer på grunn av fysiske, kjemiske eller biologiske faktorer i virksomheten, ved å angi målbare verdier for hvilke grenser som ikke skal overskrides, og hvilke tiltak som skal settes inn i forhold til ulike smitterisikogrupper. Slike bestemmelser forenkler arbeidet med HKU i arbeidslivet. Det setter en standard for hva som er et fullt ut forsvarlig arbeidsmiljø, og når det må settes inn tiltak for endring, for å beskytte helsen til arbeidstakerne og andre berørte.

Arbeidet med HKU ut fra bestemmelsene i internkontrollforskriften HMS, kan gi et erfaringsgrunnlag for utviklingen av HKU på andre områder i den kommunale saksbehandlingen, som ikke er regulert av interkontrollforskriften HMS.

### *Helse- og omsorgstjenesteloven*

Loven har en internkontrollforskrift, en smittevernforskrift, og en kvalitetsforskrift som utdyper kravene i loven, og legger grunnlaget for et systematisk arbeid for å skaffe oversikt over områder hvor det er fare for svikt eller mangler, iverksette tiltak for å avdekke mulige overtredelser, forebygge og rette dem opp. Disse bestemmelsene gir et krav om et systematisk arbeid med å vurdere konsekvensene ulike tiltak kan få for pasientenes helse. I likhet med interkontrollforskriften HMS, innebærer disse bestemmelsene en form for HKU som kan bidra til utvikling av kompetansen på dette området.

### *Andre lover*

I WHO's Adelaide erklæring fra 2010 og strategidokument «Health 2020» fra 2012, fremheves det at helsesektoren må bygge allianser med andre sektorer for å lykkes i folkehelsearbeidet. Erfaringene fra de landene som er omtalt i denne rapporten peker i samme retning. Allianser basert på felles situasjonsforståelse og felles mål øker gjennomslagskraften. Ut fra et whole-of-government, whole-of-society perspektiv vil de ulike sektorene ha nytte av å analysere hvilke mål de har felles, og på hvilke områder de er avhengige av å samordne arbeidet for å nå disse målene. Helsesektoren bør se hvordan den kan støtte andre sektoren i å nå sine mål, for dermed å utvikle helse og velferd.

WHO Europe utgir en serie med studier av politikken i enkeltland i arbeidet med å håndtere sosiale helsedeterminanter og urettferdighet i helse. I 2009 kom rapporten «Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway», forfattet av Mali Strand, Chris Brown, Tone P. Torgersen og Øyvind Giæver. De beskriver hvordan den norske regjeringen la vekt på en tverrsektoriell prosess da den i 2005 startet arbeidet som resulterte i Stortingsmelding nr 20 «Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller». Arbeidet ble koordinert av Helse og sosial departementet, og involverte Finansdepartementet, Kommunal og regional departementet, Arbeids og sosial departementet, Barne- og likestillingsdepartementet, Justis- og politidepartementet, Kultur- og kirke departementet og Utdannings- og forskningsdepartementet (Strand mfl. 2009:kap 5). Denne tverrdepartementale satsingen la grunnlaget for den nye folkehelse\_loven som ble vedtatt i 2011, med et sektorovergripende perspektiv. I Stortingsmelding nr 16 2014-2015, Folkehelsemeldingen, er det tverrdepartementale, tverrfaglige og transfgaglig perspektivet i folkehelsearbeidet utviklet videre.

Mange kommuner organiserer tjenesteytingen ut fra en kombinasjon av funksjonsorganisering og oppgaveorganisering. De som har felles oppgaver, som er avhengige av å samarbeide i det daglige arbeidet, er ofte samlet i en felles enhet som helsestasjoner, skoler, sykehjem, NAV kontor,

teknisk drift og stabsenheter som økonomi og personal. Med en slik organisasjonsform, blir tverrfaglig arbeid ut over kollegaene i egen enhet, og tverrsektorielt arbeid, et unntak fra hovedregelen om at egen enhet løser egne saker. Det tverrsektorielle og nivåovergripende arbeidet fremstår lett som et merarbeid, som man søker å unngå så lenge det er mulig å løse oppgavene ved hjelp av den kompetansen som finnes i egen enhet. Det er en krevende prosess å bygge et nivåovergripende, tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid om utredninger av HKU.

Fagmedarbeiderne i de forskjellige enhetene identifiserer seg ofte med særloven for enheten. Den gir noe av rammen for profesjonsidentiteten. At særlover har et helseperspektiv på enhetens arbeid, gir folkehelsekoordinatorene i kommunene en mulighet å spille på, i arbeidet med å bygge allianser i folkehelsearbeidet generelt, og i arbeidet med HKU spesielt. Denne muligheten er til stede; i en rekke av særlovene er det bestemmelser om at sektoren skal ha et helseperspektiv på det den gjør:

- Arbeidsmiljøloven har som nevnt som formål å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon (Arbeidsmiljøloven 2005 §1-1 nr a)
- Barnevernloven har som formål å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid (Barnevernloven 1992§ 1)
- Barnehageloven fastsetter at barnehagen skal ha en helsefremmende og en forebyggende funksjon og bidra til å utjevne sosiale forskjeller (Barnehageloven 2005 §2)
- Opplæringsloven fastsetter at alle elever i grunnskoler og videregående skoler har rett til et godt fysisk og psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring (Opplæringslova 1998 § 9a-1)
- Kulturloven og bibliotekloven gir kommunene oppgaver som kan ha vesentlig betydning for et godt fysisk, psykisk og sosialt liv for befolkningen (Kulturlova 2007)
- Friluftsløven har som formål å sikre allmenhetens rett til et friluftsliv som en helsefremmende, trivselsskapende og miljøvennlig fritidsaktivitet (Friluftsløven 1957 § 1)
- Veglova og vegtrafikklova har bestemmelser om å skape størst mulig trygg avvikling av trafikken, og ta hensyn til naboer, et godt miljø og andre samfunnsinteresser (Veglova 1963, Vegtrafikkloven 1965)

Også medvirkning fra brukere og andre berørte innbyggere er lovhjemlet både i særlovgivningen og forvaltningsloven. Men partnerskap med sivilsamfunnet som arbeidsform varierer fra sektor til sektor i kommunene. Kultursektoren har lang erfaring fra å arbeide i partnerskap med aktører i det

lokale kulturlivet. I de andre sektorene er denne arbeidsformen ikke like innarbeidet. Deres oppgaver er normalt tjenesteyting og myndighetsutøving som kommunens ansatte selv utfører. For ansatte som er vant til å yte tjenester eller utøve myndighet, er det krevende å omstille seg til oppgaver der både beslutningsmyndigheten og utføringen er delt mellom kommunen og partnerne, slik den er i partnerskap. Det er enklere å ha hele regien selv. Standarden for HKU krever at berørte innbyggere trekkes aktivt med som partnere i utredningen av saker.

### **Nasjonal satsing på HKU og bistand fra forskning**

I 2002 beskrev Espen Dahl Norge som en sinke i tilnærmingen til sosial urettferdighet i helse. I WHO Europas studie av utviklingen av arbeidet med sosiale helsedeterminanter i Norge, drøfter forfatterne hva dette kan komme av. De legger vekt på at det var bred enighet i landet om at Norge hadde utviklet seg til et samfunn med små forskjeller. Problemet med økende helseforskjeller ble ikke sett. Samtidig hadde det vært et ideologisk skifte etter 1970-tallet, med større vekt på enkeltindividenes ansvar for egen helse. Betydningen til de sosiale og økonomiske helsedeterminantene ble undervurdert. (Strand mfl. 2009:20).

### ***Stortingsmelding nr 16 (2002-2003) «Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken»***

Strand mfl. beskriver hvordan Helsedirektoratet, i allianse med forskere, gradvis bygger opp en forståelse for at det finnes økende helseforskjeller i Norge, som det var mulig å gjøre noe med det. Den første milepælen i arbeidet var Stortingsmelding nr 16 (2002-2003) «Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken» (Strand mfl. 2009:20). Oppmerksomheten er fortsatt mest rettet mot livsstilsvalg, men meldingen har et lite kapittel om sosiale ulikheter i helse. Her vises det til at ulikhetene øker, at de ikke er mindre i Norge enn i andre vest-europeiske land, snarere tvert imot, og at de fordeler seg langs en gradient for sosial posisjon. Spørsmålet om ulikhet og urettferdighet i helse var satt på den politiske dagsorden. Meldingen legger et kommuneperspektiv på folkehelsearbeidet, og peker på at det er nødvendig for å klargjøre kommunens totale og helhetlige politiske ansvar for folkehelsearbeidet.

I kapittel 8.4 i Stortingsmelding 16, beskriver regjeringen HKU som et nødvendig verktøy for å synliggjøre faktorene som påvirker helsen, faktorene som i stor grad ligger i andre sektorer enn helsesektoren. Den beskriver HKU etter WHO's standard, legger det brede registeret av helsedeterminanter til grunn, og redegjør for lovfesting av EIA og SEA gjennom bestemmelse i plan- og bygningsloven, kommunehelsetjenesteloven (miljørettet helsevern), og utredningsinstruksen. Når det gjelder bruken av HKU sier meldingen:

Det har lenge vært behov for å bedre ivareta helsehensyn i konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven. Noen helseaspekter har tradisjonelt vært ivaretatt, for eksempel støy og forurensning, hvor anbefalte eller fastsatte grenseverdier er basert på helserisiko. Håndteringen av helsehensyn har likevel vært fragmentert, tilfeldig og ufullstendig. Dette skyldes blant annet manglende veiledning fra helsemyndighetenes side.

Konsekvensutredninger er derfor et sentralt tiltak i Nasjonal handlingsplan for miljø og helse. (St.meld. 16 2002-2003:80)

Meldingen legger til grunn at ulikheter i helse er et problem som kan og bør møtes med politiske tiltak, og at HKU er et nyttig og nødvendig verktøy i dette arbeidet. Samtidig erkjenner den at håndteringen av problemet har vært ufullstendig, tilfeldig og fragmentert, og beskriver mangelen på veiledning fra helsemyndighetene som en viktig årsak. Spørsmålet om det kan være andre årsaker, som interessekonflikter, blir ikke berørt, men meldingen fremholder at hensynet til helse må veies opp mot andre samfunnsmessige mål. Meldingen peker på at det nødvendige juridiske rammeverket for HKU var på plass og skisserer en plan for å bygge et nasjonalt kompetansemiljø, få HKU inn i relevante læreplaner, og utarbeide konkrete verktøy med veiledere, rettet mot lokale helsemyndigheter.

Meldingen ga departementet og underliggende etater et ansvar for satsingen på utviklingen av folkehelsekompetanse på alle nivå. Meldingen beskriver et folkehelsearbeid som er solid forankret i helsesektoren, men som er i ferd med å bli sektorovergripende. Determinantperspektivet er på vei inn i forståelsen, og med den forståelsen av at alle kommunale sektorer spiller en aktiv og selvstendig rolle i utviklingen av folkehelsen. Meldingen har et kommuneperspektiv på folkehelse, men fortsatt skal verktøy og veiledning være rettet inn mot helsesektoren (St. meld. nr. 16 (2002-2003):81).

### ***Gradientutfordringen, handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse***

Som en oppfølging av Stortingsmelding 16, etablerte Helsedirektoratet en intern ressursenhet på sosial urettferdighet i helse, som fikk i mandat å koordinere policy utviklingen gjennom å samle kunnskap og bygge kompetanse. Arbeidet til denne Ressursenheten resulterte i 2005 i presentasjonen av Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse, Gradientutfordringen. (Strand mfl. 2009:16).

Handlingsplanen er rettet mot å bygge kunnskap og kompetanse, og har et eget kapittel om HKU med følgende mål:

Sosial- og helsedirektoratet 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 ulikhet i helse. Slike verktøy skal tilpasses bruk:
  - i statlig politikktutforming, blant annet i forbindelse med handlingsplaner og nasjonale strategier som omfattes av utredningsinstruksen
  - regionalt og lokalt i tiltaksutforming og planlegging blant annet med utgangspunkt i plan- og bygningsloven og kommunehelsetjenesteloven
- utvikle og implementere veiledning om konsekvensutredninger til bruk for nasjonale, regionale og lokale beslutningstakere  
(Sosial- og helsedirektoratet 2006:28)

Som ledd i oppfølgingen av Stortingsmelding nr 16 (2002-2003) og handlingsplanen Gradientutfordringen, engasjerte Sosiale og Helsedirektoratet Elisabeth Fosse ved HEMIL-senteret ved Universitetet i Bergen til å skrive en rapport som direktoratet utga i 2006 med tittelen: «Sosial ulikhet i helse som tema i helsekonsekvensutredninger. Verktøy og erfaringer i noen europeiske land» (Fosse 2006).

### ***Ekspertgruppen på sosiale ulikheter i helse***

I Statsbudsjettet for 2004 hadde Sosial- og Helsedirektoratet fått i oppdrag å bygge et nasjonalt kompetansemiljø på sosiale ulikheter i helse. Handlingsplanen «Gradienten» ble kompetansemiljøets arbeidsplan i de kommende to årene. Under arbeidet med Stortingsmelding 16 2002-2003, hadde det akademiske fagmiljøet på området fremtrådt fragmentert både geografisk og faglig. Nå tok direktoratet grep for å samle det og gi det oppdrag, slik at det kunne bli en støttespiller i utviklingen av kunnskapsgrunnlaget for nasjonal politikk. Ekspertgruppen besto av ni medlemmer som dekket fagområdene medisin, sosiologi og helseøkonomi. Til tross for at de hadde svært ulike teoretiske tilnærminger til sosial urettferdighet i helse, klarte de å arbeide seg frem til et felles grunnlag som var noe av nøkkelen til deres suksess. Arbeidet resulterte raskt i en rekke publikasjoner og debattinnlegg som satte temaet på den offentlige og politiske dagsorden. (Strand mfl. 2009:23,28).

Ekspertgruppen la til grunn prinsippene om at arbeidet for å redusere urettferdighet i helse i Norge skal nås uten at helsenivået skulle senkes for noen. Arbeidet skal være basert på gradienten, evidensbasert, overvåket, målt og evaluert. Tiltakene skal både være direkte rettet mot bestemte helseproblemer, og indirekte innrettet for å redusere de strukturelle årsakene til problemene.

Strategiene skal være bredt anlagt og koordinert, kombinere flere helseperspektiv, og koordinerte tiltak på tvers av sektorgrenser og nivåer. Strategien skal også redusere uheldige sosiale konsekvenser av sykdom og svekket helse, som tap av arbeid. (Strand mfl. 2009:30).

Ekspertgruppen la vekt på universelle tiltak som når alle, supplert av selektive tiltak rettet mot dem med størst behov. Den la vekt på oppstrøms tiltak, som tiltak i utdanningssystemet, skatter og arbeidsmarkedstiltak, supplert av midtstrøms tiltak for å bedre arbeids- og bomiljø og brede tiltak for å bedre livsvaner, og nedstrøms tiltak som tradisjonelle helsetjenester. (Strand mfl. 2009:32).

Dette kunnskapsgrunnlaget har preget det videre politiske arbeidet, og blitt utdypet faglig i dokument som kunnskapsoversikten om sosial ulikhet i helse, som Espen Dahl mfl publiserte i 2014 (Dahl mfl 2014).

### ***Stortingsmelding nr 20 2006-2007 Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller***

I Stortingsmelding nr. 20 (2006-2007), Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, la regjeringen frem en tiårsplan for utjevning av sosialt og økonomisk betingede helseforskjeller. Planen kombinerer universelle tiltak for å jevne ut helseforskjeller i befolkningen, uten av noen får dårligere helse, og selektive tiltak for å bedre helsen til de aller fattigste.

Anbefalingene fra ekspertgruppen preger rapporten. Etter innledningen er det et kapittel om fakta om sosiale helseforskjeller i Norge, som danner grunnlag for de fire hovedpunktene i strategien:

- Redusere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller, gjennom tiltak innen inntekt, oppvekst og arbeid og arbeidsmiljø
- Redusere sosiale forskjeller i helseatferd og bruk av helsetjenester, gjennom tiltak i barnehage, skole og arbeidsliv, veiledning og regulering av tilgang på varer og tjenester, samt utformingen av helsetjenestene
- Målrettet innsats for sosial inkludering, gjennom å bedre tilknytningen til arbeidsmarkedet, helse- og sosialpolitiske tjenester, boligpolitikk, partnerskap med frivillige organisasjoner, og innsats i utsatte geografiske områder
- Utvikle kunnskap og sektorovergrepene verktøy, herunder HKU nasjonalt og lokalt.

I kapittel 10.2 Virkemidler, utdyper regjeringen hva kommuneperspektivet betyr for folkehelsearbeidet og determinantperspektivet betyr for HKU. Regjeringen skriver at det er et mål at tiltak for å forebygge sosiale helseforskjeller skal få større plass i kommuneplanens samfunnsdel, kommuneplanens arealdel, tematiske kommunedelplaner og reguleringsplaner.

Eksempelene den nevner er imidlertid begrenset til fysiske og kjemiske determinanter på områder som forurensing, grøntområder, trafikksikkerhet og lekeområder.

HKU fremstilles som et hjelpemiddel for å stille de spørsmålene som er nødvendige for å vurdere hvordan et tiltak slår til. Meldingen presiserer at det ikke betyr at andre sektorer må vurdere de helsemessige konsekvensene av tiltak. Den skriver at i mange tilfeller vil det være tilstrekkelig å vurdere fordelings effekter fordi vi vet at sosiale forskjeller i fordeling av faktorer som påvirker helse er med på å skape sosiale forskjeller i helse. Den peker på at formålet med planlegging etter plan- og bygningsloven er å samordne den fysiske, økonomiske, sosiale, estetiske og kulturelle utviklingen i kommunen, hvor den kan sette mål om at sosiale helseforskjeller skal reduseres, også for skole, kultur, næring, sosial og helse. Det kan stilles krav om at de utvikler mål og strategier for å redusere slike forskjeller. (St.meld nr 20 2006-2007:79-80).

Regjeringens forståelse av determinantperspektivet har vesentlig betydning for gjennomføringen av HKU. Det innebærer at en saksbehandler for eksempel i oppvekstsektoren, kan konsentrere sin vurdering i en HKU om hvilke konsekvenser tiltakene vil få for forhold som ligger innenfor sektorens fagkompetanse og beslutningskompetanse. I en sak om åpen barnehage kan en HKU si noe om hvilken effekt et slikt tilbud kan ha på opplæringen i muntlig norsk for barn som kommer fra hjem hvor det ikke blir snakket norsk. I en sak om leksehjelp kan en HKU si noe om hvilke alternativ som erfaringsmessig har best effekt overfor elevgrupper med størst behov for hjelp. Vi vet noe hvilke tiltak som kan bidra til å bedre elevenes læringsutbytte. Det kan i neste omgang redusere frafallet i videregående skole og bidra til å bedre folkehelsen i utsatte grupper. Men saksbehandleren kan avgrense sin vurdering i en HKU til sitt kompetanseområde. Saksbehandlere i oppvekst trenger ikke å gå ut over sitt kompetanseområde og bli helsemedarbeidere.

Med de føringene regjeringen gir i denne meldingen, kan kommuneplanen bli et kraftfullt virkemiddel i folkehelsearbeidet, dersom det er erkjent lokalt at det finnes en urettmessig ulikhet i helse, at kommunen har virkemidler som kan bidra til å redusere dem, og at det finnes politiske aktører som ser de politiske mulighetene til å få fattet vedtak, og griper dem.

I sin kunnskapsoppsummering peker Espen Dahl m.fl. på at vektleggingen av de universelle tiltakene er godt forankret i forskningen på området. Men planen angir ikke kvantitative mål, noe som gjør det vanskelig å vurdere i hvilken grad målene er nådd, og strategier i en Stortingsmelding er én ting, praktisk politikk en annen. Dahl mfl. skriver:

Et hovedinntrykk er at det er langt igjen før hensyn til helse og helsefordeling faktisk

inngår som premisser i relevant statlig politikutforming, i implementeringen av politikken og i evalueringer av den. Dette gjelder de store og viktige tiltak og reformer det siste tiåret som IA- avtalen, NAV- reformen, og Samhandlingsreformen, og det gjelder tiltak som kan være problematiske i et ulikhetsperspektiv som «Raskere tilbake».

(Dahl m.fl. 2014: 302-303)

Dahl mfl peker på at reformaktiviteten er stor, men det er vanskelig å si om tiltakene virker etter sin hensikt. Indikatorene er ikke ferdig utviklet, de er lite tilpasset målsettingene, evalueringene har sjeldent sosioøkonomisk ulikhet i fokus, og tidsperspektivet er langt. Rapporteringssystemet medfører en risiko for at mindre, målrettede tiltak fremheves, mens de større, mer universalistisk orienterte reformene kommer i skyggen. Selv om det strategiske grepet om å måle forskjeller på determinantnivå, og ikke på helsekonsekvensnivå, gjør det enklere å foreta målinger, er det likevel komplisert. I andre store reformer, som arbeidsmarkedstiltak, er konteksten kompleks og skiftende. Det er vanskelig å forutsi økonomiske konjunkturer, og konjunktorene har avgjørende betydning på sysselsettingen. Samtidig finnes det innebygde målkonflikter i noen av de store reformene. (Dahl m.fl. 2014: 303-304).

De kritiske bemerkningene til Dahl mfl. har også relevans for HKU. Når det er vanskelig å si om tiltak som er under gjennomføring virker etter sin hensikt, vil det normalt være enda vanskeligere å si på forhånd, under planleggingsfasen, om de vil komme til å virke etter sin hensikt. Det kan være en grunn til å vurdere en erfaringsbasert tilnærming i lokale prosjekt, med en utprøvende tilnærming, og en løpende evaluering av hva som fungerer, hvordan det fungerer og hvorfor det fungerer, i samspillet mellom kontekst, aktører, mekanismer og resultat.

Kritikken til Dahl mfl. må også leses i lys av Brunssons teori om hva organisasjoner sier, vedtar og gjør. Folkehelseområdet er et symboltungt område. Den politiske viljen til å redusere sosialt og økonomiske betingede ulikheter i helse, er godt kulturelt forankret. Men de politiske målene er mange og kan være i konflikt med hverandre. Det man sier og vedtar kan kompensere for det man ikke får gjort nok med. Folkehelsepolitikk kan ha større vekt på symbolpolitikk enn realpolitikk.

Til tross for kritikken peker Dahl mfl. på at staten gjennom dette prosjektet ser ut til å ha lykkes ganske godt med tverrsektorielt samarbeid, ikke bare på departementsnivå, men også på direktoratsnivå, til tross for at linjeprinsippet i fagforvaltningen vanligvis er til hinder for denne typen tverrfaglig samarbeid. Følgende fire momenter trekkes frem som viktige:

- Det var en politisk vilje til stede, i alle departementene sto fordelings spørsmål høyt på

dagsorden

- Infrastrukturen var på plass, regjeringen hadde mekanismer for samarbeid på tvers
- Determinant-tilnærmingen, der en retter oppmerksomheten mot hvilke faktorer som forårsaker helseforskjeller, gjorde det lettere å utvikle en felles forståelse for problemet. Den bidro for eksempel til at helsesektoren anerkjente utdanning og arbeid som viktige helsedeterminanter i seg selv
- Den felles forståelsen gjorde det mulig å identifisere felles mål på tvers av sektorer (Dahl m.fl. 2014: 303-305)

### ***Proposisjon 90L Lov om folkehelsearbeid***

Med denne loven ble folkehelsearbeidet flyttet ut av helsesektoren og gjort til et sektorovergripende arbeidsområde i kommunene. I tråd med anbefalingen om å vektlegge universelle tiltak, la regjeringen vekt på at det ikke skulle etableres særordninger for å styrke folkehelsearbeidet. Det kan virke mot sin hensikt, og bidra til at andre deler av kommunen reduserte sin innsats. Målet var å gjøre folkehelsearbeidet til et delt ansvar, finansiert gjennom det alminnelige rammebudsjettet, integrert i sektorenes alminnelige oppgaver og planlagt i det alminnelige plansystemet.

Regjeringen la vekt på å bygge ned skillene i planarbeidet for folkehelse og miljø og samfunn. I forarbeidet til Folkehelseloven, pekte departementet på at det er et viktig element i det systematiske folkehelsearbeidet, at det er forankret på politisk nivå gjennom plansystemet i plan- og bygningsloven (Prop 90L 2010-11:54). Det fremholdt at siden folkehelsearbeidet i kommunesektoren ble knyttet til de generelle plan- systemene i plan- og bygningsloven med krav til medvirkning, bidrar det til å rettsliggjøre medvirkning i folkehelsearbeidet (Prop 90L 2010-11:65), og departementet fraråder egne plankrav for folkehelse:

Departementet mener det er viktig at folkehelsearbeidet i kommunesektoren knyttes til planlegging etter PBL. Dersom kommuner og fylkeskommuner skal integrere helsehensyn og fremme folkehelse innenfor alle sine sektorer, bør dette heller integreres i kommuneplanene etter plan- og bygningsloven, fremfor å oppstille egne plankrav for folkehelse. (Prop 90L 2010-11:54)

I lovproposisjonen for Folkehelseloven anbefalte Helse- og omsorgsdepartementet at integreringen av et folkehelseperspektiv innenfor alle sektorer, ikke burde skje gjennom egne plankrav for folkehelse, men ved å integrere disse planene i kommuneplanene etter PBL. (Prop. 90L 2010-11:74).

Helsedirektoratet fulgte opp dette med å utarbeide en egen moment- og tipsliste om folkehelse og kommuneplanlegging, som en veiledning for kommunene i dette arbeidet. I dette dokumentet anbefaler Helsedirektoratet at mål og tiltak etter Folkehelseovens §§ 5, 6 og 7 blir innarbeidet i planer regulert av PBL. (Helsedirektoratet 2011).

Viljen til å tenke i et kommuneperspektiv var sterkt til stede. Men i praksis var fremstillingene av kommunesektoren fortsatt sterkt preget av at den var beskrevet sett fra helsesektoren og med den som sentrum. I 2010 sendte Helse- og omsorgsdepartementet ut forslaget til ny folkehelselov ut på høring. Høringsdokumentet hadde et eget kapittel om forholdet til annet lovverk med betydning for folkehelsearbeidet. Her var oppmerksomheten i hovedsak rettet mot annen helse- og omsorgslovgivningen. For eksempel barnevernloven var verken nevnt eller kommentert, selv om barnevernets formål er å ivareta helsen til en av de mest sårbare gruppene i samfunnet, små barn (Helse- og omsorgsdepartementet 2010:59-65). Mangelen ble påpekt under høringen og rettet opp i lovproposisjonen som ble lagt frem for Stortinget (Prp. 90L 2010-11:74).

### ***Stortingsmelding nr 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar***

Folkehelsemeldingen God helse – felles ansvar, ble lagt frem av regjeringen Stoltenberg i april 2013. Med denne meldingen siktet regjeringen på å gi folkehelsearbeidet fornyet kraft, og det forebyggende arbeidet et løft, der staten går foran og alle aktører i samfunnet stimuleres til å bidra.

Regjeringen skisserer den positive utviklingen av folkehelsen i Norge de siste 100 årene gjennom utviklingen av velferdsstaten og målrettede tiltak i alle sektorer. Til sammen har det bidratt til en velstandsøkning og en frisk og arbeidsfør befolkning, som igjen har vært en forutsetning for økonomisk utvikling. Samtidig peker regjeringen på globale trender som også gjør seg gjeldende i Norge og gir nye utfordringer, som sosialt betingede helseforskjeller, livsstilsrelaterte sykdommer og antibiotikaresistens. Regjeringens mål for folkehelsearbeidet er at:

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder
- Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller
- Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen

De viktigste strukturelle grepene regjeringen tar i bruk for å styrke kunnskapsgrunnlaget og sette folkehelsearbeidet på dagsorden, på tvers av samfunnssektorene, er å:

- Fastsette nasjonale mål, resultatmål og indikatorer,

- Bedre systemene for oversikt og analyse og et nasjonalt system for oppfølging og stortingsmeldinger hvert fjerde år
- Bedre samarbeid på tvers av departementer og direktorater, med KS og kommunesektoren, med partene i arbeidslivet og aktører i frivillig sektor
- Bygge kompetanse i kommunesektoren, tiltaksforskning og evaluering

I avsnitt 6.5 «Utvikle verktøy for å ivareta helsehensyn på tvers av sektorer», trekker regjeringen frem HKU som et nyttig verktøy for å få frem helsemessige konsekvenser av tiltak, og hvordan helsehensyn kan ivaretas bedre. Den peker på at det fortsatt er behov for bedre verktøy, slik som sjekklister, prosessveileder og analyse- og formidlingsverktøy. Den peker på at i samfunns- og arealplanlegging lokalt og regionalt bør helse komme tidligere inn som en premiss i planprosessene. (St.meld. nr 34 2012-2013:153).

I 2014 startet Helsedirektoratet prosjektet som denne rapporten er en del av, for å utvikle og utprøve slike verktøy. Prosjektet blir avsluttet i juni 2015, men det er behov for å fortsette utviklingsarbeidet ut over prosjektperioden.

### ***Trondheimserklæringen***

Erkjennelsen av at det bør være en prioritert oppgave å redusere sosialt betingede helseforskjeller, har blitt godt forankret i fagmiljøet i folkehelse. Den nordiske folkehelsekonferansen 2014 vedtok et felles dokument som har fått navnet Trondheimserklæringen, og hvor det blant annet står:

«I global sammenheng er folkehelsen i Norden svært god. Samtidig står vi overfor betydelige utfordringer. I likhet med andre land, har vi ikke løst vår største utfordring - å redusere sosial ulikhet i helse. Vi har dermed gått glipp av de største helsegevinstene på befolkningsnivå. Helseforskjellene må bekjempes i forhold til sosio-økonomi, kjønn (gender), etnisitet, funksjonsnivå og seksuell legning.» (Trondheimserklæringen 2014)

### ***Stortingsmelding nr 19 2014-2015 Folkehelsemeldingen. Mestring og mulighet***

I april 2013 annonserte regjeringen Stoltenberg at det skulle legges frem en folkehelsemelding hvert fjerde år. Regjeringen Solberg la frem sin folkehelsemelding i mars 2015, våren før et kommunevalg. Det indikerer at folkehelsepolitikk har blitt et område alle regjeringer vil profilere seg på, uansett parlamentarisk grunnlag. Det er et positivt signal for folkehelsearbeidet.

Tittelen på meldingen og inndelingen av den, kan gi en indikasjon på at vekten er flyttet noe fra de bakenforliggende strukturelle sosiale og økonomiske helsedeterminantene, over mot de mer individuelle livsvalgs determinantene. Det kan være en politisk markør som gir til kjenne at en ny

regjering styrer politikken. Betydningen for det praktiske daglige folkehelsearbeidet bør ikke overdrives. Det er fortsatt stor oppmerksomhet i planen rettet mot de bakenforliggende strukturelle årsakene til dårlig helse, behovet for å redusere barnefattigdom og skape sosial og økonomisk trygghet for alle.

Den viktigste dreiningen er den økte vektleggingen av rusomsorg og mental helse, og måten det er satset på samarbeid med frivillig sektor. Det er et sterkt signal at informasjonslederen for den frivillige organisasjonen Mental helse har skrevet forordet i meldingen. Det signaliserer en overgang fra tradisjonell statlig styring til reelt partnerskap mellom offentlig sektor og parter i sivilsamfunnet og næringslivet, som åpner nye perspektiv.

Rus og mental helse er ett av de områdene innen folkehelsearbeidet som krever en annen tilnærming enn klassisk smittevern basert på rene naturvitenskapelige metoder. Her kan samfunnsmedisinen og samfunnsvitenskapene bli nyttige medspillere. Det er ikke uten grunn at folkehelsemedarbeidere i England har utviklet en egen standard for HKU innen mental helse. Fokuset på rusomsorg og mental helse i folkehelsemeldingen innebærer også behov for å gjennomtenke tilnærmingene innen HKU på nytt.

Regjeringen ønsker en mer systematisk utvikling og formidling av kunnskap. Den omtaler utviklingsarbeidet i Vestfold, Østfold og Sør-Trøndelag som denne rapporten inngår i, og har tatt initiativ til et utviklingsarbeid sammen med KS og kommuneorganisasjoner i Danmark og Sverige:

Helsedirektoratet og KS har gått sammen med folkehelsemyndighetene og kommuneorganisasjonene i Danmark, Sverige og Island om et felles prosjekt for å bringe fram kunnskap om lokalt arbeid for å redusere sosial ulikhet i helse. En tverrfaglig forskergruppe vil utforske hvilke mål, organisering, prosesser, kapasitet, kompetanse og verktøy som styrker gjennomføring av tiltak for å redusere sosial ulikhet på tvers av politikkområder. Analysen skal danne utgangspunktet for en rapport som formidler lokale erfaringer og praksiseksempler.

(St. meld nr 19 2014-2015:138)

Kommunene i Danmark og Sverige har lengre erfaring med bruk av HKU enn kommunene i Norge. Dette samarbeidet kan bli interessant i det videre utviklingsarbeidet av HKU i Norge.

Enkelte kommuner har vedtatt at det skal foretas en HKU i alle politiske saker. I praksis innebærer det at administrasjonen gjennomfører en kort forundersøkelse og avgrensner hvilke saker som det

skal gjennomføres en videre forundersøkelse og eventuelle grundigere utredningen i. Regjeringen skriver i meldingen at helsekonsekvenser skal utredes når det er grunn til å tro at saken eller tiltaket vil ha vesentlige konsekvenser for befolkningens helse eller helsens fordeling i befolkningen. Det er en nyttig avgrensning.

Regjeringen peker på at folkehelsearbeidet har endret seg fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv. Innsatsen skal rettes mot de bakenforliggende årsakene, der samfunnsøkonomiske analyser, hvor helsemessige kostnader og gevinster inngår, skal være en viktig del av beslutningsgrunnlaget. I Sverige har det foregått et utviklingsarbeid der folkehelsemedarbeidere og samfunnsøkonomer samarbeider om utvikling av metoder og modeller for sosiale investeringer. Erfaringene i dette arbeidet kan ha overføringsverdi til norske kommuner.

## **HKU og kommunenes kvalitetssystem og prosedyrer**

### ***Tilpasning av standarden for HKU***

HKU er definert som en kombinasjon av prosedyrer, metoder og verktøy, og bygger på et whole-of-government perspektiv. Den angir en generell prosedyre for behandlingen av alt fra enkle til komplekse saker som berører flere fagmiljøer og sektorer.

En av erfaringene fra bruk av HKU i Wales, er at det er viktig å inkludere HKU i eksisterende rutiner og søke å institusjonalisere HKU-prosesser gjennom dette. Når norske kommuner skal tilpasse denne prosedyren til sin egen organisasjon, vil det som regel lettere la seg gjennomføre når kommunen kan bygge videre på noe som allerede er innarbeidet, fungerer i det daglige arbeidet og er velegnet som ramme for HKU. Mange norske kommuner har et kvalitetssystem for utvikling og bruk av slike prosedyrer, som kan brukes i dette arbeidet.

### ***Kvalitetssystem***

Kvalitetssystem i norske kommuner omfatter ofte som regel både generelle bestemmelser om hvordan arbeidet i kommunen er organisert og hvordan oppgaver og myndighet er delegert i organisasjonen, og spesielle bestemmelser i prosedyrer for hvordan ulike oppgaver skal løses, og maler for hvordan saker til politisk behandling skal utformes.

Delegeringsreglementet beskriver hvordan oppgaver og myndighet er fordelt i organisasjonen. Det kan være et utgangspunkt for å avklare hvilke enheter i kommunen som kan bli berørt av en sak, hvem som bør trekkes inn i utarbeidingen av en HKU, og hvem som bør koordinere arbeidet.

Malen for saksfremstillingen kan angi hvor og i hvilken sammenheng en HKU skal presenteres i saksfremstillingen.

Prosedyrene er som regel basert på standarden for prosedyrer i klassisk kvalitetsteori som er gjengitt i kapittel 4, og kan omfatte bestemmelser om:

- Hvem som kan ta initiativ til en sak og en HKU
- Planprosessen fra initiativet til utarbeiding av en sak blir tatt og frem til saken er ferdig behandlet administrativt eller politisk. Hvem som skal gjøre hva, i hvilken rekkefølge og når, hvor, hvordan og hvorfor det skal gjøres
  - Innen denne prosedyren kan det fastsettes en delprosedyre for arbeidet til saksbehandleren, fra saksbehandleren får i oppdrag å utrede saken, til saken med en HKU er levert og godkjent av oppdragsgiver
- Evaluering av gjennomføringen av vedtaket
- Overvåking og kontroll av driften av det vedtatte tiltaket etter gjennomføringen. Overvåkingen og kontrollen gjelder også hvilke konsekvenser driften av tiltaket får for folkehelsen

Enkelte kommuner har prosedyrer der en administrativ ledergruppe drøfter alle saker som skal utredes i neste periode frem til nye møter i politiske organ, avklarer hvilke personer i administrasjonen som skal involveres i utredningsarbeidet, og om det skal utarbeides en HKU i noen av sakene. Denne beslutningen utgjør den første fasen i forundersøkelsen i en HKU. Den neste fasen i forundersøkelsen og en eventuell mer omfattende utredning, blir foretatt av saksbehandleren eller teamet som er ansvarlig for saken.

Andre kommuner har en prosedyre der det er saksbehandleren som vurderer om saken kan få konsekvenser for helsen som tilsier at det bør utarbeides en HKU. Hvis saksbehandleren konkluderer med at det bør gjennomføres en HKU, enten en rask, skjønnsbasert HKU eller en mer omfattende utredning, er det saksbehandleren som varsler sin oppdragsgiver om behov for medvirkning fra andre fagmedarbeidere og berørte innbyggere og andre interessenter.

Mange kommuner har fastsatt prosedyrer for saksbehandlingen, både generelle overordnede, og spesielle for bestemte saker. Fullført saksbehandling er en av de generelle prosedyrene for saksbehandling som er i alminnelig bruk i mange norske kommuner, og som kan være til nytte i denne sammenhengen.

### *Fullført saksbehandling*

Med kommuneloven av 1992 ble det etablert et strukturelt grunnlag for en mer enhetlig og koordinert saksbehandling i kommunene på tvers av nivå, sektor- og faggrenser. Mens de kommunale sektorene tidligere hadde vært underlagt departemental styring og arbeidet forholdsvis uavhengig av hverandre, og sentraladministrasjonen, fikk kommunestyret nå fullmakt til selv å bestemme hvordan administrasjonen skal være organisert, og oppmerksomheten ble i større grad rettet mot horisontal og vertikal koordinering internt i kommunen. De gamle saksbehandlingsrutinene levde imidlertid videre, og prinsippet om fullført saksbehandling ble innført for å bryte dette mønsteret og legge til rette for bedre intern koordinering i saksbehandlingen. Kommunenes Sentralforbund spredde informasjon om denne saksbehandlingsformen, og Kommuneforlaget ga i 1996 ut Jan Aas sitt veiledningshefte i fullført saksbehandling (Aas 1996). Prosedyren brukes i mange kommuner.

Fullført saksbehandling innebærer at det utarbeides bare en felles saksfremstilling som beslutningsgrunnlag for alle de politiske organene som skal behandle samme sak. Det kan være flere. Det er én saksbehandler som koordinerer utredningsprosessen, innhenter relevant informasjon fra alle enheter i og utenfor kommunen, avklare med oppdragsgiver underveis og utarbeider en fullstendig skriftlig saksfremstilling. Saksutredningen kan gjerne organiseres i et tverrfaglig team under saksbehandlerens ledelse, slik det er forutsatt i standarden for HKU.

Siden politikk dreier seg om valg mellom alternativer, anbefales det at saksfremstillingen normalt skal inneholde flere alternative løsninger, med konsekvensutredninger av alternativene. I tillegg til fakta-opplysningene, skal fremstillingen ha en vurdering av alternativene, ut fra gitte normer og krav. Hensynet til befolkningens helse og helsen fordeling i befolkningen kan være en slik norm.

Så skal den konkludere med hvilket av alternativene som best tilfredsstillende de gitte normene og kravene og gi en innstilling med administrasjonssjefens forslag til vedtak. Saksfremstillingen skal gi de politiske organene et nødvendig og tilstrekkelig grunnlag for å fatte vedtak i saken, også når de velger å fatte et annet vedtak enn det administrasjonssjefen foreslår (Aas 1996).

Saksbehandlingsprosessen og innhold og form i saksfremstillingen, kan variere ut fra hvilken type sak det dreier seg om. I enkelte saker opptrer kommunen med myndighet delegert fra staten, og har som oppgave å påse at regelverket som staten har fastsatt blir fulgt. I en annen type saker opptrer kommunen som en tilbyder av tjenester overfor innbyggerne. I en tredje type saker opptrer kommunen som en sidestilt partner med andre aktører og forhandler frem omforente løsninger.

Men i alle disse sakene kan fullført saksbehandling likevel være det ytre rammeverket for saksutredningen. Prosedyren legger til rette for at HKU innarbeides i alle typer saker.

### *Erfaringer fra bruk av kvalitetssystem*

Totalkvalitetsledelse kom på moten som en populær, global organisasjonsoppskrift på 1990-tallet. De første femten årene var det en tendens til at innføringen av det formelle kvalitetssystemet ble et mål i seg selv. Den underliggende logikken var at så lenge virksomheten fulgte de formelle prosedyrene i systemet, fastsatte mål med krav til prosess og produkt, kontrollerte at produksjonen oppfylte kravene, og korrigererte driften når avvik ble oppdaget, da ville virksomhetens produkter få god kvalitet.

Virkeligheten viste seg ikke å være så enkel. Et kvalitetssystem som ble fulgt til punkt og prikke garanterte ikke for god produktkvalitet. Standardiseringsorganisasjonen ISO selv tok sterk avstand fra firma som brukte sin ISO sertifisering i markedsføringen som er argument for at de leverte produkter med høy kvalitet (ISO 2003).

Til tross for at ISO pekte på at en ISO 9001 sertifisering ikke nødvendigvis førte til god produktkvalitet, fortsatte bedrifter og sertifiseringsfirma å legge ensidig vekt på de formelle prosedyrene. I sin masteroppgave i organisasjon og ledelse, gjennomførte Eva Minge en analyse av 122 eksterne revisjonsrapporter utarbeidet for 20 virksomheter i helsesektoren i perioden fra 1998 til 2007. Revisjonene gjaldt systemer som var sertifiserte etter ISO 9001-standarden. Hun beskriver hovedfunnene sine slik:

Revisjonskonklusjonene synes å legge større vekt på systemets struktur og krav til samsvar med standarden enn hvilke resultater systemet produserer. Rapportene *beskriver enkeltelementer i helheten som har egenskaper som vurderes som gode*, men de gir ingen helhetlig vurdering av om de sertifiserte ISO 9001 kvalitetssystemene har virkning.

Mens revisjonsrapportene i liten grad gir informasjon om resultat som er oppnådd for tjenestekvaliteten, viser de i større grad at det skjer kvalitetsforbedringer i virksomhetene på ISO 9001-standarden punkter.

(Minge 2009:5)

Selv om et kvalitetssystem ikke gir noen garanti for god produktkvalitet, kan det være et nyttig verktøy når det kan brukes i kombinasjon med høy fagkunnskap, situasjonsforståelse og innsikt. Det samme gjelder for delsystemene i et kvalitetssystem, så som HKU. At den formelle prosedyren i standarden for HKU blir fulgt, gir ingen garanti for at mulige helsekonsekvenser blir

avdekket, men når den kan brukes i kombinasjon med høy fagkunnskap, situasjonsforståelse og innsikt, kan HKU bidra til å svekke negative og styrke positive konsekvenser for helsen .

I et foredrag på WHO's og IAIA's felles konferanse om HKU i 2010, pekte Erica Ison på at også i arbeidet med å fremme HKU hadde man gjort feilen å gjøre metoden nærmest til et mål i seg selv. (Ison 2010).

### **Erfaringene med bruk av HKU i saksbehandlingen i norske kommuner**

Skal saksbehandleren innarbeide en HKU i vurderingene i saksfremstilling i en sak, må saksbehandleren i utgangspunktet ha et folkehelseperspektiv på saken. Hvis det ikke er relevant å ha et folkehelseperspektiv på saken, er det heller ikke relevant å utrede hvilke mulige konsekvenser saken kan få for helsen i befolkningen eller deler av befolkningen.

I 2011 publiserte Hege Hofstad en undersøkelse av helseperspektivet i kommunal planlegging i Norge. Hun undersøkte hvordan nasjonale mål ble oversatt og tilpasset til den lokale planleggingen. Norge har en lang plantradisjon og et vedvarende fokus på folkehelsearbeidet. Hun skriver at hvis integreringen av arbeidet for å fremme folkehelsen gjennom planlegging skulle lykkes noe sted, så ville det antagelig være i Norge. Likevel fant hun at det var lite kunnskapsoverføring og samhandling mellom planleggere og folkehelsekoordinatorer.

Der folkehelse tema var tatt med i planene, var oppmerksomheten i hovedsak rettet mot grøntområder og rekreasjonsområder, mens det var lite oppmerksomhet rettet mot sosiale helsedeterminanter. Det gjelder også for de tre byene som deltok i prosjektet Helse i plan. Det har vist seg vanskelig å innlemme folkehelse tema som ikke stemmer inn i planleggingens tradisjonelle fokusområde. Det virker som om folkehelse ligger helt på grensen av det planarbeidet er innrettet mot. Kommunal planlegging er fokusert på økonomisk utvikling og evidensbaserte metoder, økonomisk vekst og konkurranse er fortsatt språket i planarbeid. Hun spør om ulikhetene i rasjonalitet og institusjonalisert praksis i plan og helse kan belyse mulige årsaker til forskjellen mellom nasjonale mål og lokal praksis.

Til tross for dette hovedbildet, viser hun til lovende tegn i planarbeidet til de tre kommunene som inngikk i prosjektet Helse i plan. Det er elementer i planleggingen som foregår for tiden som kan være til hjelp i arbeidet med å bygge inn et helseperspektiv i planleggingen i fremtiden.

Hun peker på at undersøkelsen fyller et tomrom i forskningen på området, undersøkelser av hvordan tema i folkehelse blir integrert på det lokale nivå er sjeldne. Kunnskapen om hvilken rolle

planlegging spiller i arbeidet med å fremme folkehelsen er fragmentarisk. (Hofstad 2011). Søkene som er gjort i denne rapporten bekrefter at det er få empiriske undersøkelser på dette feltet.

Arbeidet med å ta i bruk HKU har ikke kommet like langt i Norge som i de andre nordiske landene som er omtalt i denne rapporten. Helsedirektoratet har som nevnt arbeidet lenge og systematisk med temaet. Kommunenes Sentralforbund er interessert i å bidra i arbeidet, men har ikke utarbeidet noe eget veiledningsmateriale om HKU for kommunene. Sunne kommuner, WHO's norske nettverk, arbeider for å fremme helhetstenkning med en tverrsektoriell tilnærming. I de helsefremmende strategiene i det lokale folkehelsearbeid legger de vekt på de sosiale helsedeterminantene. Nettverkets daglige leder fremholder behovet for å sette folkehelsearbeidet inn i et samfunnsperspektiv, og se sammenhengen mellom helse, miljø og klima. Han sier at nettverket ønsker å engasjere seg i arbeidet med å utvikle og bruke HKU i tiden som kommer. Nettverket ble etablert i 1994, har 17 kommuner og 5 fylkeskommuner som medlemmer våren 2015, og er i vekst. (Intervju og e-post 22.5.2015 og 25.5.2015)

I utviklingsprosjektet som denne rapporten inngår i, er det utgitt to andre rapporter om bruk av HKU i kommunal planlegging i Østfold. Den første er en erfaringsoppsummering fra tre kommuner som hadde anvendt HKU i saksbehandlingen i noen år. Den andre var en følgeevaluering av fire kommuner som utviklet og utprøvde prosedyrer, metoder og verktøy for HKU våren 2015.

I den første rapporten deler Trude Tonholm og Rikard Eriksson funnene i tre hovedkategorier:

- Vurderinger som er ganske utfyllende og innholdsrike
- Vurderinger som er korte og forenklete, «oneliners»
- Vurderinger som ikke er der

I to av kommunene var det flest utfyllende og innholdsrike vurderinger i HKUene. Én kommune hadde forholdsvis mange oneliners og mer utfyllende standardkommentarer som ble brukt likt i saker på det samme området. I den siste kategorien er det én sak hvor det i saksdokumentet er henvist til at det er gjennomført en HKU i de underliggende dokumentene. Men går man til de underliggende dokumentene er det bare en kommentar om at det ikke er gjennomført noen HKU, fordi det ikke er lovpålagt i den aktuelle saken.

Rapporten drøfter hva årsakene kan være til forskjellene i HKU fra de tre kommunene og i forskjellige sakstyper (Tonholm og Eriksson 2015).

I den andre rapporten konkluderer Kenneth Dahlgren og Jo Ese med at grad av suksess i arbeidet med HKU er avhengig av konteksten, aktørene og innhold og form i saken. De deler funnene i fire hovedkategorier, og skriver:

- **Stor/liten:** handler om hvilke føringer kommunens størrelse kan legge på organiseringen av HKV, og hvilke konsekvenser det kan ha for saksbehandlingen. Hos de store kommunene så vi at kompetanse tillegges avdelinger med (relativt) tydelig avgrenset fagområde, og at suksess for HKV kan kreve en logistisk organisering av kompetanse rundt møtepunkter der ulike faggrupper kan komme sammen. I de små kommunene så vi, på den andre siden, at kompetanse tilegnes bestemte personer, som (personlig) egenskap, og at suksess for HKV kan kreve større grad av delegering av oppgaver/ansvar.
- **Reguleringsgrad:** handler om hvor entydige retningslinjene for saksområdet oppfattes av saksbehandler, og i hvilken grad det gis rom for HKV. Suksess for HKV kan kreve en revidering av etablerte føringer, med fokus på å identifisere hvilke elementer som hemmer og fremmer vurderinger av helsekonsekvenser i ulike typer saker
- **Eierskap:** handler om i hvilken grad saksbehandlere har blitt involvert i både utviklingen av HKV som verktøy og utprøving av satsingsområdet i kommunen. Suksess for HKV kan kreve at saksbehandlere føler at deres erfaringer og praktiske behov er inkludert.
- **Hjemmebane/bortebane:** handler om en tydelighet rundt grensene for egen kompetanse, og en bevissthet rundt hvor og hvordan kompensere når det oppstår mangler. Suksess for HKV kan kreve at det etableres møtepunkter for tverrfaglighet og en tydelighet rundt hvordan tverrfaglighet kan og bør håndteres.

(Dahlgren og Ese 2015)

Norske kommuner har noe erfaring med HKU i fysiske planer og prosjekter, men erfaringene er spredd og fragmentære. Et systematisk arbeid med å ta HKU i bruk i saksbehandlingen av politiske og administrative saker er helt i sin begynnelse. Her, som i andre komplekse oppgaver, kan det være hensiktsmessig å gå skrittvis frem og planlegge hvordan HKU skal bli tatt i bruk ut fra erfaringer som er gjort andre steder. En mer erfaringsbasert tilnærming kan være et godt alternativ til en ren rasjonell, målrettet tilnærming.

### ***HKU i et tverrsektorielt determinantsperspektiv***

Stortingsmelding nr 20 (2006-2007) presiserer at determinantsperspektivet innebærer at en HKU er rettet mot hvilke virkninger den gitte situasjonen og de foreslåtte tiltakene får for helsedeterminanter, ikke for folkehelsen direkte. I omtalen ovenfor av stortingsmeldingen er det

pekt på at saksbehandlere kan avgrense sin vurdering i en HKU til sitt kompetanseområde. Saksbehandlere i oppvekst trenger ikke å gå ut over sitt kompetanseområde og bli helsemedarbeidere.

Noen av kommunene i Østfold som har deltatt i utviklingen av HKU, har erfart at begrep som «folkehelse» og «helsekonsekvensvurdering», og slagordet «helse i alt vi gjør», kan være et hinder i arbeidet med å utvikle et tverrsektorielt folkehelsearbeid, og HKU i saksfremstillinger i alle sektorer. Helsesektorens forskjellige helsebegrep har ikke gjort arbeidet enklere. Saksbehandlere i andre sektorer med en annen fagkompetanse, oppfatter at spørsmål som gjelder helse ligger utenfor eget kompetanseområde.

Fredrikstad kommune har et politisk vedtak om at konsekvensene for befolkningens levekår og folkehelse skal vurderes i alle saker. Ut fra et determinantperspektiv, kan det avgrenses til konsekvensene sakene får for helsedeterminanter, ikke direkte for folkehelsen. I malen for saksfremstillinger bruker ikke Fredrikstad kommune overskriften «Helsekonsekvensvurdering» men «Konsekvenser levekår/folkehelse». Fagmedarbeidere, administrative ledere og politikere i alle sektorer har kunnet enes om at oppgavene de utfører skal bidra til å skape gode levekår i kommunen. Det er også enighet om at gode levekår bidrar til god folkehelse. Med disse begrepene har kommunen fokusert på determinantperspektivet og formulert et felles overordnet mål i det tverrsektorielle og tverrfaglige arbeidet. Samtidig har kommunen gjort det mulig å utvikle integrerte utredninger av hvilke konsekvenser en sak får for miljø, samfunn og helse.

Folkehelsekoordinatoren i Råde kommune sa at det tok henne lang tid å forstå at det ikke var nok å forankre folkehelsearbeidet og HKU i helsesektorens begreper. Det måtte forankres i de forskjellige sektorenes egne oppgaver og begreper. Når hun nå snakker med ansatte i teknisk sektor dreide samtalen seg om mål og tiltak innen vei, vann og kloakk. Med barnehagene snakker hun om tidlig sosial inkludering og sunn mat, og med skolene om læringsmiljøet og læringsmålene i lov og forskrifter. I helsesektoren var den største utfordringen å dreie oppmerksomheten fra det kurative til det forebyggende arbeidet. Da folkehelsearbeidet først var forankret i de determinantene som lå innenfor den enkelte sektorens oppgaver, gikk samarbeidet mye lettere.

### ***HKU i tjenestekjeder***

De kommunale tjenestene samspiller i tjenestekjeder. I pleie og omsorgstjenestene er det et samspill mellom hjemmebaserte tjenester, aktivitetstilbud for eldre og korttidsopphold i institusjon. I oppvekstsektoren er det et samspill mellom barnehage, skole, den pedagogisk

psykologiske tjenesten og skolehelsetjenesten, og i tillegg helsestasjonstjenesten og barneverntjenesten. Både for kommunen og den enkelte brukeren av tjenestene, har det betydning at tjenester som brukeren får fra flere virksomheter, er rimelig godt koordinert. Saksbehandleren for en barnehagesak trenger ikke å utrede hvilke konsekvenser saken kan få for helsen til barna når de en gang har blitt voksne. Å tegne et årsaksdiagram for disse sammenhengene, slik det er gjort i figur 2.1 i kapittel 2, lar seg vanskelig gjøre. Men det kan være nødvendig for saksbehandleren å vurdere hvilken effekt et samarbeid mellom barnehagen, helsestasjonstjenesten og PPT tjenesten kan gi, og for eksempel hvordan barnehagen kan bidra til at barna har de nødvendige ferdighetene i å snakke norsk når de slutter i barnehagen og begynner på skolen. I et whole-of-government, whole-of-society perspektiv legges det vekt på denne horisontale koordineringen.

Noen norske kommuner har erfaringer med denne endringen fra et NPM perspektiv til et whole-of-government, whole-of-society perspektiv. Sarpsborg kommune var en av de kommunene som gikk langt i å innføre tankegangen i NPM da den innførte bestiller-utfører modellen i år 2000. Kommunen ble organisert i autonome resultatenheter med vekt på den vertikale relasjonen mellom bestillerenheten og utfører enhetene. For å sikre et økonomisk handlingsrom ble det vedtatt kraftige kutt i skolebudsjettet for 2006. Vedtaket ble møtt med massiv motstand i befolkningen. Et par år senere forverret kommunens økonomi seg radikalt. Kommunens ledelse erkjente behovet for et koordinert samarbeid for å komme ut av krisen. I 2009 ble bestiller-utfører modellen formelt avviklet og kommunestyret vedtok en oppvekst- og utdanningspolitisk plattform, med det afrikanske ordtaket «Det trengs en hel landsby for å kunne oppdra et barn» som motto. Planen legger vekt på effektiv bruk av begrensede økonomiske ressurser, ved god koordinering vertikalt og horisontalt i kommunen, mellom sektorene i kommunen, mellom de ulike nivåene i kommunen, mellom kommunen, fylkeskommune og staten, og mellom kommunen foreldre, lag og foreninger, bedrifter og andre aktører i lokalsamfunnet (Negaard 2011). Planen retter oppmerksomheten mot tjenestekjeder. Den skriver blant annet:

En helt åpenbar kilde til informasjon og en indikasjon på om effekten av tiltakene som iverksettes i kommunen er slik en ønsker, er målinger over tid som viser utvikling i frafall fra videregående opplæring. Slike målinger der en knytter frafallsprosent i videregående skole mot de spesifikke kommunenes elever vil gi relativt klare indikasjoner på en utvikling. Men selv om det foretas målinger av frafallsprosent spesifisert kommunevis, vil resultatene kun gi indikasjoner på at kommunale tiltak har effekt. Videregående skole i seg selv er imidlertid også et mangfold av kulturer og ulik grad av læringstrykk og motivasjon,

noe som i seg selv selvsagt er medvirkende til grad av frafall.

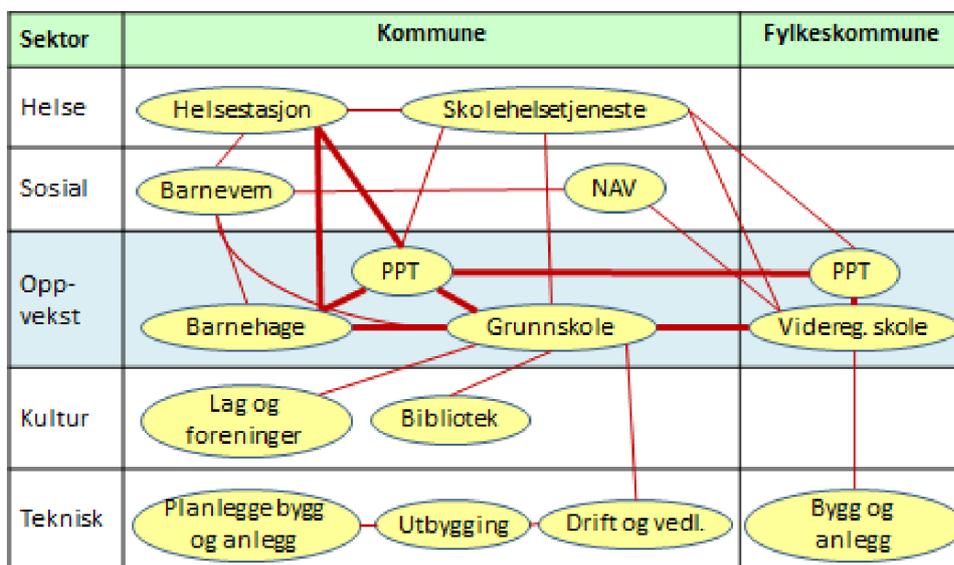
(Sarpsborg kommune 2009:32-33)

Planen gjør frafallet i videregående skole til en indikasjon, men ikke en fasit, på spørsmålet om kommunen oppnår det den ønsker. Planen ble fulgt opp gjennom et partnerskap mellom kommunen og fylkeskommune. Det ble gjennomført praktiske tiltak for å bedre informasjonsutvekslingen mellom grunnskoler og videregående skoler, kommunalt og fylkeskommunalt PPT, og styrket innsatsen overfor utsatte ungdomsgrupper. Kommunen sørget for at det ble tilsatt sosialkonsulenter ved de fire videregående skolene i kommunen. (Negaard 2011).

Figuren nedenfor illustrer en tiltakskjede, med opplæring i norsk muntlig som eksempel. Til vanlig lærer barn å snakke norsk hjemme i familien, men innvandrerbarn med foreldre som ikke snakker norsk har ikke den muligheten. Har de ikke lært å snakke norsk når de begynner på skolen, kan det gi problemer som forplanter seg opp gjennom opplæringen og bidrar til frafall i videregående skole. Tiltakskjeden innen opplæring i norsk muntlig går fra barnehage via grunnskole til videregående skole, med den pedagogisk psykologiske tjenesten, PPT, som støttefunksjon. Helsestasjonene kartlegger så godt som alle barns språkutvikling. Denne kunnskapen kan være til nytte både for barnehagene og PPT. Sarpsborg kommune prøvde ut et tiltak der helsestasjonens fireårskontroll ble lagt til barnehagene, organisert som et tverrfaglig samarbeid, for å legge til rette for denne kunnskapsoverføringen. De tykke røde linjene i figuren nedenfor illustrer kjernen i tiltakskjeden i opplæring i norsk muntlig.

Også andre kommunale sektorer og virksomheter kan bidra i denne tjenestekjeden. Vanskelige oppvekstkår kan blokkere for barns læring og utvikling. Her kan barnevernstiltak ha vesentlig betydning. Også skolehelsetjenesten har tiltak og kunnskaper som kan støtte elevenes utvikling og læring. Lag, foreninger og bibliotek kan være andre arenaer for utvikling av språkkunnskaper og språkferdigheter. Luftkvalitet og bygningsstandard kan ha betydning for konsentrasjons- og læringsevnen til elevene. Disse faktorene i tjenestekjeden er tegnet inn i figuren med tynne røde linjer. Figuren illustrer hvordan de forskjellige kommunale virksomheter er koblet sammen i tjenestekjeder som legger til rette for opplæringen, og direkte og indirekte bidrar i arbeidet med å utvikle kunnskaper og ferdigheter i muntlig norsk.

**Figur 5.2 Tjenestekjede: Opplæring i muntlig norsk og forebygging av frafall i videregående skole**



## 7. Avsluttende kommentarer

### Ulike perspektiver på HKU

Beskrivelsen av og forklaringen på utviklingen av standarden for HKU, hvordan den har blitt formidlet, tilpasset og tatt i bruk, har skjedd ut fra alle de fire perspektivene til Bolman og Deal som er omtalt i kapittel 2.

HKU er fremstilt og formidlet som et verktøy til bruk i utredninger av et beslutningsgrunnlag, beskrevet i et målrasjonelt verktøyperspektiv.

Formålet for HKU og verdigrunnlaget det bygger på, er forankret i grunnleggende verdier i vestlige samfunn, slik det er beskrevet i kapittel 4. HKU fremtrer som et symbol på at politiske organ ivaretar disse verdiene. Den er et tegn på at politiske og administrative myndigheter legger vekt på å fremme befolkningens helse, også helsen til de mest utsatte befolkningsgruppene, at de opptrer rasjonelt og effektivt, ivaretar hensynet demokratisk medvirkning, og baserer sitt arbeid på vitenskapelig kunnskap. Formidlingen og tilpasningen av HKU samsvarer med mønsteret en kan forvente ut fra et symbolperspektiv. I formidlingen legges det vekt på positive enkeltteksempler, mens kritiske kost-nytte analyser av hvilken effekt HKU har på de politiske vedtakene, enn si på folkehelsen, er få og begrensede. Tilpasningen er preget av en ytre formell likhet, med store innholdsmessige forskjeller ut fra konteksten der HKU har blitt tatt i bruk, og samsvarer med spissformuleringen til George Markus «Alt overalt, men overalt forskjellig». HKU er beskrevet i et symbolperspektiv.

Innføringen av HKU er ikke alltid preget av gradvis vekst gjennom gradvis akkumulert kunnskap. I land som Nederland har innføringen av HKU gått i bølger. Vekst har blitt avløst av en stagnasjon og tilbakegang, som kan forklares ut fra et politisk perspektiv. Også i Skottland og Wales kan det politiske perspektivet forklare hvordan utarbeidingen av HKU har blitt en arena for interessekonflikter og bruk av makt. Men det politiske perspektivet gir ikke hele forklaringen på hvorfor det er krevende å ta HKU i bruk. WHIASU i Wales peker på at HKU er et generelt standardverktøy, vokst frem av erfaringene med EIA i forhold til fysiske, kjemiske og biologiske determinanter, og ikke like godt egnet som verktøy i arbeidet med de sosiale helsedeterminantene. Human resource perspektivet kan bidra til å forklare hvorfor det er store utfordringer i å bygge relasjoner på tvers av grensene mellom politikere og profesjonelle medarbeidere, profesjonelle medarbeidere og sivilsamfunnet, og mellom de forskjellige profesjonsgruppene med tilhørighet i forskjellige fag, sektorer og nivåer i offentlig forvaltning, i det Jürgen Habermas kaller

systemverdenen. I dette avsluttende kapittelet er noen av disse utfordringene kommentert nærmere.

## **Det finnes ingen «one size fits all» - HKU som verktøy**

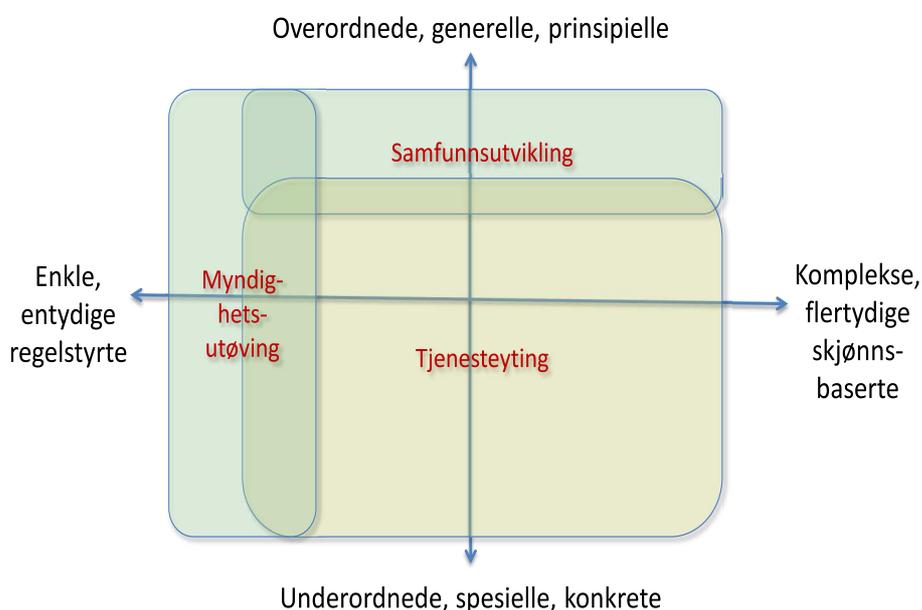
### **HKU i saker som varierer langs to glideskalaer**

I faglitteraturen om HKU er det et gjennomgående tema at det ikke finnes noe «one-size-fits-all» beskrivelse av hvordan en HKU skal gjennomføres. De anbefalte standardene er åpne med hensyn til valg av prosedyrer, metoder og verktøy, fordi sakene som skal utredes er så forskjellige.

Forskjellige saker krever forskjellige tilnærminger. En HKU i en norsk kommune vil være preget av hvilket nivå i beslutningsprosessen den befinner seg på, og i hvilke saksområde den hører hjemme. Det er variasjoner langs glideskalaen fra det overordnede, generelle og prinsipielle, til det underordnede, spesielle og konkrete. Det er samtidig variasjoner langs glideskalaen fra det enkle, entydige og regelstyrte, til det komplekse, flertydige og skjønnsbaserte. Hvilke arbeidsformer som vil være relevante i utarbeidingen av en HKU, vil være avhengig av hvor saken ligger på disse to glideskalaene.

Saker innen de tre hovedoppgavene til kommunene; samfunnsutvikling, tjenesteyting og myndighetsutøving, plasserer seg ulikt langs disse to glideskalaene. Samfunnsutviklingen hører først og fremst hjemme i blant de overordnede, generelle og prinsipielle sakene der kommunen utformer sin policy. Overordnede saker som kommuneplanen, gir rammer og føringer for mer underordnede saker. Det er en glidende overgang fra saker som gjelder samfunnsutvikling til saker som gjelder tjenesteyting. En skolebruksplan kan utformes som en kommunedelplan. Men hovedtyngden av sakene som gjelder tjenesteyting til grupper og enkeltbrukere, ligger i den andre enden av skalaen, i det konkrete og spesielle. Tjenestene skal tilpasses innbyggernes forskjellige behov. Både innen tjenesteyting og samfunnsutvikling er det et element av myndighetsutøving. Når kommunen fastsetter en arealplan, utøver den myndighet. Når kommunen avslår en søknad om kommunale tjenester, utøver den myndighet. Figuren nedenfor illustrerer fordelingen av de tre sakstypene langs de to glideskalaene:

Figur 6.1



### HKU, regelverket og faglige veiledninger

Det er et grunnleggende rettsprinsipp for all myndighetsutøving at like saker skal behandles likt. For at myndighetsutøvingen skal bli likeverdig og rettfærdig, og ikke overlatt til varierende skjønn hos saksbehandlere, blir den i stor grad regulert gjennom bestemmelser i politisk vedtatte lover, forskrifter og retningslinjer. Myndighetsutøving er regelstyrt. Regelverket sikrer likebehandling, også på områder der det kan være faglig og politisk ideologisk uenighet. Regelverket begrenser rommet for skjønnstøving for saksbehandlerne, gjør alternativene færre og tydeligere, og utredningsarbeidet med vurdering av hvilke konsekvenser den gitte situasjonen og de vurderte tiltakene kan få, enklere. Hvor stort rom for skjønn som regelverket gir den enkelte saksutreder, varierer fra saksområde til saksområde, fra entydige bestemmelser om hvilke tiltak som skal settes i verk når målinger av bestemte forhold i situasjonen viser at den har overskredet fastsatte grenseverdier og tiltaksverdier, til mer åpne bestemmelser som gir saksbehandleren et stort rom for skjønn både for å vurdere om det skal iverksettes tiltak og eventuelt hvilke tiltak som skal settes inn.

De generelle vurderingene av de ulike situasjonstypene og de aktuelle tiltakene i hver situasjon, kan være eksplisitt uttrykt i begrunnelsen for regelverket. I offentlig sektor er det et samspill mellom overordnede saker som fastsetter regler og retningslinjer, og underordnede saker som

anvender regelverket. De overordnede sakene kan være vedtatt både nasjonalt og kommunalt. Vurderinger av sakens konsekvenser for helsen, HKU, vil være fordelt på alle sakene i hierarkiet som regulerer det kommunen gjør, helt ned til enkeltsaker etter bestemmelsene i forvaltningsloven, som administrasjonen vedtar etter fullmakt fra politiske organ.

Kommunale saksbehandlere i store kommuner har i stadig større grad en formell høyere utdanning innen det saksområdet der de er saksbehandlere. De kjenner faglitteraturen på området, og støtter seg ikke bare til regelverket, men også til analysene og anbefalingene i faglitteraturen. Rapporten til Espen Dahl mfl «Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt», kan være til slik faglig støtte i arbeidet med HKU. Også analysene i faglitteraturen av årsaksforhold i ulike situasjoner, og hvilke tiltak som kan gi en ønsket positiv effekt for folkehelsen, varierer mellom de entydige konklusjonene og de åpne som peker på et bredt spekter av mulige tolkninger og tilnærminger.

Allerede i forundersøkelsen til en HKU støtter saksbehandleren seg til regelverket og relevant faglitteratur på området. Der både regelverket og faglitteraturen gir entydige bestemmelser om hvordan den gitte situasjonen bør forstås, og hvilke tiltak som bør settes inn for å fremme befolkningens helse, vil det være tilstrekkelig med en enkel HKU, der arbeidet går direkte fra forundersøkelse til saksfremstilling. Det samme vil være tilfelle der enten regelverket eller faglitteraturen gir entydige bestemmelser om hvordan den gitte situasjonen bør forstås, og hvilke tiltak som bør settes inn. Også her vil saksbehandleren ha et tilstrekkelig grunnlag for å gå direkte videre til saksfremstillingen. Men i de tilfellene der hverken regelverket eller faglitteraturen gir slike entydige bestemmelser, vil det som regel være påkrevd med en grundig HKU. De ulike alternativene er illustrert i figuren nedenfor.

**Figur 6.2**

		Faglig teori om årsaksforhold og virkning	
		Entydig	Ikke entydig
Rom for faglig skjønn i regelverket	Stort	Enkel HKV	Grundig HKU
	Lite	Enkel HKV	Enkel HKV

I et whole-of-government perspektiv kan en HKU i en enkelt sak forstås som et ledd i en vertikal utredningskjede, som begynner i det politiske og vitenskapelige grunnlaget for lover og forskrifter, og gradvis konkretiseres gjennom regelverket og overordnede kommunale planer ned til den enkelte sak. Den samlede HKU fremstår som den akkumulerte utredningen i denne vertikale kjeden.

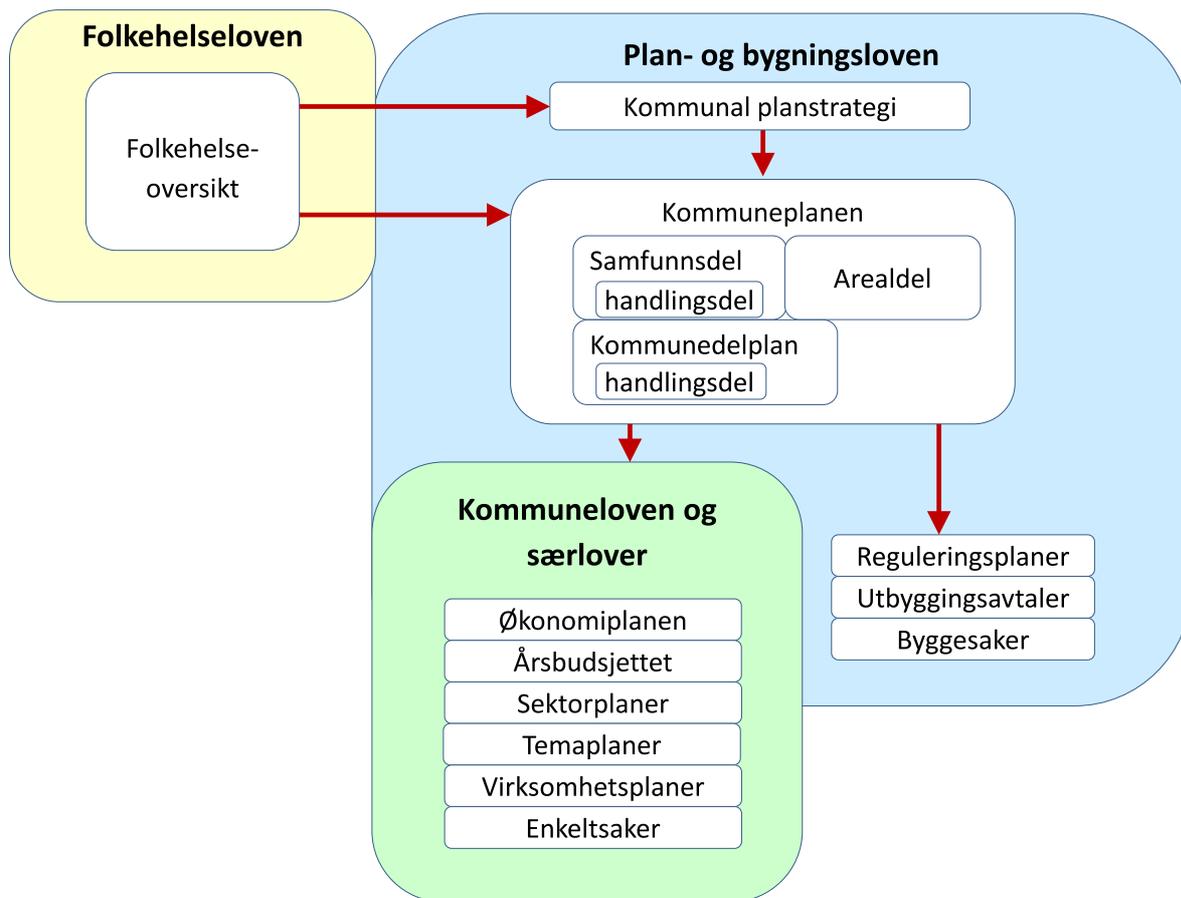
## **Kommunens planhierarki**

Overordnede kommunale saker, som kommuneplanens samfunnsdel, en kommunedelplan om folkehelse, en sektorplan eller en temaplan for et saksområde, kan alle omfatte både formidling av fagkunnskap på feltet, og politisk vedtatte retningslinjer som skal styre saksbehandlingen i underordnede saker.

Denne typen overordnede saker kan avgrense rommet for skjønnsutøving for saksbehandlerne, gjøre alternativene saksbehandleren skal vurdere færre og tydeligere, og utredningsarbeidet med vurdering av hvilke konsekvenser den gitte situasjonen og de vurderte tiltakene kan få, enklere.

Figuren nedenfor illustrerer sammenhengen i planhierarkiet mellom planbestemmelsene i folkehelseloven, plan- og bygningsloven, kommuneloven og særlover som opplæringsloven og helse- og omsorgsloven. Kommunens oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer (Folkehelseloven 2011 § 5), skal både inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi (Folkehelseloven 2011 § 6 1. ledd), og kommuneplanens samfunnsdel, arealdel og kommunedelplaner (Folkehelseloven 2011 § 6 2. ledd). Den samlede kommuneplanen danner grunnlag for økonomiplanen etter bestemmelsene i kommuneloven. (Økonomiplanen kan inngå i samfunnsdelens handlingsdel.) Ut fra disse overordnede planene konkretiseres planene nedover i hierarkiet gjennom årsbudsjettet, sektorplaner, temaplaner, virksomhetsplaner og ned til enkeltsaker. Kommuneplanen danner også grunnlaget for hierarkiet innen plan- og bygningsområdet, gjennom reguleringsplaner, utbyggingsavtaler og ned til byggesaker.

**Figur 6.3 Planhierarkiet**



Desse høyere opp en kommer i planhierarkiet, dess sterkere er den politiske styringen av planprosessen. Dess lenger ned en kommer i planhierarkiet, dess mer av planprosessen og beslutningsmyndigheten er delegert til administrasjonen. Delegeringen av beslutningsmyndighet til administrasjonen har endret seg radikalt i mange kommuner i løpet av de 25 siste årene, og den varierer fra kommune til kommune.

Utviklingen og utprøvingen av enkle former for HKV i fem kommuner i Østfold i 2014 og 2015, har vært knyttet til saker på områdene reguleringsplaner, temaplaner og enkeltsaker til politisk behandling. Nedenfor er det beskrevet hvordan dette samspillet mellom faglig teori og bestemmelser i regelverket gjør seg gjeldende helt ned til enkeltsaker der administrasjonen har beslutningsmyndighet.

### **Forebygging av legionella epidemier**

Det første eksempelet gjelder saker om forebygging av legionellaepidemier. Legionella er en gruppe bakterier som kan spre legionærsyken. Den arter seg som en lungebetennelse med relativ høy dødelighet. Bakteriene overføres med forurenset vann, gjerne i dråpeform fra for eksempel fra

dusjhoder og kraner i hoteller eller luftrensanlegg. Den forekommer også i kjøletårn og luftscrubbere, siden de kan ha gunstige forhold for vekst av bakterien.

I 2005 brøt det ut en legionella epidemi i Fredrikstad-Sarpsborg område, der minst 80 personer ble smittet og 10 døde. (Jacobsen 2007) Utbruddet er det største som hadde vært registrert i Norden. Det skapte uro i befolkningen og fikk stor offentlig oppmerksomhet, før den sannsynlige årsaken ble funnet og fjernet, og epidemien opphørte. Årsaken var sannsynligvis en luftscrubber ved Borregaard fabrikker. Det var ikke tidligere påvist at slike luftscrubbere kunne forårsake utbrudd av legionærsyken. (Andreassen.2005). Regelverket i Forskrift om miljørettet helsevern ble skjerpet. Kapittel 3a ble lagt til i 2007 og bestemmelsene i kapittel 4 ble innskjerpet i 2013. Etter disse endringene, omfatter forskriften bestemmelser om planlegging, bygging, drift og avvikling av anlegg som kjøletårn og scrubbere. Den har regler for akkreditering, inspeksjon og internkontroll av anlegg, og meldeplikt til kommunen.

Akkreditering og inspeksjon av kjøletårn og scrubbere er myndighetsutøving. Vurderingen av hvilke potensielle konsekvenser for helsen i befolkningen, som et byggeprosjekt av en scrubber eller et kjøletårn kan få, er innarbeidet i detalj i regelverket for myndighetsutøvingen.

Myndighetsutøvingen innebærer en vurdering av om prosjektet oppfyller gjeldende krav, slik at forutsetningene for at prosjektet ikke skal få negative konsekvenser for befolkningens helse, er til stede. Helsekonsekvensutredningen i slike saker er begrenset til en vurdering av samsvar mellom målinger og andre registreringer på stedet, og bestemmelsene i regelverket. Rommet for skjønn er forholdsvis begrenset.

Siden konsekvensene for folkehelsen kan bli store og helt uakseptable, er det fastsatt et regelverk som sikrer grundige, kvalifiserte vurderinger, både under planlegging, drift og avvikling av slike anlegg, med sikte på at anleggene ikke skal få negative konsekvenser for folkehelsen. Dette systemet for vurderinger, og tiltak for å hindre potensielle negative konsekvenser for folkehelsen, bidrar til å skape trygghet i befolkningen. I 2013 gjennomførte Stabburet AS i Fredrikstad en rutinemessig internkontroll av kjøletårn i sin bedrift, etter bestemmelsene i regelverket, og fant legionellabakterier. Siden det var forholdsvis kort tid etter legionellautbruddet i det samme området i 2005, ble saken slått opp i pressen, både lokalt og nasjonalt. (Korneliussen 2013) (Olsen.2013). Men det kom ingen oppfølging av oppslagene. Saken ble ikke behandlet i noe politisk organ i kommunen. Oppfølgingen var delegert til administrasjonen. Det var politisk tillit til at administrasjonen, gjennom det vedtatte regelverket, sikret at hensynet til befolkningens helse ble ivaretatt. Anlegget ble umiddelbart stoppet av bedriften selv og mulighetene for spredning av

smitte ble stanset. Ingen ble meldt smittet. Da anlegget var rensert for bakterier, ble det startet opp igjen (Olsen.2013).

### **Søknad om godkjenning av skoler, barnehager og utleieboliger – radongass i inneluften**

Det er bred faglig enighet om at omfattende radonstråling kan være skadelig for helsen, og bidra til utvikling av lungekreft. Etter gjeldende regelverk er grenseverdien for når det *bør* iverksettes tiltak innendørs, satt til 100 Bq/m<sup>3</sup> og tiltaksverdien for når det *skal* settes i verk tiltak satt til 200 Bq/m<sup>3</sup>. Radonreduserende tiltak skal iverksettes i barnehager og skoler, dersom radonnivået overstiger 100 Bq/m<sup>3</sup> (tiltaksgrense). Tilsvarende gjelder for boliger hvor eier ikke bor eller oppholder seg. Radonnivået skal uansett ikke overstige grenseverdien på 200 Bq/m<sup>3</sup> i slike bygninger og lokaler. (Strålevernforskriften 2010 § 6) (Helsedirektoratet 2013a).

Statens strålevern, som er fagorganet på området, understreker på sine hjemmesider at grenseverdien og tiltaksverdien i forskriften er forankret i de nyeste vitenskapelige data på helseeffekter fra radioneksponering i inneluft. De fremhever at WHO sterkt anbefaler at det utføres tiltak for å redusere nivået til 100 Bq/m<sup>3</sup>. (Statens strålevern 2015)

At regelverket i lov og forskrifter er kunnskapsbasert, og bygger på anerkjent vitenskapelig forskning, gir det legitimitet. Men forskningsfronten beveger seg som regel fortere enn regelverket. Det tar tid før nye forskningsresultater gjenspeiles i regelverket. Samtidig er forskningsfronten preget av kritisk debatt, der gyldigheten av gamle sannheter blir satt på prøve. Det gjelder også spørsmålet om hvor store mengdene med radongass må være, før inneklimate blir helseskadelig.

Hvis en saksbehandler skulle tatt hensyn til debatten i forskningsfronten i behandlingen av saker som gjelder radoninnholdet i inneluften i skoler, barnehager og utleieboliger, ville situasjonen vært forvirrende og arbeidet krevende. Saksbehandlerens oppgave er imidlertid ikke selv å forholde seg til forskningsfronten, men til det regelverket som statens fagorgan på området har utarbeidet. Dette regelverket, og begrunnelsen for det, gir grunnlaget for å vurdere når en skole, barnehage eller utleiebolig skal godkjennes, og når det skal kreves at tiltak settes i verk. Regelverket for beskrivelsen av situasjonen og hvilke tiltak som skal settes inn, er klart og entydig. Saksbehandlerens oppgave er å foreta målinger av inneklimate, sammenligne resultatene med regelverket, og anbefale hvilke tiltak eier eventuelt bør iverksette før nye målinger kan foretas. I saken ligger det en HKU som i hovedsak er forankret i regelverket, og anvendt og tilpasset i den konkrete saken, slik det er illustrert i figuren nedenfor.

**Figur 6.4. Saksgang i en sak om radongass i inneluften**

Kilde til kunnskap \ Kunnskap om hva	Kommunale oppgaver	Normer	Mulige årsaksforhold	Sannsynlige determinanter	Sannsynlige virkninger, positive og neg.	Grenseverdier, tiltaksverdier	Alternative tiltak	Anbefalte tiltak	HKU
Regelverk	→	→	→	→	→	→	→		
Forskningsbasert kunnskap									
Erfaringsbasert kunnskap									
Empiri						→			
Skjønn								→	
HKU									→

Regelverket angir at kontroll med radoninnholdet i inneluft er en kommunal oppgave, og begrunner det normativt med kommunens ansvar for folkehelsen. Det angir at det er et årsaksforhold mellom inneluft og enkelte kreftformer, og at radongass er en determinant som kan være årsak til lungekreft. Det angir grenseverdier og tiltaksverdier, og veiledningene angir mulige tiltak for å begrense mengden.

Forskningen på området ligger til grunn både for saksbehandlerens fagkunnskap og regelverket. Saksbehandleren kombinerer kunnskapen om regelverket, med sin formelle fagkunnskap, erfaringsbasert kunnskap fra liknende saker, empirien i saken, og bruker faglig skjønn i anbefalingen av tiltak.

Muligheten til å skape en faglig og politisk konsensus nedfelt i et regelverk, varierer fra saksområde til saksområde. Innen de fysiske, kjemiske og biologiske helsedeterminantene, har forskningen vært dominert av et naturvitenskapelig, positivistisk vitenskapsideal, der prediktiv evne har vært kjennetegnet på god teori, og kunnskapen har vært spesialisert, forholdsvis stabil, standardisert og etterprøvable under lukkede forhold. Her er det forholdsvis gode muligheter til å skape faglig og politisk konsensus, til tross for faglig uenighet i forskningsfronten. Når det gjelder de sosiale helsedeterminantene er bildet et noe annet.

## Forebygging av fattigdom – økonomisk sosialhjelp

Når det gjelder økonomisk og sosialt betingede helseforskjeller er det variasjoner mellom hva som ansees som akseptabelt og uakseptabelt. Det er store variasjoner ikke bare globalt, men også mellom vestlige land, og innen de enkelte landene over tid.

Reguleringene og tjenestene som forbindes med velferdsstaten, har vært blant de mest sentrale verktøyene i arbeidet med å utjevne sosiale og økonomiske helseforskjeller. Det gjelder for eksempel:

- Samarbeid mellom staten og arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene, for å sikre tilnærmet full sysselsetting, og en solidarisk lønnspolitikk som utjevnet lønnsforskjeller
- Trygdeordninger som barnetrygd, uføretrygd og alderstrygd, og ordninger som økonomisk sosialhjelp, for å sikre at alle har en nødvendig inntekt til sitt livsopphold
- Boligpolitikk for å sikre alle en mulighet til å skaffe seg en akseptabel bolig til en overkommelig pris
- Skole og utdanningspolitikk som gir alle muligheten til utdanning, uavhengig av inntekt og familiebakgrunn
- Helsepolitikk for å gi alle tilgang til nødvendig helsehjelp med høy kvalitet, uavhengig av betalingsevne og hvor en bor i landet
- Barnevern for å sikre interessene til de mest sårbare barna og ungdommene

Selv om intensjonene med alle disse velferdstiltakene er de aller beste, har toneangivende økonomer argumentert for at mange av dem kan virke mot sin hensikt. De motvirker de mekanismene som er grunnleggende for den velstanden vi har i dag. Den grunnleggende logikken i kapitalismen fra renessansen til i dag, er at arbeidsdeling, spesialisering og stordrift i en markedsstyrt økonomi, gir grunnlaget for en mer effektiv produksjon, økt vekst og større verdiskaping. Denne markedsøkonomien har lagt grunnlaget for både en økonomisk vekst og en befolkningsvekst som det ikke har vært maken til i andre deler av menneskenes historie. Markedsøkonomien er basert på at konkurranse er en mekanisme som driver utviklingen fremover. Det skal lønne seg å arbeide, og det skal være konkurranse om kompetanse. Det skal være store nok lønnsforskjeller, til at muligheten til å tjene mer kan bli en drivkraft i den økonomiske utviklingen.

Andre samfunnsvitere og økonomer har pekt på at de nordiske landene, som har forholdsvis små lønnsforskjeller, og har gått lengst i å innføre universelle velferdsordninger for befolkningen, er

blant de mest fremgangsrike og effektive økonomiene i verden. De bruker det som et motargument mot en ensidig vekt på konkurranse som drivkraft i den økonomiske samfunnsutviklingen.

Uenigheten mellom samfunnsvitere har gjenspeilet seg i en politisk uenighet, både innen de enkelte politiske partiene og mellom dem. I Norge er det bred politisk enighet om de sentrale velferdsordningene, men spørsmålet om hvem som skal regnes som fattige med behov for offentlig hjelp, og størrelsen og innretningen på de økonomiske støtteordningene, er gjenstand for en løpende politisk debatt, også fordi samfunnet endrer seg, og regler basert på tidligere forhold ikke nødvendigvis er relevante lenger.

Saksbehandlere av søknader om økonomisk sosialhjelp, er på den ene siden avhengig av politisk anerkjente rammer som viser hva som for tiden regnes som akseptabelt, og på den andre siden et rom til å utøve et faglig skjønn for å gi hensiktsmessig hjelp til den aktuelle søkeren i den aktuelle konteksten. For konteksten kan variere fra sted til sted, person til person, og for den samme personen over tid. Et slikt rammeverk har gradvis blitt utviklet over tid, og er nedfelt i bestemmelsene i sosialtjenestelovens kapittel 4 og veiledningen fra NAV til kommunene. (Sosialtjenesteloven 2015) (NAV 2015). Rammeverket søker å skape en balanse mellom faste rammer som gir en likeverdig behandling, samtidig som det er differensiert ut fra ulike familieforhold og sosiale situasjoner, og understreket behovet for skjønnsmessig behandling ut fra rammene regelverket gir. Rammeverket åpner for utfyllende kommunale bestemmelser, og kommuner har utarbeidet prosedyrer for saksbehandlingen og retningslinjer med mer detaljerte bestemmelser om satser for størrelsen på stønader til ulike formål og ulike søkergrupper. Det gir saksbehandlerne et forholdsvis nyansert og presist verktøy, med en innebygget begrunnelse for hvorfor det er nødvendig med ulike stønader til ulike familier for å skape likeverdige forhold, og sikre livsgrunnlaget og helsen.

Hvor grensen går mellom saker som skal behandles politisk og saker der administrasjonen fatter vedtak ut fra delegert fullmakt, har variert over tid, og fra kommune til kommune. Frem til 1990-tallet var det vanlig at alle søknader om økonomisk sosialhjelp ble behandlet politisk av et eget politisk utvalg. På 1990-tallet ble det mer vanlig at de politiske organene fattet vedtak om retningslinjer og veiledende stønadssatser, mens behandlingen av den enkelte søknaden i større grad var delegert til administrasjonen. Etter opprettelsen av NAV er det også kommuner hvor de kommunale retningslinjene og satsene blir vedtatt administrativt. Det er ikke hensiktsmessig å sette skillelinjen mellom hvilke saksutredninger som skal kalles en HKU, ut fra om det er et politisk eller administrativt vedtak. For det første kan det være avhengig av tid og sted hvor

beslutningsmyndigheten ligger i offentlig sektor. For det andre har miljørettet helsevern en plikt til å pålegge virksomheter å utarbeide en HKU, uansett hvilken type beslutningsorgan virksomheten benytter på det aktuelle saksområdet. Også en saksutredning til en sak som vedtas administrativ, må betegnes HKU, når den omfatter en vurdering av hvilke konsekvenser et foreslått tiltak kan få for helsen, og utredningen oppfyller kravene til en HKU.

Hovedpoenget i denne sammenhengen er at også innenfor området for sosiale helsedeterminanter, som inntekt, har det altså vært mulig å etablere et regelverk i likhet med det som finnes for fysiske, kjemiske og biologiske determinanter, som regulerer saksbehandlingen og gjør det mulig å slutføre en HKU i løpende saker. Regelverket gjør det mulig med HKU helt ned på enkeltsaksnivå.

### **HKU av gjenstridige problem i eldreomsorg, psykiatri og rusomsorg**

Innen området for sosiale helsedeterminanter, er det imidlertid saker som i liten grad kan reguleres gjennom standardiserte bestemmelser, og i større grad krever faglig skjønn og situasjonsforståelse, for at helsen til de berørte skal bli ivaretatt.

Noen av disse sakene krever et samarbeid mellom fageksperter, eventuelt forskere, og fagmedarbeidere som kjenner den lokale konteksten og personene som inngår i den. Danermark m.fl. illustrerer et slikt samspill med et eksempel fra eldreomsorgen. En kommune planla å bedre de eldres velferd ved å renovere deres boliger. Renoveringen innebar at de eldre måtte flytte, men det var usikkerhet om de eldre ville tåle denne flyttingen. To undersøkelser, der forskere prøvde å predikere hva som ville skje og gi oppskrifter på hva som burde gjøres, pekte i hver sin retning og var til liten hjelp. Danermark mfl. argumenterer for at et samarbeid mellom forskere og praktikere, der deres supplerende kompetanser blir tatt i bruk, ville være mer hensiktsmessig. Forskerne kan formidle en dypere kunnskap om hvilke sammenhenger det *kan* være mellom fysiske forandringer som flytting, og psykosomatisk sykdom. Vi vet noe om det. For å kunne anvende kunnskapen om disse mekanismene i vurderingen av hva som kan gjøre flytting forsvarlig i det enkelte tilfellet, er det nødvendig med inngående kunnskap om hva som preget de berørte personene. Praktikerne, som har kunnskap om de konkrete omstendighetene og de involverte personenes hverdagsliv, kan bedømme hvordan disse mekanismene ville komme til uttrykk i det enkelte tilfelle, og dermed utvikle konstruktiv teori om hvordan man skal unngå skader og oppnå forbedringer. (Danermark 2003:317-322)

Vitenskapelig virksomhet består i stor grad av å abstrahere. Når vi abstraherer skiller vi ut visse aspekt ved konkrete fenomen som er vesentlige i en gitt sammenheng, og utelukker det som ikke

har noen effekt, for å kunne håndtere mangfoldet og kompleksiteten i virkeligheten. Abstraksjoner er verktøy for å gjennomlyse det vi observerer og bidra med forklaringer på hvilke relasjoner de inngår i, og hvilke krefter, mekanismer og strukturer som kan være årsak til prosessene i den empiriske virkeligheten. (Danermark 2003:79)

Utgangspunktet for arbeidet er forskernes teorier om mulige sammenhenger mellom kontekst, mekanismer og resultat. Forskerne lærer praktikerne og deltakerne sin teori. Men ikke bare forskerne, også praktikerne og deltakerne i programmet, har alle sine tanker om forholdet mellom kontekst, mekanismer og resultat. Forskningsprosessen innebærer at forskerne lærer seg interessentenes teorier, formaliserer dem og lære dem tilbake til interessentene igjen. Det gir interessentene forutsetninger for å kommentere, klargjøre og ytterligere forfine de sentrale ideene. Arbeidet kan foregå som en læringsspiral, med utvikling av gjensidig forståelse og felles teori av hva som fungerer for hvem i hvilken sammenheng. Fremgangsmåten innebærer altså at forskerne suksessivt utvikler en teori om forholdet mellom kontekst, mekanismer og resultat, gjennom en interaksjon med interessentene i programmet. (Danermark 2003:323-326)

Vitenskapelig kunnskap er et nødvendig kunnskapselement i saker som denne i eldreomsorgen, men den er ikke tilstrekkelig. Danermarks eksempel illustrer hvor avgjørende det kan være, ikke bare å basere en HKU på forskningsbasert teori. Han anviser en metode for å anvende denne teorien i et transfaglig samarbeid, der praktikerne på feltet bidrar med sin erfaringsbaserte kunnskap. Han viser hvordan denne erfaringsbaserte kunnskapen er helt nødvendig for at forskere og praktikere sammen skal finne en løsning som ivaretar de eldres helse på en trygg måte.

Eksempelet til Danermark mfl. er en form for kommunikativ planlegging der partene samarbeider for å løse et problem som angår alle, direkte eller indirekte. Eksempelet samsvarer med standarden for HKU, som understreker nødvendigheten av å inkludere representanter for de berørte og andre interessenter i utredningsarbeidet.

Behovet for et transfaglig samarbeid, der også pasientenes og de pårørendes kunnskaper trekkes aktivt inn i utredningsarbeidet, er i enda større grad påkrevd i psykiatri og rusomsorg. Problemene her er ofte gjenstridige, og løsningene forutsetter ofte at pasienter og pårørende endrer holdninger, tenkemåte atferd. Det krever medvirkning fra utredningen begynner.

Folkehelsemeldingen, Stortingsmelding 19 2014-2015, legger stor vekt på psykiatri og rusomsorg og samarbeidet mellom ansatte i offentlig sektor, pasienter, pårørende og frivillige organisasjoner. I forordet skriver informasjonsleder Anlov P. Mathiesen i foreningen Mental Helse:

Den beste helsetjenesten er den som inkluderer både pasient og pårørende i behandlingsforløpet. Innen rus og psykisk helse er dette særlig viktig, fordi lidelsene ofte er såpass altoverskyggende. Her må vi ha som mål å involvere psykisk syke, rusavhengige og deres pårørende i størst mulig grad, på alle nivåer. (St. meld. nr. 19 2014-2015)

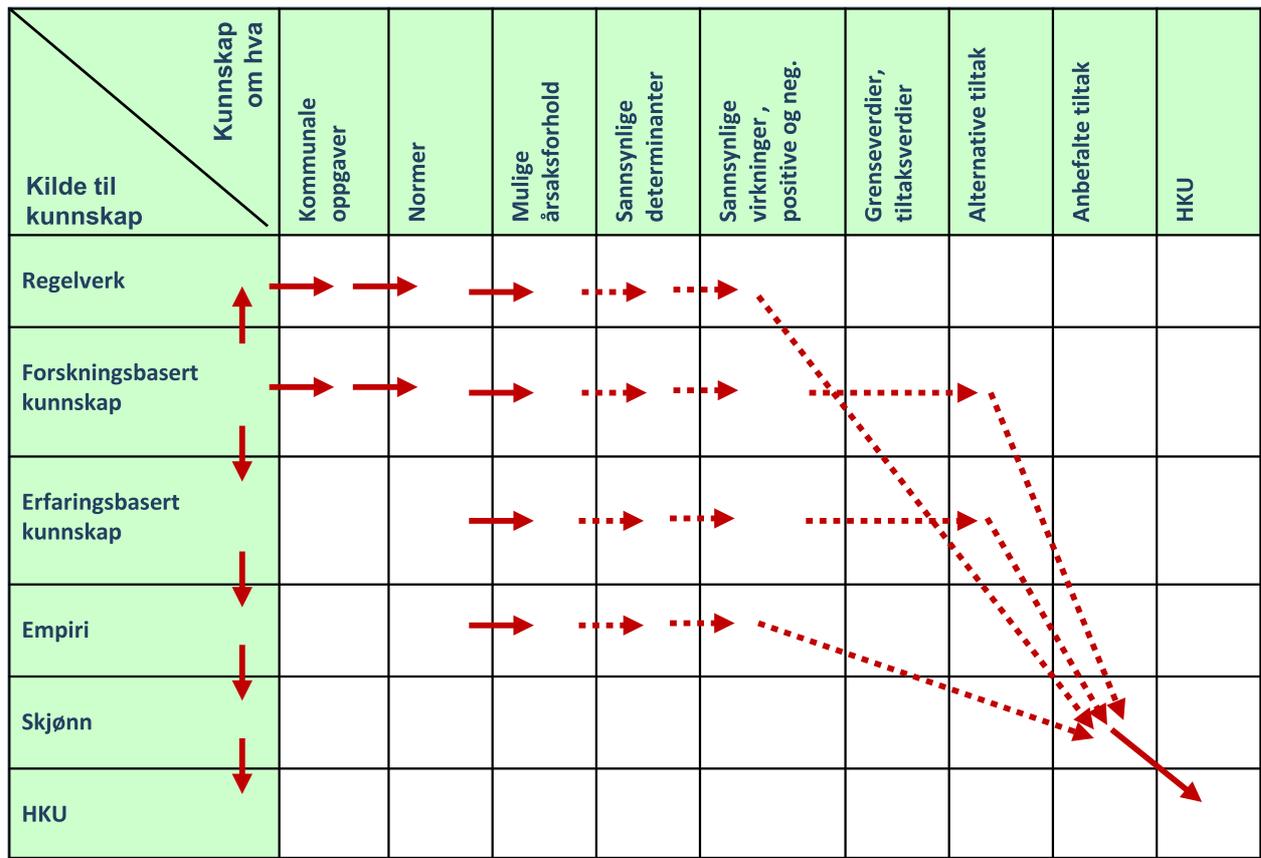
Det er i seg selv et viktig politisk signal om nødvendigheten av et partnerskap mellom staten og sivilsamfunnet at Helse- og omsorgsdepartementet lar informasjonslederen i den frivillige organisasjonen Mental helse skrive forordet i en Stortingsmelding. Det indikerer også en politisk erkjennelse av at det er nødvendig å utvikle samarbeidsformer som dem Danermark mfl. beskriver.

Kunnskap har ulike grader av abstraksjon. Det mest konkrete nivået, og minst abstraherte, er den direkte observasjonen av fenomenet. Et fotografi fremhevet ett perspektiv og ett utsnitt som vesentlig, og foretar en abstraksjon. Den verbale fremstillingen går ett skritt videre i abstraksjonen og erstatter det fremstilte med lydsymboler. Når verbale fremstillingene sammenfattes i statistikk og matematiske formler er fremstillingen ytterligere abstrahert. Abstraksjoner rendyrker det vesentlige, men fjerner samtidig nyansene og variantene.

Ulike saker krever ulike grader av abstraksjon i fremstillingen, og gjerne en kombinasjon av ulike abstraksjonsgrader. Det er ikke uten grunn at man i rettssaker benytter åstedsbefaringer for å observere stedet der den kriminelle handlingen skjedde direkte, som grunnlag for å danne en teori om hva som skjedde. Observasjonen gir informasjon som kan være vesentlig, og som kan forsvinne når den blir abstrahert. I arbeidet med gjenstridige problem innen psykiatri og rusomsorg kan situasjonen være uklar og ustabil. Problemene forandrer seg og tilnærmingen må justeres. Abstraksjonsgraden må holdes på et så lavt nivå at mulig relevant informasjon tas med.

I disse sakene blir kunnskapsutviklingen annerledes enn den som ble illustrert i figur 6.4 om radongass. Regelverket, den forskningsbaserte kunnskap og den erfaringsbaserte kunnskapen kan hver for seg bare gi kunnskap om hvilke årsaksforhold som *kan* prege situasjonen. Ved å kombinere den felles kunnskapen, kan deltakerne utvikle en felles forståelse av sannsynlige determinanter og sannsynlige virkninger, både positive og negative. Det gir ikke grunnlag for noen matematisk beregning av grenseverdier og tiltaksverdier. Men til sammen kan de ulike kildene til kunnskap gi grunnlag for å beskrive situasjonen, bestemme mål og strategier, og hvilke tiltak som skal settes inn, og hvilken virkning de sannsynligvis vil få for helsen. Prosessen er illustrert i figuren nedenfor.

Figur 6.5 Saksgang i en sak om gjenstridige problem innen eldreomsorg, rus og psykiatri



### Prospektive og retrospektive HKU

Både i Wales og i Canada er det pekt på at i arbeidet med HKU knyttet til sosiale helsedeterminanter, kan det være hensiktsmessig også å bruke en retrospektiv tilnærming, og å forstå HKU som en dialogprosess basert på erfaringslæring. I Wales legges det mindre vekt på at HKU er et evidens basert verktøy med bestemte formelle prosedyre, metoder og verktøy med sikte på prediksjon. Disse refleksjonene har relevans også for den norske utviklingen av HKU knyttet til sosiale helsedeterminanter.

Policy dokumenter for overordnet statlig politikk innen folkehelse er som regel formelt basert på logikken i rasjonell, målrettet planlegging, med fastsetting av overordnede, langsiktige mål. I Sverige er målet for folkehelsearbeidet at innen en generasjon skal helseforskjellene som lar seg påvirke, være utjevnet. Men strengt tatt bærer dette målet mer preg av å være resultat av en imitasjon av WHO rapporten «Close the gap in a generation», enn et selvstendig svensk målrettet planarbeid. Når kommunene skal utforme sin politikk innen rammene av den statlige policyen, og vedta hvilke tiltak som skal gjennomføres overfor de sosiale helsedeterminantene for å skape større rettferdighet i helse, blir bildet enda mer nyansert.

Innen fysisk planlegging er den målrettede rasjonelle logikken dominerende, helt ned på enkeltsaksnivå. Når en innbygger søker om å få bygget et hus, har saken et klart definert mål. Bygningsingeniøren som vurderer søknaden, gjør det ut fra et regelverk og en kompetanse basert på naturvitenskapelig og ingeniørfaglig teori og politiske prioriteringer. Folkehelsearbeidet rettet mot fysiske, kjemiske og biologiske determinanter er på samme måte forankret i klare mål, og basert på epidemiologisk medisinsk teori, forankret i naturvitenskapelig tenkning.

Når det gjelder utviklingen av de sosiale strukturene i lokalsamfunnet er bildet et noe annet. Målene er ikke på samme måte forankret i kunnskap fra naturvitenskapelig forskning, men et resultat av politiske drøftinger og kompromisser. Logikken er i større grad erfaringsbasert, ut fra hva som har vist seg å fungere godt og dårlig i sammenlignbare situasjoner. Kunnskapsgrunnlaget er i større grad hentet fra samfunnsvitenskapelig forskning som legger til grunn at det er vanskelig å predikere utviklingen i et samfunn. Fremgangsmåten er mer skrittvis og utprøvende. Folkehelsearbeidet rettet mot sosiale og økonomiske determinanter hører hjemme i denne delen av det kommunale saksfeltet.

De to vanlige tilnærmingene i kommunale saker er illustrert i figuren nedenfor:

**Figur 6.6**

		Saksområde og determinanter	
		Fysisk planlegging og helse	Velferdstjenester, oppvekst, helse og sosial
Rasjonalitet		fysiske, kjemiske, biologiske	Sosiale og økonomiske
		Vanlig	
	Erfaringsbasert planlegging		Vanlig

### Utvikling av HKU som et tverrfaglig og transfaglig samarbeid

I mer enn 40 år har tverrfaglighet vært på den forskningspolitiske agendaen, først som tema i pedagogikk, med samfunnskritiske bidragsytere som Jean Piaget, og senere i miljøforskningen. Tverrfaglig forskning i dag er mindre politisert som fag- og systemkritikk, men desto mer opptatt av politisk relevans for aktuelle beslutningstakere og problemløsning for forvaltningen. Den har

blitt mer mainstream, men desto mer faglig krevende og ambisiøs, fordi den nå arbeider for å utvikle kontakt og samarbeid på tvers av de overordnede vitenskapstradisjonene mellom naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humaniora. I løpet av de siste par tiårene har det vært en stor vekst i antall sentre, programmer, prosjekter og publikasjoner som kaller seg tverrfaglige. Vibeke Nenseth stiller et spørsmålstegn ved om alt det som utgir seg for å være tverrfaglig forskning, faktisk er det, eller bare er flerfaglige prosjekter. Det som driver den tverrfaglige og transfaglige forskningen fremover er behovet for å finne løsninger på sammensatte problem, der årsaksforholdene er komplekse, og hele livsløp må studeres og forklares av flere fag. Det er problem der virkningene gjerne oppdages i andre sektorer og av andre fag enn de som har produsert dem, og der brukere og andre berørte må involveres i arbeidet. (Nenseth 2010)

En rekke institusjoner for høyere utdanning og forskning i Norge, som NTNU, Universitet i Oslo, Høgskolen i Oslo og Akershus, NBMU og NIBR, driver tverrfaglige forskningssentre og programmer. Ved NTNU har alle master- og doktorgradsstudenter, på tvers av alle fakultetene, et obligatorisk, yrkesforberedende emne, «Eksperter i team», der studentene tilegner seg samarbeidsevne ved å anvende egen fagkunnskap, i et tverrfaglig prosjekt, sammen med studenter fra ulike studieprogram ved NTNU.

Det generelle bildet Vibeke Nenseth tegner, har også gyldighet for folkehelsearbeidet og HKU. Den tyske sosiologen Ulrich Beck beskriver det moderne samfunnet som risikosamfunnet, som systematisk arbeider med å håndtere de farene og den usikkerheten som det moderne samfunnet selv har skapt.

Faglitteraturen om HKU bekrefter at arbeidet med konsekvensutredninger frem til de senere årene, har vært mer preget av monofaglig og flerfaglig arbeid, enn tverrfaglig arbeid. Til tross for at helseperspektivet er fremhevet i retningslinjene for EIA, EHIA og SEA, har det ikke blitt ivaretatt godt nok av fagmiljøene som har hatt hovedansvaret for disse formene for konsekvensutredninger i planarbeidet. Det har vært en avgjørende grunn til at HKU har blitt utviklet.

Fagmiljøene som har hatt ansvar for EIA i Norge har på sin side kritisert fagmiljøene innen folkehelse for ikke å kjenne sin besøkelsestid og ikke bidra i planprosessene i kommunene med sin kompetanse i utarbeiding av konsekvensutredninger.

Sosial- og helsedirektoratet i Norge var opptatt av hvordan direktoratet kunne bidra til at helse spørsmål ble bedre ivaretatt i konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven. Direktoratet engasjerte NIBR til å skrive et notat, som ble offentliggjort i 2005.

Konklusjonen er gjengitt nedenfor, med disse forkortningene: KU; konsekvensutredning, NIMBY; not in my backyard – noe de fleste ikke ønsker å komme i kontakt med, UP; utredningsprogram, MD; miljøverndepartementet.

Samlet sett mener vi at vår lille undersøkelse gir grunnlag for følgende generelle konklusjoner:

- Folkehelsesystemet er i sporadisk, men usystematisk, inngrep med KU-systemet. Folkehelserepresentanter er av og til på "KU-banen", men de spiller en passiv og lite konstruktiv rolle – og er sjelden "over midtstreken". Folkehelsesystemets representanter virker lite bevisste om hvordan de best kan utøve sin rolle i systemet for å sikre størst mulig innflytelse
  - Virkninger for helsemessige forhold behandles gjennomgående kursorisk i norske konsekvensutredninger – hvis de i det hele tatt vurderes
  - Det er slett ingen selvfølge at helsemessige forhold kommer med i tiltakshavers forslag til utredningsprogram – selv i klare NIMBY-tiltak. Det samme gjelder noen ganger også for fastsatt UP
  - Andre departementer – enn (Sosial- og) Helsedepartementet – har et mye mer bevisst forhold til KU-systemet og har mye bedre "orden i egne rekker". De er mye flinkere til å involvere sine direktorater "til kamp" for egen sektors interesser i KU-systemet
  - Det ser ut til at Statens forurensningstilsyn er en mer aktiv "vaktbikkje" for folkehelsehensyn enn det Statens helsetilsyn/Sosial- og helsedirektoratet er
  - Teksten/innholdet i MDs veileder T-1015 (nyutgitt i 1997 med identisk innhold som Veileder T-1177) om helsemessige virkninger er faktisk ganske god – så langt den rekker. Problemet er vel at den så sjelden "aktiviseres"
- (Strand mfl. 2005:115)

Rapporten viser at mangelen på helsefaglige vurderinger i EIA, ikke bare kom av at fagmiljøene innen miljø og samfunn ikke benyttet helsefaglig kompetanse. NIBRs rapport fra 2005 konkluderte med at fagmiljøene innen folkehelse var lite bevisste på hvordan de best kan utøve sin rolle i konsekvensutredningssystemet etter bestemmelsene i plan- og bygningsloven. De arbeidet usystematisk, var passive, og brukte i liten grad muligheten til å fremme sine sektorinteresser. Erfaringene på dette området indikerer at fagmiljøene, både innen folkehelse og miljø og samfunn, var preget av et monofaglig arbeid, og et flerfaglig arbeid med ett dominerende fag.

Selv om arbeidet om HKU i Norge etter bestemmelsene i plan- og bygningsloven hadde vært preget av lite systematikk og tverrfaglighet, var utviklingen på dette området kommet til et brytningspunkt i 2005. Initiativet fra Sosial- og helsedirektoratet var ett av tegnene på det.

I 2005 startet Miljøverndepartementets og Helse- og omsorgsdepartementets satsing «Helse i plan», en satsing som varte til 2010, og satte det forebyggende folkehelsearbeid på agendaen. (Ridderstrøm 2006) (Sosial og helsedirektoratet 2008)

Både i Norge og i andre land har folkehelsemedarbeidere registrert at helsedimensjonen i større grad blir tatt med i EIA, EHIA og SEA. Det er en bevegelse i retning av økt samarbeid. Men dette samarbeidet har i hovedsak foregått mellom ulike fag innenfor det naturvitenskapelige paradigmet. I de landene som inngår i denne kartleggingen er de fleste HKU integrert i EIA knyttet til fysiske, kjemiske og biologiske determinanter, gjerne i forbindelse med arealplanlegging og utbygging. Det er et sentralsaksområde for kommunene, som kan ha vesentlig innvirkning på folkehelsen både på kort og lang sikt. Samarbeidspartene fra andre fag enn helsefagene på dette området er vanligvis fortrolige både med å utarbeide konsekvensutredninger og å arbeide innenfor det samme naturvitenskapelige paradigmet.

Hovedbildet av situasjonen, er at folkehelse og HKU har beveget seg fra et monofaglig arbeid til et flerfaglig arbeid med helsefag som det dominerende faget. Kunnskapsbasert folkehelsearbeid avgrenses til forskningsbasert folkehelsearbeid forankret i biomedisinen med epidemiologien som tilnærming til analyser av årsaksforhold hos den enkelte og befolkningsgrupper.

Disse funnene er ikke overraskende. Det er tidkrevende og risikofylt å bevege seg fra et veletablert og suksessfullt monofaglig arbeid, som folkehelsearbeidet innen helsesektoren har vært, til et tverrfaglig samarbeid i en sektorovergripende sammenheng. Den kan være klokt å gjennomføre en slik utvikling skritt for skritt ved å lære av erfaring, slik Helsedirektoratet legger opp til.

Samtidig er det mekanismer som både skyver og trekker utviklingen i retning av mer tverrfaglig og transfaglig arbeid, og i en radikal form for tverrfaglig arbeid, på tvers av grensene for naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humaniora. Innen folkehelse er det en erkjennelse av at det har vært vanskelig å få med representanter fra andre sektorer i arbeidet med HKU. WHO påpeker i sitt strategidokument at helsesektoren må bygge allianser med andre sektorer ved å vise hvordan helsesektoren kan støtte dem i å nå sine mål, og ikke bare be andre om å bidra til å nå helsesektorens. Utredningene om sosiale helsedeterminanter fra Malmö, Västra Götelands

Regionen og Espen Dahl mfl., har vist at et radikalt tverrfaglig samarbeid er mulig og kan gi resultater som styrker folkehelsearbeidet.

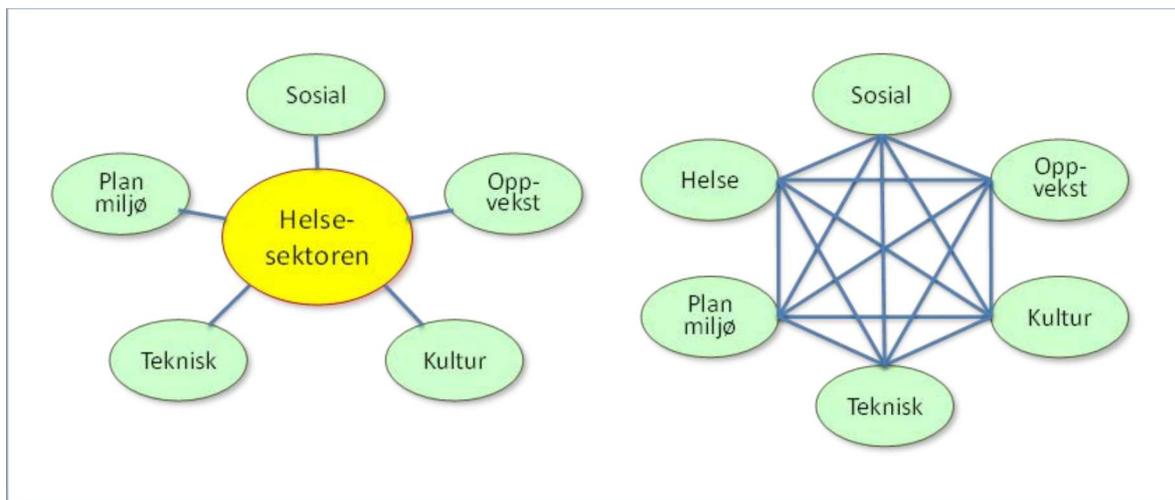
Folkehelsearbeidet har et langsiktig perspektiv. Et folkehelsearbeid som involverer samfunnsvitere kan bidra til større realisme i synet på i hvilken grad det er mulig å predikere langsiktige samfunnsmessige konsekvenser av gjennomført politikk. Det kan også vise hvilke muligheter det er til å benytte analyser av den gitte situasjonen som beslutningsgrunnlag for policyer, planer, programmer og prosjekter. Samtidig er det grunn til å tro at en tverrfaglig, samordnet innsats fra fagmiljøene i kommunene, kan gi et bedre resultat for utsatte grupper.

Helsedirektoratet og KS har som nevnt gått sammen med folkehelsemyndighetene og kommuneorganisasjonene i Danmark, Sverige og Island om et felles prosjekt for å bringe fram kunnskap om lokalt arbeid for å redusere sosial ulikhet i helse. En tverrfaglig forskergruppe skal utforske hva som kan styrke gjennomføring av tiltak på tvers av politikkområder for å redusere sosial ulikhet. (Folkehelsemeldingen 2015: 138)

I WHO Europas rapport om arbeidet med sosiale helsedeterminanter i Västra Götaland Regionen vises det til B. Latours aktør-nettverk teori. Den peker på at alle aktørene i et nettverk må oppfatte det som meningsfullt å delta i arbeidet fordi de vil få noe igjen for det. Skal et tverrsektorielt samarbeid om folkehelse lykkes, må det ivareta sektormål for alle sektorene som deltar.

Folkehelsefeltet er inne i en krevende overgangsfase fra å være entydig forankret i medisinsk forskning og faglig plassert i helsesektoren, til å bli forankret i radikal tverrfaglig praksis, plassert i den overordnede ledelsen i kommunene. Overgangen innebærer et identitetsskifte, fra å være den sentrale premissleverandøren i et løst, flerfaglig samarbeid, der andre sektorer hadde støttefunksjoner, til å være en av flere sidestilte parter i et integrert forpliktende samarbeid, slik det er vist i figuren nedenfor. Overgangen krever vilje og evne til å arbeide tverrfaglig, både hos fagmedarbeidere i folkehelse, og hos dem folkehelsemedarbeiderne skal samarbeide med.

**Figur 6.7 To perspektiv på helsesektorens rolle i folkehelsearbeidet**



Ut fra erfaringene i Østfold, er det grunn til en viss optimisme, men alt samarbeid er krevende, og folkehelsearbeidet har noen spesielle utfordringer. Loven om ressursknapphet gjelder i kommunene, som på andre områder. De ressursene som står til disposisjon for en kommune vil alltid være begrenset. Behovet for ressurser vil være større enn ressurstilgangen. Det er knapphet på ressurser. Økonomistyring dreier som om å fordele de begrensede ressursene til konkurrerende behov, for å oppnå et best mulig resultat. De forskjellige enhetene i en kommune må prioritere, de må konsentrere seg om de oppgavene som er mest sentrale for dem, mens mer perifere oppgaver må prioriteres ned eller legges helt til side.

Konkurransen mellom rammefinansierte offentlige virksomheter er av en annen type, enn den mellom private bedrifter på et konkurranseutsatt marked. De private bedriftene henvender seg bare til det kjøpekraftige og betalingsvillige behovet, som ved kjøp finansierer både produksjonen og profitten. I rammefinansierte offentlige virksomheter vil betalingen fra brukerne ofte enten bare dekker deler av produksjonskostnadene, eller tjenesten vil være gratis. Her kan en styrke økonomien til virksomheten ved å skyve kostnadskrevende oppgaver over på andre virksomheter. Kan man få andre til å ta det finansielle ansvaret for oppgaver innen folkehelsearbeidet, kan det være lønnsomt sett fra den enkelte virksomhetens kortsiktige perspektiv. Så lenge stat og kommune definerte folkehelsearbeidet som helse- og omsorgssektorens ansvarsområde, med de andre sektorene som støttespillere, var det mulig for de andre sektorene å godta det, for deretter å nedprioritere folkehelsearbeidet i egen sektor, for å få rom til å prioritere sine egne kjerneoppgaver.

Folkehelsearbeidet er sårbart. Det legger vekt på forebygging i et langsiktig perspektiv, og kan lett bli fortrent av oppgaver som er akutte, kortsiktige og krisepregede. Det kan gi en ond sirkel, hvor

krisene over tid øker, fordi de langsiktige, forebyggende tiltakene forsømmes. Men slike kriser kan ramme alle sektorer. Det gir en mulighet til å bygge tverrsektorielle allianser, forutsatt at folkehelsemedarbeiderne er åpne for å inkludere de andre sektorenes mål, og den kunnskapen og de metodene som er utviklet for å ivareta dem, i folkehelsearbeidet.

I arbeidet med sosiale og økonomiske helsedeterminanter, kan fagmedarbeidere innen oppvekst, sosialtjenester og kultur ha faglige perspektiv og tilnærming, som kan berike arbeidet og bidra til å utvikle folkehelsearbeidet og HKU. Det krever en gjensidig fleksibilitet, hvor prosedyrer, metoder og verktøy ikke blir et mål i seg selv, men utvikles med oppgavene, slik for eksempel WHIASU i Wales har gjort. En HKU kan både være prospektiv, og retrospektivt orientert med sikte på å utvikle en sannere og mer omforent forståelse av den gitte situasjonen. En HKU kan både være teknisk orientert og en dialogprosess mellom interessenter med ulike kunnskaper, interesser og meninger, som ut fra erfaringslæring søker å utvikle en felles forståelse av den gitte situasjonen, og hva som bør gjøres for å bevege den i ønsket retning. En HKU kan være en del av beslutningsgrunnlaget både i saker basert på målrettet planlegging, og i saker basert på erfaringslæring, og i saker som kombinerer de to tilnærmingene.

### **HKU som en selvstendig konsekvensutredning eller som integrert i SEA og EHIA**

Hovedargumentet for å etablere HKU som en selvstendig form for konsekvensutredning var at helseperspektivet ikke ble godt nok ivaretatt i de etablerte, lovfestede formene for konsekvensutredninger, EIA og SEA. Teorien bak var at hvis helsemedarbeidere fikk et egnet verktøy, kunne de bruke det til å få frem helseperspektivet i saksutredninger. I praksis viste deg seg ikke å være så enkelt. De siste årene har WHO utviklet sin forståelse for det politiske spillet, behovet for å bygge allianser, og forutsetningene for å bygge allianser. Det har satt sitt preg på strategidokumentet «Health 2020». WHO har en økt forståelse for at skal helsesektoren vinne frem, må den bli dyktigere i å bygge allianser med andre aktører i det politiske spillet. Integrerte former for konsekvensutredninger, som SEA og EIA kan være arenaer for å bygge slike allianser. De gir en mulighet til å drøfte seg frem til hvordan sektormål kan dekomponeres og settes sammen til felles tverrsektorielle mål, der sektorene blir et integrert lag som spiller hverandre gode i arbeidet med å nå målene. WHO anbefaler at helsesektoren spør hvordan den kan bidra til at andre sektorer skal nå sine mål, og ikke bare forlange at andre sektorer bidrar til at helsesektoren når sine. Whole-of-government perspektivet og whole-of-society perspektivet gir den overordnede rammen for denne tilnærmingen og konsekvensutredninger er viktig arena for å utøve den. Så langt peker WHO's strategi mot at HKU skal bli en integrert del av EIA og SEA.

WHO's strategi har relevans også i Norge. At folkehelse har blitt løftet opp som et sektorovergripende arbeidsområde, er et viktig, men ikke tilstrekkelig skritt i denne utviklingen. I tillegg er det nødvendig å bygge faglige og politiske allianser, med tilstrekkelig bredde og tyngde til å få politisk gjennomslag for en felles situasjonsforståelse, felles mål, og koordinerte tverrfaglige strategier og tiltak for å redusere ulikhet i helse. Kommunikativ planlegging og tverrfaglig arbeid kan bidra til å utvikle en slik strategi.

Et tverrfaglig samarbeid krever imidlertid at deltakerne er trygge i sitt eget fag. De må kjenner sitt kunnskapsgrunnlag og sine metoder og vite hva de kan bidra med i det felles arbeidet. En trygg faglig ballast er utgangspunktet for å kunne være fleksibel uten å bli selvutslettende, og tilpasse seg i den samlede tilnærmingen til oppgaven, uten å miste sine egne oppgaver av synet. Skal folkehelsemedarbeidere og andre som arbeider for å redusere ulikhet i helse, kunne bidra i en integrert konsekvensutredning, må de kjenne sitt fag og kunne argumentere for dets relevans i planarbeidet. De må vite hvordan man kan få frem helseperspektivet på en tilfredsstillende måte. De må kunne gjennomføre en HKU. Når de kan det, har de noe å bidra med.

Konklusjonen er den til Ole Brumm; ja takk begge deler. Det er nødvendig å videreutvikle HKU som et selvstendig verktøy for å dyktiggjøre medarbeidere i å ivareta hensynet til befolkningens velferd, trivsel, sosiale liv, og fysiske og psykiske helse. Samtidig bør medarbeidere innen folkehelse og andre som er opptatt av urettferdighet i helse, selvfølgelig bruke de mulighetene som byr seg i planprosessene i kommunene til å få satt arbeidet med å redusere ulikheter i helse på dagsordenen. Å innarbeide HKU i lovfestede integrerte konsekvensutredninger som skal ha et helseperspektiv, er en mulighet som ikke bør bli liggende ubrukt.

I dette arbeidet kan kommunene hente inspirasjon fra Helsedirektoratets vellykkede arbeid med å bygge allianser og sette folkehelse på dagsordenen for hele regjeringen. Arbeidet resulterte blant annet i den nye folkehelseloven. Her spilte Helsedirektoratet på alle de fire faktorene i «søppelbøtteorien» for å nå frem med sitt budskap:

- **Forståelse av situasjonen og problemet;** Gjennom Ressursenheten og Ekspertgruppen, satset Sosial- og helsedirektoratet på å bygge allianser med forskere for å utvikle kunnskap om helsesituasjonen, og den sosialt bestemte ulikheten i helse i Norge.
- **Forståelsen av løsningen;** Gjennom å kombinere forskningsresultat på ulikheter i helse, med forslag til relevante tiltak, slik det er gjort i rapporten til Espen Dahl mfl, holdes oppmerksomheten rettet mot at det faktisk er mulig å gjøre noe som kan få vesentlig betydning for å bedre helsen i utsatte grupper uten at andre får dårligere helse.

- **Rolleforståelse;** Helsedirektoratet har bidratt til å utvikle en teoretisk forståelse av at et tverrsektorielt og transfaglig samarbeid er nødvendig i HKU av komplekse saker som berører flere fag og sektorer. Fortsatt har denne forståelsen ikke fått fullt gjennomslag i det praktiske arbeidet.
- **Politiske muligheter** Helsedirektoratet har utviklet et kunnskapsgrunnlag, en kompetanse og et nettverk av ulike eksperter som var i stand til å gripe mulighetene til å få etablert en ny overordnet folkehelsepolitikk da det åpnet seg et «window of opportunity». Den neste utfordringen blir å utvikle en tilsvarende mulighet til å få satt den overordnede politikken ut i praksis i kommunene. Arbeidet er i gang.

## Litteratur og andre kilder

- Abrahams, Debbie, Andy Pennington, Alex Scott-Samuel, Cathal Doyle, Owen Metcalfe, Lea den Broeder, Fiona Haigh, Odile Mekel, Rainer Fehr (2004) *European Policy Health Impact Assessment EPHIA. A Guide*. European Union: Directorate General for Health and Consumer Protection
- Acherson, Donald (1998) *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. London: The Stationery Office
- Ackroyd, Stephen og Jan Ch. Karlsson (2014) *Critical Realism, Research Techniques and Research Designs. I: Paul Edwards, Joe O'Mahoney og Steve Vincent (red) Explaining Management and Organization Using Critical Realism: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press
- Andreassen, Thomas (2005) Borregaard kilde til legionellasmitten. VG 8.6.2005
- Arbeidsmiljøloven (2005) Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. LOV-2005-06-17-62. Hentet den 10.5.2015 fra: <https://lovdata.no/register/lover>
- Argyris, Chris, og Donald A. Schön (1978) *Organizational learning: a theory of action perspective*. Reading, Mass.: Addison-Wesley
- Aristoteles (1999) *Etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Aune, Asbjørn (2000) *Kvalitetsdrevet ledelse - kvalitetsstyrte bedrifter*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Australia, Commonwealth of (2001) *Health Impact Assessment. Guidelines* Australia, Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care
- Australian Government. Department of Health (2015). Hentet den 5.5.2015 fra: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ohp-environ-enhealth-committee.htm>
- Australian Public Service Commission (2007) *Tackling Wicked Problems. A Public Policy Perspective* Australian Government
- Barnelova (1981). LOV-1981-04-08-7. Hentet den 10.5.2015 fra: <https://lovdata.no/register/lover>
- Barnehageloven (2005). LOV-2005-06-17-64. Hentet den 10.5.2015 fra: <https://lovdata.no/register/lover>
- Barnevernloven (1992). LOV-1992-07-17-100. Hentet den 10.5.2015 fra: <https://lovdata.no/register/lover>
- Bergström, Kent, Andreas Johansson, Therese Räftegård Färggren, (2009) *Hälsokonsekvensbedömningar i kommuner, landsting och regioner*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut
- Berhe, Maria, Göran Henriksson, Francesco Zambon (2014). *Tackling health inequities: form concepts to practice. The experience of Västra Götaland*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Bhaskar, Roy (1998) *The Possibility of Naturalism. A Philosophical Critique and the Contemporary Human Sciences*. London: Routledge

- Bhaskar, Roy (2008) *A realist theory of science*. London: Verso
- Blanchet, S. (2013). *HIA 2012: 12th International Conference on Health Impact Assessment (HIA)*. Québec, Québec: Government of Québec, Ministry of Health and Social Services.
- Blau, Julia, Kelly Ernst, Matthias Wismar, Franz Baro, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Konrade von Bremen, Rainer Fehr, Gabriel Gulis, Tapani Kauppinen, Odile Mekel, Kirsi Nelimarkka, Kerttu Perttilä, Nina Scangnetti, Martin Sprenger, Ingrid Stegeman, Rudolf Wltske (2007). The use of HIA across Europe. I: Wismar, Matthias, Julia Blau, Kelly Ernst, Josep Figueras (2007) *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen: WHO Regional office of Europe
- Bistrup, Marie Louise og Henrik Brønnum-Hansen (2012). *Health impact assessment in Denmark*. I: Kemm J, red. (2012). *Health Impact Assessment: Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress*. Oxford: Oxford University Press
- Bolman, Lee G. & Terrence E Deal (2009) *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag
- Bond, Alan, Jenny Pope (2014) Sustainability assessment and health. I: Fehr R, Viliani F, Nowacki J, Martuzzi M, editors (2014). *Health in Impact Assessments: Opportunities not to be missed*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Braut, Geir Sverre & Stoltenberg, Camilla (2009) *Epidemiologi*. I Store medisinske leksikon. Hentet 25. mars 2015 fra <https://sml.snl.no/epidemiologi>
- Breeze, C. H., K. Lock (2001) *Health impact assessment as part of strategic environmental assessment*. Geneva: World Health Organization
- Broeder, Lea den, Brigit Staatsen (2012) Development of health impact assessment in the Netherlands. I: Kemm J, red. (2012). *Health Impact Assessment: Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress*. Oxford: Oxford University Press
- Broeder, Lea den & Frank Vanclay (2014). Health in SIA. I: Fehr, Rainer, Francesca Viliani, Julia Nowacki og Marco Martuzzi, redaktører (2014) *Health in Impact Assessment. Opportunities not to be missed*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Broeder, Lea den, Manon Penris, Gerard Varela Put (2003) Soft data, hard effects. Strategies for effective policy on health impact assessment —an example from the Netherlands. I: Bulletin of the World Health Organization 2003, 81 (6)
- Brox, Ottar (1995) *Dit vi ikke vil: ikke-utopisk planlegging for neste århundre*. Halden: Exil
- Brunsson, Nils (1998) *Standardisering*. Stockholm: Nerenius & Santerus Förlag
- Brunsson, Nils (2000) *The irrational organization. Irrationality as a basis for organizational action and change*. Bergen: Fagbokforlaget
- Brunsson, Nils (2002) *The Organization og Hypocrisy. Talk, decisions and actions in organizations*. Oslo: Abstrakt forlag
- Brunsson, Nils (2006) *Mechanisms of Hope. Maintanining the Dream of the Rational Organization*. Oslo: Universitetsforlaget
- Carson, Rachel (1963) *Den tause våren*. Oslo: Tiden norsk forlag
- Cavill, Nick, Sonja Kahlmeier, Harry Rutter, Francesca Racioppi, Pekka Oja (2008) Methodological Guidance on the Economic Appraisal of Health Effects related to Walking and Cycling: Summary. Economic assessment of transport infrastructure and policies. Copenhagen:

WHO Regional office for Europe

Centre for Primary Health Care and Equity. Hentet den 10.5.2015 fra:

<http://cphce.unsw.edu.au/>

Christensen, Tom og Per Lægereid (2006) *The Whole-of-Government Approach – Regulation, Performance, and Public Sector Reform*. Working Paper 6-2006 Bergen: Stein Rokkan Centre for Social Studies

CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.

Curtin University of Technology, WHO collaborating centre for environmental health assessment (2015). Hentet den 10.5.2015 fra: <http://ehia.curtin.edu.au/>

Dahl, Espen, Heidi Bergsli og Kjetil A. van der Wel (2014) *Sosial ulikhet i helse. En norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus

Dahlgren, Kenneth, Jo Ese (2015) *Fra folkehelse i alt vi gjør, til folkehelse på 1-2-3. Følgeevaluering av pilotprosjekt med helsekonsekvensvurderinger i fire østfoldkommuner*. Halden: Høgskolen i Østfold

Dannenbergh, Andrew, Aaron Wernham (2012) Health Impact Assessment in the USA. I: Kemm J, red. (2012). *Health Impact Assessment: Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress*. Oxford: Oxford University Press

Danermark, Berth, Mats Ekström, Liselotte Jakobsen, Jan Ch. Karlsson (2003) *Att förklara samhället*. Lund: Studentlitteratur

Davidsen, Bjørn-Ivar (2000) *Bidrag til den økonomisk-metodologiske tenkningen*. Göteborg: Nationalekonomiska institutionen, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet

Deakin University, School of Health and Social Development. Hentet den 10.5.2015 fra: <http://www.deakin.edu.au/health-social-development>

Deming, W Edwards (1986) *Out of The Crisis*. Cambridge, Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology

Den nordiske folkehelsekonferansen 2014 (2014). *Trondheimserklæringen*. URL: <http://www.nordiskfolkehelsekonferanse.no/lib/tp1/nfh-6/assets/trondheim/nordisk-folkehelse-a4-norsk-lowres.pdf>

Directive 85/337/EEC. EIA direktivet. Hentet den 5.5.2015 fra: <http://eur-lex.europa.eu/homepage.html>

Directive 2001/42/EC. SEA direktivet. Hentet den 5.5.2015 fra: <http://eur-lex.europa.eu/homepage.html>

Directive 2011/92/EU. EIA direktivet. Hentet den 5.5.2015 fra: <http://eur-lex.europa.eu/homepage.html>

Directive 2014/52/EU. EIA direktivet. Hentet den 5.5.2015 fra: <http://eur-lex.europa.eu/homepage.html>

District Councils' Network (2015). Hentet den 8.5.2015 fra: <http://districtcouncils.info/>

Douglas, Magaret, Marin Higgins (2012) Health impact assessment in Scotland. I: Kemm J, red. (2012). *Health Impact Assessment: Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress*. Oxford: Oxford University Press

- Elliott, Eva, Gareth Williams, Chloe Chadderton, Liz Green (2012) Devolution, evolution, and expectation: health impact assessment in Wales. I: Kemm J, red. (2012). *Health Impact Assessment: Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress*. Oxford: Oxford
- Englundh, Elizabeth (2014) *Barnkonsekvensanalys - ett verktyg för underbyggt beslutsfattande eller omöjlig at genomföra? Resultat från en forskningscirkel*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting
- enHealth (2001) *Health Impact Assessment Guidelines*. Canberra: Commonwealth of Australia
- enHealth (2012) *Environmental Health Risk Assessment. Guidelines for assessing human health risks from environmental hazards*. Canberra: Commonwealth of Australia
- enHealth (2015) *Environmental Health Standing Committee (enHealth)*. Hentet den 10.5.2015 fra: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ohp-environ-enhealth-committee.htm>
- Eriksen, Erik og Jarle Weigård (1999). *Kommunikativ handling og deliberativ demokrati– Jürgen Habermas' teori om politikk og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget
- Eriksson-Zetterquist, Ulla, Thomas Kalling, Alexander Styhre, Kristin Woll (2014) *Organisasjonsteori*. Oslo: Cappelen Damm akademisk
- European Commission (2009) . *Guidance for assessing Social Impacts within the Commission Impact Assessment system*. OECD URL: [http://ec.europa.eu/smart-regulation/impact/key\\_docs/docs/guidance\\_for\\_assessing\\_social\\_impacts.pdf](http://ec.europa.eu/smart-regulation/impact/key_docs/docs/guidance_for_assessing_social_impacts.pdf)
- European Commission (2013) *The EU explained: Public health. Improving health for all EU citizens*. Luxembourg: Publications Office of the European Union
- Fehr, Rainer & Odile Mekel (2012). *Health Impact Assessment in Germany*. I: Kemm J, red. (2012). *Health Impact Assessment: Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress*. Oxford: Oxford University Press
- Fehr R, Viliani F, Nowacki J, Martuzzi M, editors (2014). *Health in Impact Assessments: Opportunities not to be missed*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Fischer, Thomas B. (2014) Health in SEA. I: Fehr R, Viliani F, Nowacki J, Martuzzi M, editors (2014). *Health in Impact Assessments: Opportunities not to be missed*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Folkehelseloven (2011). Lov om folkehelsearbeid LOV-2011-06-24-29. Hentet den 10.5.2015 fra: <https://lovdata.no/register/lover>
- Folkhälsomyndigheten i Sverige (2015). Hentet den 30.4.2015 fra: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/>
- Forskrift om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg (rammeforskriften) (2010). FOR-2010-02-12-158
- Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (2002) FOR-2002-12-20-1731
- Forskrift om konsekvensutredninger (2009) FOR-2009-06-26-855
- Forskrift om konsekvensutredning for tiltak etter sektorlover (2014) FOR-2014-12-19-1758
- Forskrift om konsekvensutredning for planer etter plan- og bygningsloven (2014) FOR-2014-12-19-1726
- Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv.(1995) FOR-1995-12-01-928

- Forskrift om miljørettet helsevern (2003). FOR-2003-04-25-486
- Forskrift om oversikt over folkehelsen (2002). FOR-2012-06-28-692
- Forskrift om skadedyrbekjempelse (2000) FOR-2000-12-21-1406
- Forskrift om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften) (2010). FOR-2010-10-29-1380
- Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften) (1996). FOR-1996-12-06-1127
- Forskrift om tiltaks- og grenseverdier (2011). FOR-2011-12-06-1358
- Fosse, Elisabeth (2006) *Sosial ulikhet i helse som tema i helsekonsekvensvurderinger - verktøy og erfaringer i noen europeiske land*. Oslo: Sosial og helsedirektoratet. Rapport 05/2006
- Fredsgaard, Mette Winge (2010) Sundhedskonsekvensvurdering I danske kommuner og regioner – anvendt og planlagt praksis for sundhedskonsekvensvurdering. København: Sun By Nätverket
- Friedman, Milton (2002) *Capitalism and freedom*. Chicago: The University of Chicago Press
- Friluftsløven 1957. LOV-1957-06-28-16
- Fromm, Erich (1967) *Det sunne samfunn*. Oslo: Pax forlag
- Fugelli, Per (2010a) *Nokpunktet* Oslo: Universitetsforlaget
- Fugelli, Per (2010b) *Døden, skal vi danse?* Oslo: Universitetsforlaget
- Ghoshal, Sumantra (2005) *Bad Management Theories Are Destroying Good Management Practices*. Academy of Management Learning & Education vol 4
- Grady, Mike & Peter Goldblatt (red) (2012) *Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government*. Copenhagen: WHO Regional office of Europe
- Gulis, Gabriel, Matthew Soeberg, Marco Martuzzi, Julia Nowacki (2012). *Strengthening the implementation of health impact assessment in Latvia*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Gulis, Gabriel, Peter Gry og Stella R. J. Kræmer (2008). *Sundhedskonsekvensvurdering – fra teori til praksis*. København: Sundhedsstyrelsen
- Ha, Ly Ngoc & Surinder Kaul (2010) *Health impact assessment and public health action plan for Trung Son Hydropower Project*. Washington, DC: World Bank.
- Ha, Ly Ngoc, Surinder Kaul (2010) *Health Impact Assessment and Public Health Action Plan for Trung Son Hydropower Project*. World Bank: Trung Son Hydropower Project
- Hansen, H., N. Rasmussen og F. K. Hansen (2010): *Investeringer i tidlige sociale innsatser- og samfunnsøkonomiske beregninger af innsatser i forhold til udsatte børn og unge*. Center for alternativ samfunnsanalyse, CASA, København
- Hansen, Svein Kolstad og Arve Negaard (2006) *Økonomi på tvers*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Harré, Rom (1985) *The Philosophies of Science*. Oxford: Oxford University Press
- Harris-Roxas, Ben, Patrick Harris, Marilyn Wise, Fiona Haigh, Harrison Ng Chok, Elizabeth Harris (2012) Health impact assessment in Australia. I: Kemm J, red. (2012). *Health Impact Assessment: Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress*. Oxford: Oxford

University Press

Hayek, Friedrich August (1974) *The Pretence of Knowledge*. Nobleprize.org URL: [http://www.nobelprize.org/nobel\\_prizes/economic-sciences/laureates/1974/hayek-lecture.html](http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/economic-sciences/laureates/1974/hayek-lecture.html)

Hayek, Friedrich August (2001) *The Road to Serfdom* New York: Routledge

Hayek, Friedrich August (2006) *The Constitution of Liberty* New York: Routledge

Health and Environment Group ved Universitaire de Québec, WHO's samarbeidssenter for konsekvensutredning og overvåking av miljø og arbeidslivs helse (2015). Hentet den 10.5.2015 fra: <http://www.chuq.qc.ca/oms/>

Health Canada (2000) *Health Canada Policy Toolkit for Public Involvement in Decision Making*. Minister of Public Works and Government Services Canada

Health Education Authority (1999) *1<sup>st</sup> UK Health Impact Assessment Conference*. Liverpool, 16 November 1998. London: Health Education Authority

Helgesen, Marit K., Hege Hofstad, Lars Christian Risan, Ingun Stang, Gree Eide Rønningen, Catherine Lorentzen og Ursula Småland Goth. (2014) *Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner*. NIBR rapport 2014:3

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. LOV-2011-06-24-30. Hentet den 10.5.2015 fra: <https://lovdata.no/register/lover>

Helsedirektoratet (2010) *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle*. (IS-1846)

Helsedirektoratet (2011) *Folkehelse og kommuneplanlegging. Moment og tipsliste*. IS-0333

Helsedirektoratet (2013a). *Om tilsyn med helsemessige forhold ved utleie av boliger og om tiltaks- og grenseverdier for radon i utleieboliger, barnehager og skoler*. (IS-8/2013) Oslo: Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2013b): *God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*. IS-2110

Helsedirektoratet (2014). Hentet den 1.9.2014 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/helsekonsekvensutredning>

Helse- og omsorgsdepartementet (2010) *Høringsnotat. Forslag til ny folkehelselov. Samhandlingsreformen* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

HIA Connect (2015). Hentet den 10.5 2015 fra: <http://hiacconnect.edu.au/>

Hultkrantz, Lars (2015) *Sociala investeringsfonder i Sverige – fakta och lärdomar*. Stockholm: SNS Förlag

IAIA International Association for Impact Assessment (2002) *Strategic Environmental Assessment. Performance Criteria*. Special Publication Series No. 1 January 2002. USA Fargo: IAIA

IAIA International Association for Impact Assessment (2009) *What Is Impact Assessment?* USA Fargo: IAIA

IFC International Finance Corporation (2009) *Introduction to Health Impact Assessment*. Washington, USA: International Finance Corporation

IHIAC International Health Impact Assessment Consortium (2004) *European Policy. Health Impact Assessment. A Guide*. European Commission. Health & Consumer Protection Directorate General

ISO 9000:2000. *Systemer for kvalitetsstyring : grunntrekk og terminologi*. Oslo: Norges standardiseringsforbund

ISO International Organization for Standardization (2003). Hentet den 10.8.2003 fra: [www.iso.ch](http://www.iso.ch)

Ison, Erica (2002). *Rapid Appraisal Tool for Health Impact Assessment. A task-based approach. Eleventh iteration*. Oxford: Oxford University, Faculty of Public Health Medicine

Ison, Erica (2010). *Urban Development and HIA: WHO European Healthy Cities experience*. Manus til foredrag på WHO og IAIA's HIA konferanse den 7.4.2010. Hentet den 17.2.2015 fra: <http://www.who.int/hia/conference/en/>

Ison, Erica (2013) Health Impact Assessment in a Network of European Cities. I: *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 90, Suppl. 1

Jacobsen, Dag Ingvar (2004) *Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverretattlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv*. I Pål Repstad (2004) *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget

Jacobsen, Dag Ingvar (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Jacobsen, Jon (2007) Minst 80 var legionella smittet. *Fredriksstad blad*, 14.2.2007

Johansen, Kjell Eyvind og Arne Johan Vetlesen (2003). *Innføring i etikk*. Oslo: Universitetsforlaget

Karlsson, Jan Ch. (2011) People can not only open closed systems, they can also close open systems. *Journal of Critical Realism* 10 (2): 145-162.

Kevin Love , Catherine Pritchard , Kevin Maguire , Ann Mccarthy & Paul Paddock (2005) *Qualitative and quantitative approaches to health impact assessment: An analysis of the political and philosophical milieu of the multi-method approach*, *Critical Public Health*, 15:3, 275-289,

Kemm J. (2007) What is HIA and why might it be useful?. I: Wisma, Matthias, Julia Blau, Kelly Ernst og Josep Figueras (red) 2007: *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Kemm J. (2008) *Health impact assessment: An aid to political decision-making*. SAGE: Scandinavian Journal of Public Health, 2008; 36: 785-788

Kemm J, red. (2012). *Health Impact Assessment: Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress*. Oxford: Oxford University Press

Kickbusch, Ilona og David Gleicher (2012) *Governance for health in the 21st century*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe

Kickbusch, Ilona og Thorsten Behrendt (2013) *Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century. Making it happen*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe

Klein, Gary (2009) *Streetlights and Shadows. Searching for the Keys to Adaptive Decision Making* Cambridge, Massachusetts: The MIT Press

Knutsson, Ida & Anita Linell (2010) *Health impact assessment development in Sweden*. SAGE, Scandinavian Journal of Public Health, 2010-38:115-120

Knutsson, Ida (2014) *Svenska erfarenheter av att arbeta med hälsokonsekvensbedömningar (HKB)*. Folhälsomyndigheten. URL: <http://www.nordiskfolkehelsekonferanse.no/lib/tp1/nfh-6/assets/presentationer/ws-w-ida-knutsson-280814.pdf>

Kommunehelsetjenesteloven (1982) Lov om helsetjenesten i kommunene. LOV-1982-11-19-66 Hentet den 10.5.2015 fra: <https://lovdata.no/pro/#document/NLO/lov/1982-11-19-66?searchResultContext=1106>

Kommunetorget (2015). Hentet den 14.4.2015 fra: <http://www.kommunetorget.no/>

Kommuneloven (1992). Lov om kommuner og fylkeskommuner. LOV-1992-09-25-107. Hentet den 10.5.2015 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-09-25-107?q=kommuneloven>

Korneliussen, Stein Ove (2013) Legionella på Stabburet. *Fredriksstad blad*. 13.9.2013

Kulturlova (2007) LOV-2007-06-29-89

København Universitet (2015). Hentet den 4.5.2015 fra: [http://chep.ku.dk/dansk/om\\_chep/](http://chep.ku.dk/dansk/om_chep/)

Lalonde, Marc (1974) *A new perspective of the health of Canada*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada

Lee J. H. , N. Röbbel, C. Dora (2013). *Cross-country analysis of the institutionalization of Health Impact Assessment*. Social Determinants of Health. Discussion Paper Series 8 (Policy & Practice). Geneva: World Health Organization.

Linell, Anita (2005). *Vägledning för hälsokonsekvensbedömningar. Med fokus på social och miljömässig hållbarhet* r 2005:39 Stockholm: Statens folkhälsoinstitut

Local Government Association (2015). Hentet den 8.5.2015 fra: <http://www.local.gov.uk/>

Lundquist, Lennart (1998). *Demokratins väktare. Ämbetsmännen och vårt offentliga etos*. Lund: Studentlitteratur

Makenzius, Marlene (red) (2013) *Tio år med svensk folkhälsopolitik. Folkhälsoarbete organiserat av kommuner, kandsting, regioner, länsstyrelser, myndigheter och ideella organisationer 2004-2013*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut

Malmö University (2015), om kommisjonen for et sosialt bærekraftig Malmö. Hentet den 12.5.2015 fra: <http://www.mah.se/english/News/News-2014/How-to-fight-health-inequalities-in-Malmo/>

Malmö Stad (2015), om kommisjonen for et sosialt bærekraftig Malmö. Hentet den 12.5.2015 fra: <http://malmo.se/Kommun--politik/Socialt-hallbart-Malmo/Kommission-for-ett-socialt-hallbart-Malmo.html>

March, James G, John P. Olsen (1976). Organizational Choice under Ambiguity. I: March, James G, John P. Olsen (red), (1976). *Ambiguity and choice in organizations*. Bergen: Universitetsforlaget

March, James G. & Herbert Simon (1993) *Organizations* Cambridge, Massachusetts: Blackwell Publishers

Marmot, Michael (2010). *Strategic review of health inequalities in England post-2010: fair society healthy lives. The Marmot review*. London: The Marmot Review

Marmot, Michael (leder)(2013) *Health inequalities in the EU Final report of a consortium* European Commission Directorate-General for Health and Consumers.

Marmot, Michael (leder) (2014) *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

- Mehlbye, Jill (2013) *Opkvalificering av den tidlige innsats - ved tidlig oppsporing av barn i en sosialt utsatt position*. København: KORA Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning
- Mindell, J. S., A. Boltong, I. Forde (2008). A review of health impact assessment frameworks. I: *Public Health* (2008) 122, 1177e1187. Elsevier
- Minge, Eva (2009) *Er sertifiserte 9001 kvalitetssystem god medisin for virksomheter I helsesektoren?* Masteroppgave i organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Østfold. Eva Minge, Halden
- National Health and Medical Research Council (1994) *National Framework for Environment and Health Impact Assessment*. Australia: Commonwealth Department of Human Services and Health
- National Health and Medical Research Council (2015). Hentet den 10.5.2015 fra: <https://www.nhmrc.gov.au/about>
- NAV (2015) Rundskriv Hovednr. 35 – Lov om sosiale tjenester I NAV oppdatert 18.3.2015. Hentet den 10.5.2015 fra: <https://www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/Hovednr.+35+-+Lov+om+sosiale+tjenester+i+NAV.410516.cms>
- NCCHPP - National Collaborating Centre for Healthy Public Policy (2015). Hentet den 10.5.2015 fra: <http://www.ncchpp.ca/en/>
- Negaard, Arve (2011) *En ekstern evaluering av reformarbeidet i grunnskolen i Sarpsborg kommune: hvoedrapport*. Oppdragsrapport 2011:2 Halden: Høgskolen i Østfold
- Negaard, Arve (2009) Om begrepet fleksibilitet. I: Claussen, Tor & Jan Ch. Karlsson (red) *Den sköra balansen. Arbetslivet mellan flexibilitet och stabilitet*. Arbetsliv i omvandling 2009:04 Växjö: Växjö Universitet
- Nenseth, Vibeke (2010) *Tverrfaglig miljøforskning –en kunnskapsstatus*, CIENS-rapport 2-2010
- NHS England (2015). Hentet den 5.5.2015 fra <http://www.england.nhs.uk/>
- NHS Health Scotland (2015). Hentet den 5.5.2015 fra: <http://www.healthscotland.com/resources/networks/shian.aspx>
- NIHW National Institute for health and welfare, Finland (2015). Hentet den 21.5.2015 fra: <https://www.thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-expertwork/tools/human-impact-assessment>
- Nowacki, Julia, Marco Martuzzi, Thomas B. Fischer 2010. *Health and strategic environmental assessment. WHO consultation meeting Rome, Italy, 8-9 June 2009. Background information and report* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Næss, Arne (1961) *En del elementære logiske emner*. Oslo: Universitetsforlaget
- Næss, Petter (2004) Prediction, Regressions and Critical Realism. *Journal of Critical Realism*. 3 (1): 133-164
- OECD (2006a) *Applying Strategic Environmental Assessment. Good practice guidance for development co-operation* OECD DAC Guidelines and Reference Series
- OECD (2006b) *Determinants of quality in regulatory impact analysis* OECD URL: <http://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/42047618.pdf>
- OECD (2007) *Promoting Rro-Poor Growth. A practical guide to ex ante pverty impact assessment*. OECD URL: <http://www.oecd.org/dac/povertyreduction/38978856.pdf>

- Olsen, Linn Cathrin (2013) Legionellautbrudd på Stabburet i Fredrikstad. *VG*. 13.9.2013
- Olsson, Björn (red) (2001) *Hälskonsekvensbedömningar - från teori til praktik*. NHV-rapport 2001:2
- O'Mullane, Monica, Gabriel Guliš (2014). Health Impact Assessment. I: Fehr R, Vilianni F, Nowacki J, Martuzzi M, editors (2014). *Health in Impact Assessments: Opportunities not to be missed*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Opplæringslova (1998). LOV-1998-07-17-61. Hentet den 10.5.2015 fra: <https://lovdata.no/register/lover>
- Ot.prp.nr.47 2003-2004. *Om lov om endringer i plan- og bygningsloven (konsekvensutredninger). Tilråding fra Miljøverndepartementet av 26. mars 2004, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Bondevik II)*. Oslo: Det Kongelige Miljøverndepartement
- Palosuo, Hannele, Seppo Koskinen, Eero Lahelma, Elisa Kostiaainen, Ritva Prättälä, Tuija Martelin, Aini Ostamo, Ilmo Keskimäki, Marita Sihto and Eila Linnanmäki (red.)(2009) *Health inequalities in Finland. Trends in socioeconomic health differences 1980-2005*. Ministry of Social Affairs and Health Promotion Publications 2009-9.
- Parry, Jayne & John Wright (2003) *Community participation in health impact assessments: intuitively appealing but practically difficult*. Geneva: Bulletin of the World Health Organization 2003, 81 (6)
- Pawson, Ray, & Nick Tilley (1997) *Realistic Evaluation*. London: Sage
- Piketty, Thomas (2014) *Kapitalen i det 21. århundre*. Oslo: Gyldendal Damm
- Plan- og bygningsloven (2008). LOV-2008-06-27-71. Hentet den 10.5.2015 fra: <https://lovdata.no/register/lover>
- Prop. 90L (2010-2011) *Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven)* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Public Health Information Development Unit. Hentet den 10.5.2015 fra: <http://www.adelaide.edu.au/phidu/>
- Public Health England (2014). *Who we are and what we do: Our business plan for 2014/15*. London: Public Health England
- Public Health England (2015). Hentet den 10.5.2015 fra: <https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england/about>
- Ramsdal, Helge, Egil Skorstad (2004) *Privatisering fra innsiden: om sammensmeltingen av offentlig og privat organisering*. Bergen: Fagbokforlaget
- Reason, Peter og Hilary Bradbury (red) (2001) *Handbook of Action Research. Participative Inquiry and Practice*. London: Sage publications
- Regeringskansliet Sverige (2015). Hentet den 11.5.2015 fra: <http://www.regeringen.se/sb/d/14847>
- Ridderstrøm, Gunnar (2006) Helseplanlegging i kommunene. I: *Michael Quarterly* 2006:3: 181-192. Oslo: Det norske medisinske Selskab
- Rittel, Horst W. J., Melvin M. Webber (1973) Dilemmas in a General Theory of Planning. I: *Policy Sciences* 4 (1973), 155-169
- Ross, Andrew, Michael Chang (2014) *Planning Healthy-Weight Environments – A TCPA Reuniting Health with Planning Project*. London: Town and Country Planning Association

- Røvik, Kjell Arne (2007) *Trender og translasjoner: ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget
- Røvik, Kjell Arne (1998) *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget
- Sarpsborg kommune (2009) *Oppvekst- og utdanningspolitisk plattform for Sarpsborg kommune*. Sarpsborg: Sarpsborg kommune
- Scott-Samuel, A., Birley, M., Arden, K., (2001). *The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment*. Second Edition, May 2001. Liverpool: International Health Impact Assessment Consortium.
- Secretary of State for Health (1999). *Saving lives: our healthier nation*. Vol. Cm 4386, London, Stationery Office
- Simon, Herbert A. (1955) *A Behavioral Model of Rational Choice*. Quarterly Journal of Economics 69:99-118
- Skjervheim Hans (1957) Deltakar og tilskodar. I: Ebbestad Hansen, Jan-Erik (red) (2001) *Norsk tro og tanke* bind 3. Oslo: Tano-Aschehoug
- Smedslund G, Steiro A, Winsvold A, og Hammerstrøm, K. (2008). *Effekt av tiltak for å fremme et sunnere kosthold og økt fysisk aktivitet, spesielt i grupper med lav sosioøkonomisk status*. Rapport Nr 8 – 2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Solar O, Irwin A.(2010) *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: WHO
- Sosial- og helsedirektoratet (2008) *Statusrapport for Helse i Plan prosjektet. Februar rapporten 2008* Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Sosial- og helsedirektoratet (2006) *Gradientutfordringen Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse* IS 1229 Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Sosialtjenesteloven (2015) LOV-2014-06-20-24 fra 01.01.2015. Hentet den 10.5.2015 fra: <https://lovdata.no/register/lover>
- SSB (2013) *Husholdningenes inntekt, ulike grupper 2011* URL: <http://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/statistikker/inntind/aar/2013-02-14>
- STAMI (2014) *Arbeid og helse nummer 1-2014. Årsrapport* STAMI
- Statens folkhälsoinstitut SFI (2005) *Vägledning för hälskonsekvensbedömningar. Med fokus på social och miljömässig hållbarhet*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut
- Statens folkhälsoinstitut SFI (2007) *Hälskonsekvensbedömning i fysisk planering*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut
- Statens folkhälsoinstitut SFI (2010) *Metoder för kvantitativa hälskonsekvensbedömningar (HKB) - miljø och fysisk aktivitet*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut
- Statens folkhälsoinstitut SFI (2013a) *Checklista för val av målområden och bestämningsfaktorer/indikatorer vid hälskonsekvensbedömning (HKB)*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut
- Statens folkhälsoinstitut SFI (2013c) *De olika stegen i en HKB*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut

Statens strålevern (2015) Hentet den 7.4.2015 fra <http://www.nrpa.no/fakta/89990/anbefalte-grenseverdier-for-radon>.

SSB Statistisk Sentralbyrå (2015). Hentet den 1.4.2015 fra: <http://www.ssb.no/>

Stigendal, Mikael, Per-Olof Östergren (red) (2013) *Malmö's path towards a sustainable future. Health, welfare and justice*. Malmö: Malmö stad, Commission for a Socially Sustainable Malmö

Stigendal, Mikael & Per-Olof Östergren (red) (2013) *Malmö's väg mot en hållbar framtid. Hälsa, välfärd och rättvisa*. Malmö: Malmö stad, Kommission för ett socialt hållbart Malmö

St. Meld. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helsedepartementet

St. Meld. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

St. Meld. 34 (2012-2013) *Folkehelsemeldingen. God helse - felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

St. Meld. 19 (2014-2015) *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Strand, Arvid, Bjørn Moen, Martin A. Hansen, Arne Tesli (2005) *Helsespørsmål og konsekvensutredninger*. NIBR notat 2005:115

Strand, Mali, Chris Brown, Tone P. Torgersen, Øyvind Giæver (2009) *Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway*. Studies on social and economic determinants of population health, No. 4. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

St-Pierre, Louise & Anika Mendell (2012). Health impact assessment in Canada. I: Kemm J, red. (2012). *Health Impact Assessment: Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress*. Oxford: Oxford University Press

Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet (1998). *Med fokus på hälsan – Hur kan man beskriva hälsokonsekvenser av politiska beslut*. Stockholm: Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet

Synergia (2015). Hentet den 4.3.2015 fra: <http://www.synergia.co.nz/index.php>

Tonholm, Trude, Rikard Eriksson (2015) *Erfaringsoppsummering av helsekonsekvensvurderinger i Råde, Moss og Fredrikstad*. Halden: Høgskolen i Østfold

Tress, Bärbel, Gunther Tress, and Gary Fry (2006) *Defining concepts and the process of knowledge production in integrative research*. I Tress, Bärbel, Gunther Tress, Gary Fry and Paul Opdam (2006) *From Landscape Research to Landscape Planning. Aspects of Integration, Education and Application*. Nederland, Dordrecht: Springer

*Trondheimserklæringen* (2014) Nordisk folkehelsekonferanse 26.-29. august 2014. Hentet den 16.12.2015 fra: <http://www.nordiskfolkehelsekonferanse.no/lib/tpl/nfh-6/assets/trondheim/nordisk-folkehelse-a4-norsk-lowres.pdf>

UK DH Department of Health (2010a) *Healthy lives, Healthy People. Impact Assessments*. Department of Health

UK DH Department of Health (2010b) *Health Impact Assessment of Government Policy. A guide to carrying out a Health Impact Assessment of new policy as part of the Impact Assessment process*. Department of Health

UN United Nations (1992). *Agenda 21*. New York: United Nations

Vanclay, Frank (2003) SIA Principles. International Principles For Social Impact Assessment. I: *Impact Assessment and Project Appraisal*, volume 21, number 1, March 2003, side 5–11. UK Guildford: Beach Tree Publishing. Vedlegg: IAIA Social Impact Assessment International Principles

Västra Götaland Regionen (2013). *Samling för social hållbarhet. Åtgärder för jämlik hälsa i Västra Götaland*. Västra Götaland Regionen

Vedeld, Trond, Hege Hofstad (2014) *Tilnærminger, modeller, og verktøy i folkehelsearbeidet. En kunnskapsoppsummering*. NIBR-rapport 2014:23.

Veglova (1963). LOV-1963-06-21-23

Vegtrafikkloven (1965). LOV-1965-06-18-4

Verdenskommisjonen for miljø og utvikling (1987) *Vår felles framtid*. Oslo; Tiden norsk forlag

Whitehead M, Dahlgren G. (1991) *What can we do about inequalities in health?* Lancet, 1991, 338:1059–1063

Whitehead M, Dahlgren G. (2009a) *Utjevning av helseforskjeller, del 1: Begreper og prinsipper for å utjevne sosiale ulikheter i helse*. Oslo: Helsedirektoratet

Whitehead M, Dahlgren G. (2009b) *Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse. Utjevning av helseforskjeller del 2*. Oslo: Helsedirektoratet

WHO Europe (1999) *Health Impact Assessment. Main Concepts and suggested approach*. Gothenburg Consensus Paper. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

WHO Europe (2005) *Health Impact Assessment. Toolkit for Cities. Dokument 1. Background document: concepts, processes, methods. Vision to Action*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

WHO Europe (2010a) *Protecting children's health in a changing environment*. Fifth Ministerial Conference on Environment and Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

WHO Europe (2010b) *Health and strategic environmental assessment*. WHO consultation meeting Rome, Italy, 8-9 June 2009 Background information and report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

WHO Europe (2013a). *Measurement of and targetsetting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

WHO Europe (2013b). *Health and environment: communicating the risks*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

WHO Europe (2013c) *Implementing a Health 2020 Vision - Governance for Health in the 21st Century. Making it happen* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

WHO Europe (2013d) *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

WHO Europe (2013e). *Capacity Building in Environment and Health (CBEH) project. Using impact assessment in environment and health: a framework*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

WHO Europe (2015b) *Governance og About WHO*. Hentet den 20.3.2015 fra <http://www.swho.int/en/>

- WHO (1948) *Constitution of The World Health Organization*. Hentet den 20.9.2014 fra <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1&ua=1>
- WHO (1978) *Declaration of Alma-Ata*. Geneva: World Health Organization
- WHO (1986) *Health Promotion. Ottawa Charter*. Geneva: World Health Organization
- WHO (1991) *Sundsvall statement on supportive environmental health*. Geneva: World Health Organization
- WHO (1997) *Jakartadeklarasjonen om helsefremmende arbeid inn i det 21. århundre*. Geneva: World Health Organization
- WHO (2005) *Bankok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Geneva: World Health Organization
- WHO (2010) *Adelaide Statement on Health in All Policies – moving towards a shared governance for health and well-being*. Geneva: World Health Organization
- WHO (2013) *The Helsinki Statement on Health in All Policies*. Geneva: World Health Organization
- WHO (2015a) *Health impact assessment*. Hentet den 15.3.2015 fra [http://www.who.int/topics/health\\_impact\\_assessment/en/](http://www.who.int/topics/health_impact_assessment/en/)
- WHO (2015b) *About WHO. What we do*. Hentet den 15.3.2015 fra: <http://www.who.int/about/what-we-do/en/>
- WHO (2015c) *About WHO WHO headquarters structure*. Hentet den 15.3.2015 fra: <http://www.who.int/about/structure/organigram/en/>
- Wilkinson, Richard & Michael Marmot (2003) *Social determinants of health. The solid facts. 2nd edition*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Wikipedia engelsk (2015). Local government og enkeltland. Hentet den 14.3.2015 fra: [http://en.wikipedia.org/wiki/Local\\_government](http://en.wikipedia.org/wiki/Local_government)
- Wismar, Matthias, Julia Blau, Kelly Ernst, Josep Figueras (2007) *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen: WHO Regional office of Europe
- World Commission on Environment and Development, WCED (1987) *Vår felles framtid*. Oslo: Tiden norsk forlag
- Økonomi og indenrigsministeriet 2015. *Nøgletal* Hentet den 18.5.2015 fra: <http://www.noegletal.dk/>
- Aarsæther, Nils (2013). *Gjenreising av kritisk planteori*. I: Plan 3/2013.
- Aas, Jan (1996) *Fullført saksbehandling*. Oslo: Kommuneforlaget