

**Fra folkehelse i alt vi gjør,
til folkehelse på 1-2-3:
følgeevaluering av pilotprosjekt med
helsekonsekvensvurderinger
i fire østfoldkommuner**

**Kenneth Dahlgren
Jo Ese**

**Høgskolen i Østfold
Oppdragsrapport 2015:6**

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 2015:6

© Forfatterne/Høgskolen i Østfold

ISBN: 978-82-7825-444-8

ISSN: 1504-5331

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 følgevaluere arbeidet i Østfold fylkeskommune. Denne rapporten er skrevet som et ledd i denne følgeevalueringen, og sammenfatter følgeevalueringen av fire Østfold-kommuner, i forbindelse med et pilotprosjekt der en har testet ut bruk av helsekonsekvensvurderinger (HKV) i kommunal saksbehandling. Rapporten retter oppmerksomheten mot hvordan ledere og saksbehandlere i de fire kommunene har opplevd prosess og verktøy i politiske saker på det lokale nivået i offentlig forvaltning.

Grunnlaget for denne rapporten er observasjoner og intervjuer med involverte i kommunene som har vært med på pilotprosjektet i Østfold. Basert på dette datagrunnlaget har vi sett noen generelle problemstillinger som andre kommuner som ønsker å prøve ut eller innføre verktøyet kan ha nytte av å være bevisst på i arbeidet med helsekonsekvensvurderinger. Problemstillinger er beskrevet som idealtypiske, det vil si at vi ikke beskriver de enkelte kommunene konkret, men at vi abstraherer noen sider ved kommunens organisering, størrelse eller lignende.

Rapporten er nyttig for alle som er involvert i arbeidet med å utvikle, teste ut og ta i bruk helsekonsekvensvurderinger i (alle typer) politiske saker, ut fra prinsippet om helse i alt vi gjør, men er særlig utviklet med tanke på overføringsverdi til andre kommuner.

Bildene som er brukt i rapporten er forfatternes egne (fotograf: Kenneth Dahlgren).

INNHALDSFORTEGNELSE

1.	Innledning	s. 4
2.	Bakgrunn	s. 7
3.	Metode	s. 9
4.	Analyse	s. 13
	• Sosial ulikhet og helsekonsekvensvurderinger	s. 14
	• Stor / liten	s. 21
	• Grad av eierskap	s. 31
	• Svakt regulert / sterkt regulert	s. 37
	• Bortebane / hjemmebane	s. 41
	• På andre siden av gjerdet	s. 45
	• Fylkeskommunens rolle i prosjektet	s. 46
5.	Konklusjoner	s. 49
6.	Referanser	s. 57
7.	VEDLEGG: HKV EKSEMPEL	s. 59

1. INNLEDNING

Folkehelsearbeid handler i stor grad om sosialpolitiske verktøy. Det handler om å forstå individuell helse i lys av en overordnet helhet - hvordan ulike sosiale grupper påvirkes forskjellig av samfunnsstrukturer, og identifisere og ta tak i sosiale mønstre av helseforskjeller. Helsekonsekvensvurderinger (HKV) er et slikt verktøy. For en nærmere presentasjon av hva HKV er og representerer, henviser vi til en rapport som er publisert i samme prosjekt som denne, Arve Negaards *Om helsekonsekvensutredninger: En oppsummering av norske og internasjonale kunnskaper* (Negaard: 2015). Men kort fortalt handler det om enkle former for helsekonsekvensutredninger, som raskt kan tas i bruk i et bredere spekter av kommunal saksbehandling. Tanken er at saksbehandler selv – og/eller i samråd med andre interne og/eller eksterne fagpersoner – skal foreta skjønnsmessige vurderinger av hvilke konsekvenser en sak kan ha for folkehelsen (les: for ulike sosiale grupper).

Styrken til dette verktøyet, slik HKV er tenkt, er at det oppfordrer politikere og saksbehandlere å se de store perspektivene; hva betyr egentlig det jeg driver med nå for hele kommunen min? Hvordan vil innbyggerne egentlig få det hvis jeg får gjennom dette her? Når politiske saker filtreres gjennom et slikt filter, blir det raskt tydelig at sakene en jobber med handler om mye mer enn bare selve sakfeltet. Det handler om samfunnet – om hvordan ting henger sammen og påvirker i både tilsiktet og utilsiktet forstand. Her melder det seg raskt en utfordring: Når saksbehandlere tar inn over seg hvordan saker griper inn i større samfunnsforhold enn den tradisjonelle avgrensningen en er vant med, stiller en seg samtidig åpen for å både måle og selv bli målt på andre kriterier enn dem som er knyttet til eget fag.

Her finner vi også den generelle utfordringen til folkehelsearbeidet: Hvis det omfatter så mye, hva er det egentlig da? Hvor går grensene, om det har noen? Når er en sak ferdig utredet, og har vi tatt hensyn til alt vi skal ta hensyn til? Vi er blitt vant til å høre slagord om folkehelse i alt vi gjør, men hvis noe er alt er det også ingenting. For ingen kan alene forvalte dette "alt".

HKV er imidlertid ikke bare utviklet som et verktøy, men samtidig som et svar på spørsmålene over. Ved hjelp av HKV skal saksbehandlere enkelt få retningsgivende hjelp til å ivareta styrkene ved folkehelseperspektivet uten måtte ta kaoset og

uendeligheten med på kjøpet. Grensesetting i det grenseløse, tidsavgrensning i det evigvarende, en hjelp til å si når godt nok er godt nok. Og vårt store spørsmål har vært: Opplevs hjelpen slik av saksbehandlerne? Tilfører tiltaket noe positivt i saksbehandlingen – er det berikende som perspektiv, er det effektivt som verktøy?

Man kan kanskje hevde at vi, to sosiologer, har kost oss på en reise i statsviterland, i dette prosjektet. Vi har fått lov til å observere saksbehandlere prøve seg frem - noen ganger fortvilet, andre ganger engasjert - i skjæringspunktet mellom store perspektiver og snevre problemstillinger, mellom pedantisk regelverk og problematiserende spørsmål. Vi har sett hensynet til politikere krangle med hensynet til faglig fordypning. Og vi har ikke minst sett hvordan et nytt skjema å forholde seg til i en krevende arbeidshverdag kan oppleves både som forenkende og frustrerende – spesielt fordi et skjema ikke kan vurderes av innholdet alene, men også hvordan innholdet fortolkes av den enkelte saksbehandler (og saksbehandlere er ikke en homogen gruppe), og hvordan prosessen knyttet til utvikling og utprøving av nye rutiner har blitt gjennomført.

Underveis i utredningen har vi hele tiden sett vi mennesker som forholder seg til sak og hverandre gjennom strukturer. Og hele tiden har vi vurdert hva det er som gjør at menneskene handler som de gjør, oppfatter som de gjør, reagerer som de gjør. Makt, relasjoner, nettverk, strukturer, klasse og diskurs er alle eksempler på sosiologiske begreper som har vist seg nyttig i våre analyser. Gjennom å bruke sosiologisk teori har vi forsøkt å tolke hva som har skjedd når fire Østfoldkommuner har prøvd ut et nytt saksbehandlerverktøy. Denne rapporten presenterer analysene våre av det vi har sett og hørt om hvordan skjemaet har blitt mottatt, og noen tanker om hva andre kommuner kan lære av erfaringene disse kommunene har gjort seg. Vi har konsentrert oss om utprøvingen av verktøyet, om prosessene og hvordan den enkelte har opplevd bruken og nytten av det. Vi har ikke konsentrert oss om kvaliteten på verktøyet eller produktene som har blitt generert – det vil si sakspapirene eller vedtakene som blir fattet basert på dem.

Uten å foregripe konklusjonen alt for mye, kan vi imidlertid innledningsvis si at prosjektet med utprøving av HKV i kommunal

saksbehandling oppleves av oss – som eksterne utredere – som et viktig skritt i konstruktiv retning for å muliggjøre folkehelse i "alt" vi gjør. Det vil selvsagt være legitimt å innvende at skjemaene som er lagt til grunn for vurderingene i sakene ikke har vært utfyllende i verken temaer eller nivåer – kanskje til og med mangelfulle. Men i den grad skjemaene representerer en operasjonalisering av konsekvenser for folkehelsa og en strukturert innfallsvinkling, ser vi at tiltaket utgjør en brekkstang inn i noe som til nå har vært vanskelig å gripe tak i. Med andre ord: HKV representerer et viktig skritt som sosialpolitisk verktøy i utjevning av sosiale forskjeller i helse.

Kenneth Dahlgren og Jo Ese
(Begge: sosiologer)

Halden, Høgskolen i Østfold, 18. mai 2015



2. BAKGRUNN

Denne rapporten er en del av et pilotprosjekt som har gått i Østfold i 2014/2015 der man har prøvd ut HKV i enkeltsaker i fire kommuner. HKV er en forkortelse vi bruker gjennom hele rapporten, og betyr helsekonsekvensvurderinger. Videre betyr HKV i denne rapporten det verktøyet som har blitt testet ut i prosjektet. Verktøyet i dette prosjektet har vært et «ruteark» som har fungert som en sjekklister som saksbehandlere har testet ut når de skriver en politisk sak.

Rapporten er en del av en rapportserie på fire rapporter, og vi vil her kort fortelle om de tre andre rapportene:

Rapport 1: Erfaringsoppsummering av helsekonsekvensvurderinger i Råde, Moss og Fredrikstad (Tonholm og Erikksson:2015). Rapporten presenterer en gjennomgang av saksdokumenter fra tre kommuner som har tatt inn konsekvenser for folkehelse i sine saksbehandlingsmaler. Rapporten konsentrerer seg om synliggjøring av temaet i selve saksfremlegget, altså den måten HKV fremstår for politikerne.

Rapport 2: Om helsekonsekvensutredninger: En oppsummering av norske og internasjonale kunnskaper (Negaard: 2015). Rapporten systematiserer og fremstiller norske og internasjonale erfaringer med helsekonsekvensutredninger og helsekonsekvensvurderinger med særlig vekt på forskningserfaringer om temaet. Rapporten er nyttig 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 er særlig rettet mot saksbehandlere, planleggere og folkehelsekoordinatorer på kommune- og fylkesnivå.

Rapport 3: Kommunenes egne erfaringer (tittel ikke klar når denne rapporten går i trykken). Fylkeskommunen og kommunene rapporterer selv om hvilke erfaringer de har gjort seg med HKV-prosjektet.

Denne rapporten presenterer funnene i en følgeevaluering der de fire kommunene i Østfold har testet ut et verktøy for helsekonsekvensvurderinger (HKV) i saksbehandling for vedtak til politisk behandling i kommunene. Tematisk ligger denne rapporten midt mellom rapport 2 og rapport 3, der

nærheten til rapport 2 er det teoretiske rammeverket vi hele tiden har hatt med oss i analysene, og nærheten til rapport 3 er det praksisnære perspektivet der vi hele tiden ligger tett på kommunenes egne erfaringer.

Rapporten vår er skrevet med tanke på at andre kommuner som ønsker å teste ut eller innføre HKV skal kunne bruke den. Vi beskriver og systematiserer styrker og svakheter som kommunene selv har erfart, men i stedet for å gå i detalj i hver enkelt saksbehandling har vi valgt å trekke ut essensen med fokus på utvikling av idealtyper og et begrepsapparat.

Grunnen til dette er at vi har ønsket komme bakenfor den umiddelbare opplevelsen av saksbehandling for å identifisere egenskaper ved de ulike strukturene HKV har inngått i, spesielt med fokus på variasjoner mellom kommunene. Målet har vært å kunne bidra til en synliggjøring av viktige hensyn kommunene bør ta hensyn til i videre arbeid, samt hva andre kommuner er tjent med et fokus på når helsekonsekvensvurderinger skal tas i bruk i saksbehandling på tilsvarende måter som i de fire Østfold-kommunene.

Vårt grep gjør at kommunene som har deltatt i prosjektet ikke nødvendigvis vil kjenne seg umiddelbart igjen i våre beskrivelser fordi der vi har hatt blikket festet på mekanismene bak saksbehandling, har kommunene hatt fokus på saken. Men fordi vi ikke bruker rapporten til å gjøre rede for saksforholdene og lokalspesifikke forhold, har resultatet blitt et - slik vi oppfatter det - dokument som operasjonaliserer viktige aspekter, som et instrumentelt rettet verktøy vi håper kan bidra til Helsedirektoratets intensjon om å øke omfanget av folkehelsesensitiv saksbehandling.

I prosjektet har de ulike kommunene benyttet seg av ulike verktøy, men vi har lagt ved ett av verktøyene som illustrasjon (se vedlegg). Grunnen til at vi har valgt nettopp dette verktøyet, er fordi det ble lagt fram som et utgangspunkt og som et forslag. De andre kommunene har således tatt stilling til verktøyet, men valgt å endre eller trekke på egne eksisterende verktøy i stedet.

3. METODE

Designet som denne rapporten bygger på har tatt utgangspunkt i følgende:

- Hva er det vi fokuserer på?
Vi har fokusert på helekonsekvensvurderinger som et perspektiv og verktøy i kommunal saksbehandling
- Hvem har vi snakket med?
Vi har snakket med ledere/koordinatorer, saksbehandlere og politikere i testkommunene
- Hvor er undersøkelsen utført?
Vi har utført intervjuene på arbeidsplassen til informantene, i arbeidstiden (politikerne har møtt opp på rådhuset)
- Hva har vært den overordnede problemstillingen?
Hvordan oppleves HKV som perspektiv og verktøy i kommunal saksbehandling

Når det gjelder hva vi ikke har tatt stilling til, er det i hovedsak knyttet til kvaliteten på verktøyet og i hvilken grad det har påvirket saksbehandling og politisk vedtak.

Det viktige å få tak i, i denne utredningen, har vært hvordan HKV som verktøy bidrar til å inkludere vurderinger av folkehelsekonsekvenser i flere typer saker enn hva vi er vant med, og hvorvidt verktøyet som metodikk passer inn i arbeidssituasjonen (retningslinjer, rutiner og lignende) til saksbehandlere.

FREMGANGSMÅTE

Denne rapporten er utarbeidet på bakgrunn av kvalitative forskningsmetoder, der det semistrukturerte intervjuet har stått i fokus. Det vil si at informasjonen som er hentet inn, har oppstått i det direkte møtet mellom utreder og de som utredes. Semistrukturerte intervjuer innebærer at vi utarbeider en intervjuguide med et sett spørsmål som fanger opp sentrale ting vi er interessert i å få informasjon om, men at rekkefølgen på når ting tas opp ikke er avgjørende. I tillegg stiller en seg åpen for at det kan dukke opp andre relevante og interessante ting/tema i intervjusituasjonen enn dem som er tenkt ut på forhånd (Thagaard, 2003: 85).

Med kvalitative metoder, består analysene i stor grad av fortolkninger – det vil si at vi som utredere forsøker å systematisere informantenes svar, og utlede en overordnet tolkningsramme basert på en forståelse som har kommet fram i intervjuene.

Det er flere andre metoder som kunne vært relevant å trekke inn i denne utredningen, men på grunn av knappe tidsrammer var det viktig å fokusere innsatsen i én retning. Målet var å evaluere hvordan utprøvingen av HKV i et utvalg saksbehandlinger har vært i de ulike kommunene, og hvordan verktøyene som kommunene har utviklet har blitt vurdert av saksbehandlere i praktisk arbeid. Dette perspektivet har ført til at vi ikke har brukt metoder som analyse av sakspapirer, men konsentrert oss fullt og helt om intervjuene. Med andre ord, handlet ikke evalueringen om selve verktøyet, men hvordan verktøyet påvirker saksbehandlers arbeidssituasjon. Samtalen som metode framsto derfor som mest relevant, fordi samtalen gir oss et godt utgangspunkt for å få kunnskap om hvordan personer opplever sin situasjon. (Thagaard, 2003: 11).

I prosjektet har vi intervjuet totalt 14 personer; hvorav 6 ledere/koordinatorer, 2 politikere og 6 saksbehandlere.

I tillegg til semistrukturerte intervjuer, har vi også tatt i bruk deltakende observasjon som metode. Dette har handlet om deltakelse i møter både internt i kommuner (mellom ledere/koordinatorer og saksbehandlere), og møter mellom ledere/koordinatorer i de forskjellige kommunene. Disse observasjonene har tilført nyttig informasjon til intervjudata, både i form av økt rammeforståelse av de organisatoriske systemene prosjektet finner sted innenfor, og i form av forståelse for hvordan satsingen utspiller seg på et overindividuell nivå – blant annet i form av diskurser. I den grad vi har benyttet oss av diskursperspektiv i analysen, har det handlet om måten aktørene forholder seg til temaet – hvordan de inntar roller og strukturerer samtalen seg imellom.

Der intervjuer/samtaler er nyttig for å forstå hvordan personer opplever ting, er observasjon nyttig for å føre inn opplevelser i en sosial sammenheng (ibid: 12).

Samtidig med evalueringsarbeidet som denne rapporten sammenfatter, har det blitt utarbeidet to andre rapporter fra Høgskolen i Østfold som tar for seg andre aspekter ved tematikken. Den første rapporten presenterer en gjennomgang av saksdokumenter fra tre kommuner som har tatt inn konsekvenser for folkehelse i sine saksbehandlingsmaler (Tonholm og Eriksson:2015). Den andre rapporten er en kunnskapsoppsummering som systematiserer og fremstiller norske og internasjonale erfaringer med helsekonsekvensutredninger og helsekonsekvensvurderinger (Negaard:2015). I tillegg har det blitt utarbeidet en fellesrapport fra de enkelte kommunene og fra fylkeskommunen. Disse rapportene har inngått i rammeforståelsen bak vår rapport

ETIKK OG UTVALG

Eier av prosjektet har vært Østfold fylkeskommune, i samarbeid med de deltakende kommunene. Høgskolen i Østfold har hatt som rolle å:

- følgeevaluere prosess og erfaring i kommunene
- utarbeide en kunnskapsoppsummering
- utarbeide en erfaringsoppsummering

I forbindelse med intervjuene og observasjonene som denne rapporten bygger på, har vi forholdt oss til dem kommunen selv har valgt ut at vi skal snakke med. Disse personene – enten det er ledere/koordinatorer, saksbehandlere eller politikere – har blitt intervjuet i kraft av sin stilling/posisjon og personlige forhold har ikke vært gjenstand for utredning. Til tross for at det er kjent hvilke kommuner som har deltatt og hvilke personer som har behandlet sakene, har vi likevel valgt å "anonymisere". Grunnen til dette er at målsettingen har vært å utlede en systemforståelse, ikke å generere kunnskap om de enkelte casene.

ANALYSE

I analysen har vi lagt til grunn en forståelse av informantenes fortellinger som beskrivelser av en ekstern virkelighet, bundet til en indre opplevelse (Silverman, 2005: 154). Det vil si at vi forholder oss både til deres beskrivelser av saksbehandling og

prosesser, som reelle, men tar høyde for individuelle variasjoner i hvordan saksbehandlingen og prosessene har blitt opplevd.

Intervjuene ble tatt opp på bånd, og siden transkribert. Intervjuene ble siden kodet i henhold til ulike temaer og dimensjoner som viste seg relevante underveis i analysen. I den grad vi har brukt sitater, har vi valgt å utelate identifiserende informasjon knyttet til sak og person. Dette var strengt tatt ikke nødvendig, da prosjektet i alle sine deler og ulike rapporter baserer seg på synlighet. Men for denne rapporten ville vi bort fra enkeltpersoner og enkeltsaker for å finne noe mer generelt. Vi har i tillegg valgt å parafasere meninger framfor å ordrett sitere, da dette er mer lesevennlig og et ordrett sitat ikke ville tilført nyttig informasjon i denne sammenhengen.

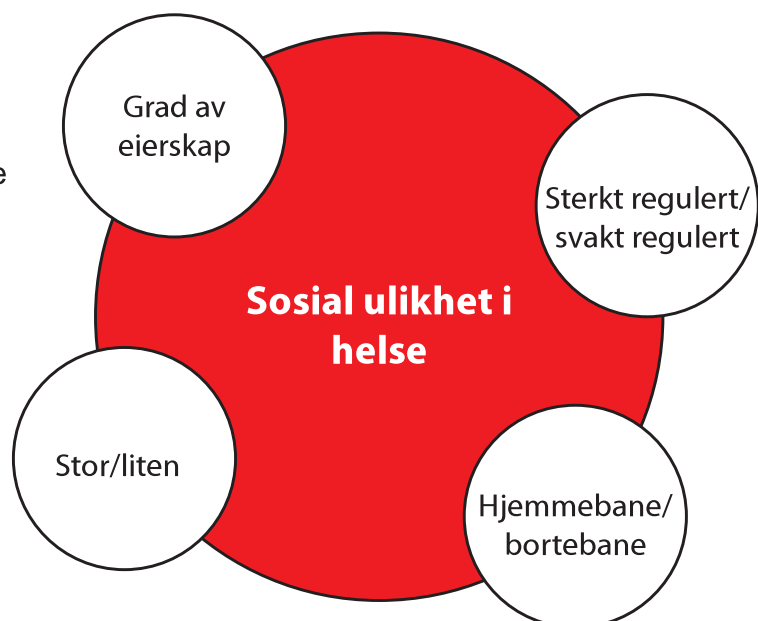


4. ANALYSE

Når vi analyserte intervjuene tegnet det seg opp fire ulike dimensjoner som vi ser er relevante for å forstå hvordan HKV'ene har fungert i praksis i pilotprosjektet. Dimensjonene har vi kalt Stor/Liten, Grad av eierskap, Sterkt regulert/Svakt regulert og Hjemmebane/Bortebane. I det følgende kapitlet presenterer vi disse fire dimensjonene. Analysekapitlet er først og fremst skrevet med tanke på at andre kommuner skal kunne bruke rapporten inn i eget folkehelsearbeid. Derfor har vi fremhevet enkeltelementer i fremstillingen, lagt stor vekt på de overførbare utfordringene en kommune kan komme opp i basert på noen egenskaper kommunen selv kan kjenne seg igjen i. Derfor skal ikke dette leses som en rapport om hvordan utprøvingen i prosjektkommunene utspilte seg, men heller som en rapport der vi beskriver noen idealtypiske utfordringer, ment som refleksjonsgrunnlag for andre kommuner. Hver dimensjon blir derfor også avsluttet med noen råd om hva våre erfaringer kan ha å si for andre som ønsker å prøve ut HKV-skjemaet, eller andre verktøy for folkehelsevurderinger.

En viktig del av både den faglige og den politiske begrunnelsen for å prøve ut helsekonsekvensvurderinger har vært anerkjennelsen av at tradisjonelt folkehelsearbeid ikke i stor nok grad klarer å gjøre noe med den største utfordringen folkehelsen har i dag: Sosial ulikhet i helse. Derfor har vi, i tillegg til å analysere intervjuene ut fra de fire dimensjonene, sett behovet for å vurdere HKV i en overordnet ramme av sosial ulikhet, sett i lys av erfaringene vi har gjort oss basert på intervjuene. Denne vurderingen er den innledende delen i analysekapitlet vårt.

Vi har laget en figur for å vise forholdet mellom den overordnede rammen og de fire dimensjonene, som kan være til hjelp i lesningen av dette kapitlet:



4.1. SOSIAL ULIKHET OG HELSEKONSEKVENSVURDERINGER

En viktig utfordring for folkehelsearbeid, som skal fanges opp av vurderingsarbeidet i kommunen, er knyttet til sosial ulikhet og hvordan helseforskjeller følger et mønster av sosioøkonomiske posisjoner: Jo høyere i det sosioøkonomiske systemet folk befinner seg, jo bedre er helsen. "Denne sammenhengen gjelder for så å si alle helsemål på den ene siden, og for så å si alle mål på sosioøkonomisk status på den andre siden. Mønsteret er det samme: helsen blir bedre med økende status" (Helsedirektoratet, 2015). Spørsmålet er hvordan man kan jobbe for utjevning i helseforskjeller på kommunalt nivå?

Dessverre har folkehelse handlet om å få folk ut og opp i trærne – få folk til å bevege seg og spise sunt. Det har handlet om kampanjer. Men kampanjer treffer gjerne best dem som gjør det fra før, og forsterker snarere enn å utjevne sosial ulikhet. Det vi må jobbe for, er at barn får med seg de grunnleggende tinga fra første leveår. Det er der fokus må ligge, ikke på turløypene. Altså hvis du sier "folkehelse" så vedder jeg på at 9 av 10 tenker på jogging. Man glemmer den sosiale dimensjonen. Og da er det veldig ålreit å ha et verktøy som forklarer hva det handler om og hvordan man tar høyde for det

(sitat: saksbehandler).

Dette handler i stor grad om spenningsforholdet mellom "myk" og "hard" kunnskap; mellom fysisk forankrede grenseverdier og kontingent¹ sosial dynamikk. På den ene siden vet vi at dersom svevestøv eller radon overstiger et bestemt nivå så kan det være skadelig. Dette kan vi enkelt håndtere ved hjelp av lovregulering, og derfor er også for eksempel maksimumsgrenseverdi for radonnivå satt av Statens strålevern på 200 Bq/m³ (Statens strålevern, 2014). På den andre siden vet vi at "det [er] en slående sammenheng mellom hvor lenge en har gått på skolen og hvor lenge en lever" (Dahl med kolleger, 2014: 7). Men som Jon Ivar Elstad (2010: 99) poengterer: "Et vanskelig spørsmål er hvor en skal begynne, for hva produserer slike ulikheter i helse?"

¹ Det som er mulig uten å være nødvendig (Tranøy, 2011)

Vilhelm Aubert (1969: 25) har skrevet: "Så snart en går over til det sosiale felt, blir problemene med å vurdere et forskningsprodukt uendelig mer sammensatte". Det innebærer at det er atskillig enklere for en kommunal saksbehandler å konkludere helsekonsekvensvurderinger fra en kunnskapsramme av grenseverdier for fysiske forhold, enn det er å konkludere basert på kunnskap om sammenhenger mellom sosial ulikhet og helseforskjeller. Vi vet for eksempel at det å være i aktivitet og spise sunt har en positiv effekt på helsen. Men når det ikke hjelper å fortelle folk dette, som sitatet fra saksbehandler her ovenfor illustrerer, hva gjør vi da?

Første skritt er, som denne satsingen har tatt tak i, er å bringe tilbake klasseperspektivet i offentlig forvaltning. Dette kan virke trivielt, men hvilke "briller" vi tar på oss, påvirker hvilket samfunn og hvilke handlingsrammer vi ser. Derfor er dette i seg selv et solid skritt i viktig og riktig retning, som tar utfordrer det individualiserende perspektivet på samfunnsliv, som har fått dominere alt for lenge.

Dette er for øvrig glimrende illustrert av Kjetil Rolness:

Det som finnes nåtildags er vanlige folk med stort forbedringspotensiale. Folk som sliter med skolevegring, manglende karriereambisjoner, politisk hjemmesitting, usunt kosthold, lite trening, dårlige medievaner, overmøblering, tvilsom barneoppdragelse og tradisjonelle kjønnsroller. Men bare vi får på dem kulturelle skolesekker, gir dem generell studiekompetanse, nøkkelhullmerkede matvarer, pappapermisjon og studierabatt hos Filharmonien, vil de sakte bli ledet i riktig retning.

(Rolness, 2013)

Vi vet at det er mange faktorer som spiller inn, og at det ikke kan løses med velferdsstatens kompensatoriske omfordeling av økonomiske ressurser – helseforskjellene i Norge varer ikke bare ved, de øker over tid, og er ikke mindre i europeisk sammenheng. Vi har, kort fortalt, med et samfunnsproblem å gjøre (Dahl med kolleger, 2014: 8), som må gripes an som et overordnet og sammensatt fenomen. Når industriarbeidere,

kokker og drosjesjåfører lever 7-10 år kortere enn leger, lektorer og arkitekter (ibid), kan deler av forklaringen tilskrives livsstilsvalg, som røyking, mosjon og kosthold. Men forskning har vist at sosiale variasjoner i andre typer belastninger forklarer mer, som lav inntekt, mangelfull levestandard, dårlige boliger, stress, utrygghet, ulykkesrisiko og så videre (Elstad, 2010: 101). Med andre ord, det er livssituasjonen livsstilsvalgene fattes innen som er mest avgjørende.

Det er imidlertid avgjørende at de to elementene – livsstilsvalg og livssituasjon – sees i sammenheng. Livssituasjon påvirker nemlig livsstilsvalg på flere måter og nivåer. Noen valg skjer av nødvendighet, det vil si at livssituasjonen ikke tillater bedre alternativer. Andre valg skjer av mangel på kunnskap, det vil si at en ikke vet bedre. Men noen valg skjer også av motstand, det vil si at en først og fremst velger vekk framfor å velge til. Spesielt innen kosthold er dette synlig, og interessant nok handler det om identitet. – folk posisjonerer seg aktivt (om ikke alltid like bevisst) i det sosiale landskapet gjennom maten de velger å spise (se bl.a. Bugge, 2010). Når noen velger å spise frossenpizza har det selvsagt med smak og preferanser, tid og ressurser å gjøre, men det har ofte med identitetsskapende arbeid å gjøre også. Når en spiser frossenpizza forsterkes tilhørigheten til sosiale gruppe der det å spise frossenpizza er helt ålreit, samtidig som det tas avstand fra sosiale grupper som bruker tid og krefter på å utfordre smaksløkene med mat laget fra bunnen av på eksotiske råvarer.

Dette finner vi igjen i mange andre livsstilsområder, som at folk ikke ønsker å bruke sykkel framfor bil fordi de ikke er en "sånn" som sykler, fordi de ikke identifiserer seg med dem de observerer på sykkel i bybildet.

Når en jobber med folkehelse er det derfor viktig å ta i betraktning hvordan folkeopplysning kan slå begge veier. På den ene siden kan en nå fram med kunnskap, som gir bedre grunnlag for å fatte riktigere valg. På den andre siden kan budskapet generere kulturell motstand . det vil si at en "driver fram en opposisjon mot middelklassens innflytelse og dens typiske former for kunnskap" (Skogen og Krange, 2010: 160). Dette handler om tillit til den offentlige forvaltningen, hvorvidt en føler seg representert, og hvorvidt en føler identitet til det

sosiale landskapet budskapet posisjonerer seg innenfor. Gode hensikter og objektivt gode helsekonsekvenser kan derfor ha vanskelig med å nå fram dersom mottakerne av budskapet føler seg invadert av en mengde institusjoner og organisasjoner med tydelig middelklassebasis (som de ikke identifiserer seg med), som aggressivt trenger seg på – legitimert av en demonstrativ overlegen kunnskap – og har til hensikt å forandre deres verdier, oppfatninger og livsstiler. Det oppleves, kort fortalt, provoserende når aktører en ikke identifiserer seg med skal påberope seg definisjonsretten over rett og galt, godt og dårlig.

Folkehelsearbeid står derfor overfor en stor utfordring med tanke på å ikke bare identifisere tiltak som fungerer, men også hvordan.

HKV SOM EN BREKKSTANG

Slik HKV har blitt utviklet som et verktøy i kommunene som har deltatt i dette prosjektet, framstår satsingen som et viktig skritt i riktig retning for å jobbe flerdimensjonalt med folkehelse.

Et gjennomgående tema hos både ledere/koordinatorer og saksbehandlere vi har møtt, i samtlige kommuner og med samtlige varianter av skjema, er at det nyutviklede verktøyet for å gjennomføre helsekonsekvensvurderinger egentlig ikke representerer noe nytt. Utsagn som "dette har vi gjort lenge" har gått igjen i de aller fleste av intervjuene. Dette viser til allerede eksisterende krav om inkludering av avsnitt om folkehelse i all politisk saksbehandling. Dette følger av det tverrpolitiske slagordet "folkehelse i alt vi gjør". Men en ting som har vært utfordrende fram til nå, er at folkehelse har vært "alt" og dermed også ingenting.

Jeg synes at folkehelse er det viktigste som finnes! Men jeg synes det er vanskelig å kalle noe for folkehelsearbeid. Folkehelse er ikke noe konkret man gjør - alt har folkehelse i seg

(sitat: saksbehandler)

HKV'ene har, i lys av dette, framstått for både ledere/koordinatorer og saksbehandlere som et grep som ikke bare tydeligere enn før operasjonaliserer hva det handler om, men også gir dem en tydelig retning og konkrete oppgaver

å forholde seg til. Et verktøy i reell forstand. Det vil si at den tematiske inndelingen av skjemaet som skal legges til grunn i helsekonsekvensvurderinger ikke nødvendigvis er den viktigste, men at systematiseringen av arbeidet er vel så viktig. Kanskje viktigst.

Sykkelveier og aktivitet, støy og luft og sånt har vi veldig fokus på i forbindelse med reguleringsplaner. Det er veldig ivaretatt. Men det som har med møteplasser, sosial inkludering, følelse av trygghet og ulikhet å gjøre – vurderinger om beslutninger vil utjevne eller forsterke sosiale forskjeller - har lett for å glippe. I dette skjemaet er imidlertid sosial ulikhet med som en egen kolonne, som vi skal fylle med innhold, så det er veldig bra

(sitat: saksbehandler)

Det blir imidlertid påpekt av flere, at verktøyet ikke står for seg selv – det vil si, det er ikke selvforklarende. Det vil derfor være viktig å jobbe aktivt med både forankring på øverste nivå og utvikling av veileder som gjør det klart hva som skal vurderes hvor og hvorfor

PROBLEMSKAPENDE VS. KONSTRUKTIVT VERKTØY

Det kan imidlertid virke som at ikke alle saker er like aktuelle for HKV. Dette skyldes på den ene siden at saksbehandling i enkelte tilfeller er strengt regulert av rigide retningslinjer, og at det derfor kan være utfordrende å få plass til vurderingene innen eksisterende rammer.

Det er positivt for saken av vi tenker mer nøye gjennom konsekvenser, at vi bruker mer tid. Tabellen som vi bruker er oversiktlig og grei å fylle ut, men den kan sikkert virke vanskelig for dem som ikke vet hvorfor og hvordan de skal bruke den. Men det er jo ikke alle saker som er like relevante, som takhøyde, flaggstang, gjerder og så videre. det kan kanskje føles litt voldsomt

(sitat: saksbehandler)

Vi har fått tildelt skjemaet for HKV til bruk i saksbehandling, men vi har ikke brukt det. Grunnen til det er at vi mener at de temaene som er relevante allerede i stor grad fanges opp av det som vi skal og får belyst i plandokumentene. Når det gjelder det som går på livsstilsfaktorer, som kosthold, alkohol og så videre, så jo ikke det så relevant for de fysiske omgivelsene. Det er vanskelig å regulere sånne ting, i hvert fall direkte. Det samme gjelder sosiale faktorer som tilhørighet, isolasjon og integrering – dette er jo ikke noe man regulerer gjennom plan- og bygningsloven

(sitat: saksbehandler)

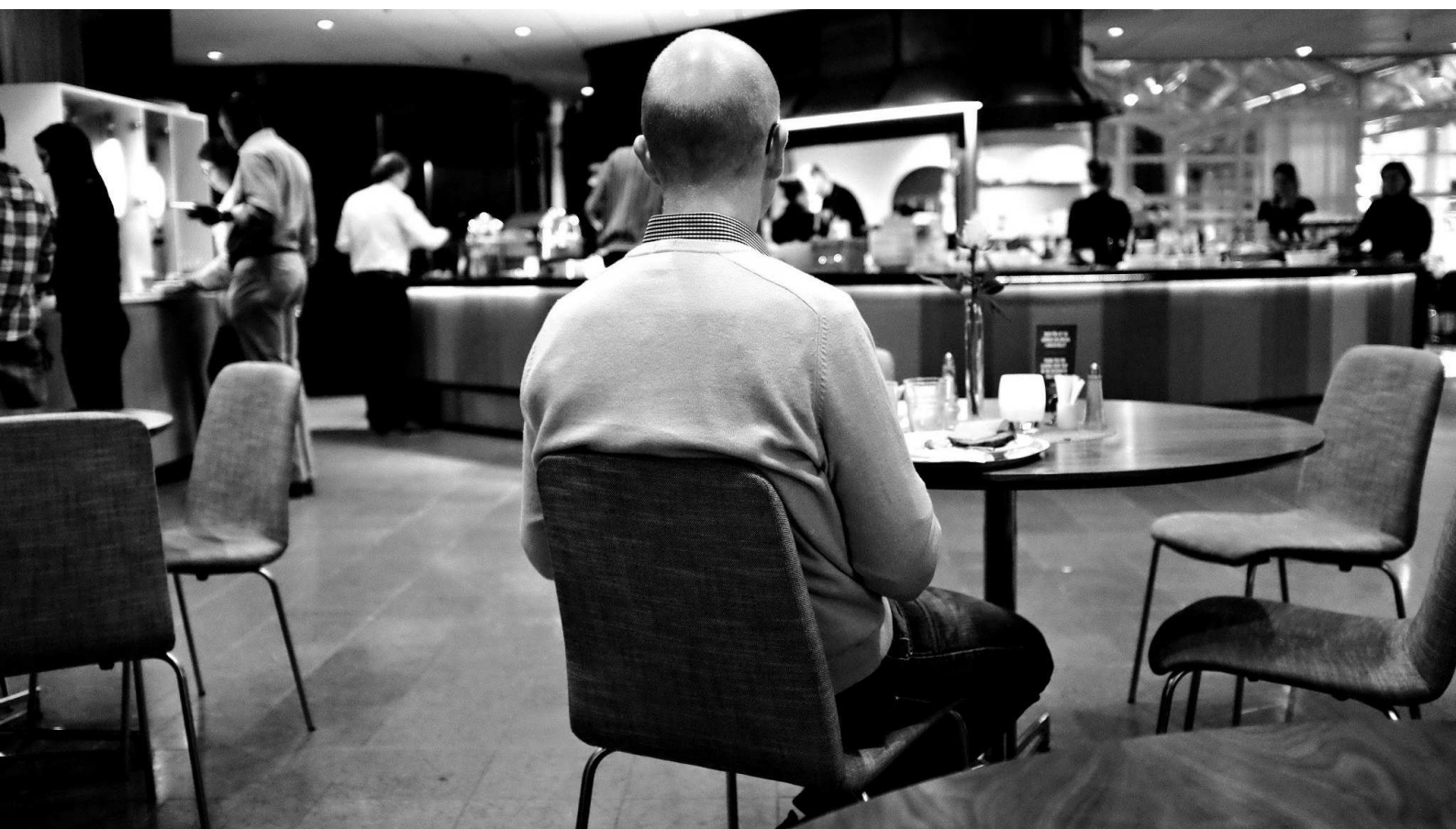
På den andre siden er det viktig å skille mellom hva rammene faktisk tillater, og hva den aktuelle saksbehandleren oppfatter at rammene tillater. Men det er viktig å ikke utfordre rammene for mye. Som nevnt går vi fra et perspektiv der folkehelse er både alt og ingenting, til et operasjonaliserende verktøy som skal fungere retningsgivende i saksbehandling. Dersom gjerder og flaggstenger skal underlegges strenge helsekonsekvensvurderinger, risikerer en å tape muligheten til å bruke HKV som en brekkstang inn i et komplisert område for kommunal saksbehandling. Samtidig er det viktig å tillate seg å utfordre hvilke saker som er relevante også.

Jeg har bare prøvd skjemaet i to saker, og det gikk greit. Jeg har imidlertid ikke folkehelebakgrunn, er ikke sosiolog som deg [henviser til utreders faglige bakgrunn og samfunnsvitenskapelig forståelse generelt]. Jeg har naturvitenskapelig fagbakgrunn. Men folkehelse dreier seg jo om sunn fornuft. Selv om det sikkert er ting jeg ikke har fått med meg - at det kan være kjente sosiale negative ting som ikke jeg kjenner til

(sitat: saksbehandler)

Det vil potensielt være store forskjeller mellom hvordan ulike saksbehandlere tolker nytteverdien av en HKV i en sak, avhengig av om de faglig befinner seg på "hjemmebane" eller "bortebane" (se eget kapittel i denne rapporten). At det tas høyde for ulike fagbakgrunner og individuelle variasjoner – både med tanke på kunnskap og foretrukne arbeidsmetoder – blant saksbehandlere når rammeforståelsen for HKV utvikles, vil være viktig. "En av grunnene til at så mange løsninger ikke fungerer eller ikke

lar seg implementere, er at forskjeller i hvordan involverte aktører tenker om dem har blitt ignorert” (Hofstede med kolleger [egen oversettelse], 2010: 4). Når vi problematiserer helsekonsekvenser med sosial ulikhet, så er det basert på at mennesker tilhører samfunn og at samfunn er komplekse. Men det er viktig å ikke glemme at ledere/koordinatører og saksbehandlere i kommuner også tilhører disse komplekse samfunnsforholdene, og derfor ikke må betraktes som en homogen masse (ibid: 25).



4.2. STOR / LITEN

Da vi kom på vårt første besøk til en av de mindre kommunene som har deltatt i prosjektet vårt startet vi med et formøte med en leder/koordinator der. Vedkommende fortalte oss:

Det er jo alltid litt skummelt for oss å være med på slike prosjekter. De andre gjør det alltid så bra. Når vi er på samlinger så vet de så mye og prater så bra og kan dette med folkehelse så godt. Og de er alltid så godt forberedt og skriver så bra rapporter, som er skikkelig utreda og gode faglige. Og de ser jo så bra ut, utrolig flott design og flotte grafer og masse statistikk som er flott presentert og sånn. Våre ting ser jo ut som en helt middels semesteroppgave noen har laga på en bachelorgrad eller noe slikt. Men det er jo ikke så rart for de har jo like mye folk i planstaben sin som vi har i hele administrasjonen nesten. Det sitter jo dedikerte saksbehandlere som kan faget sitt skikkelig godt og jobber bare med de greiene der. Men jeg har jo ingen andre, jeg må gjøre mesteparten selv i tillegg til åtte andre oppgaver som jeg har gående samtidig

(sitat: leder/koordinator).

Sitatet over forteller noe om hvordan det er når kommuner av ulik størrelse og med ulike administrative ressurser møtes til felles deltakelse i et prosjekt som det vi har fulgt. Kommunene har gjennom hele prosjektet tett kontakt med hverandre og fylkeskommunen, for felles erfaringsutveksling. Og det å samarbeide med de store hadde noen fra de små kommunene vært med på før, og hadde en viss erfaring med at de små og de store går inn i slike prosjekter med ulike forutsetninger. Sitatet viser oss at den aktuelle leder/koordinator hadde en viss følelse av underlegenhet som små kommuner kan ha i møtet med større kommuner der staben er mer spesialisert og kan tillate seg å gjøre dypdykk enkelte arbeidsoppgaver.

Dette kan i utgangspunktet se ut som et flammende innlegg for store robuste kommuner. Men samtalen som sitatet stammer fra gikk videre og vi spurte om de små kommuneadministrasjonene også hadde noen fordeler som de store ikke har. Og flere eksempler kom frem. Det at de store kommunene har så store, spesialiserte team har også noen ulemper, mente leder/koordinator. Det skal kanskje mer til å få til god kommunikasjon

mellom enhetene. I denne kommunen har alle i lederteamet mange ulike roller og prater med hverandre hele tiden, mange ganger om dagen. Alle har kontorer nær hverandre. Og alle vet om hvilke prosjekter som går til en hver tid. Det er lett å spre informasjon på tvers av sektorene i kommunen.

Basert på denne samtalen tok vi med oss en dimensjon inn i undersøkelsen vår. Er det forskjell på å skulle prøve ut et verktøy som HKV i små og store kommuner? Og litt mer grunnleggende: Er det forskjell på å drive folkehelsearbeid i små og store kommuner? Vi innså raskt at for å svare skikkelig på dette spørsmålet må det større undersøkelser til, ideelt sett en stor kvantitativ undersøkelse slik vi også anbefaler i avslutningen av denne rapporten. Men vi tok likevel med oss spørsmålet om størrelse på kommuneadministrasjonen inn i møtene våre med kommunene, og gjorde noen interessante observasjoner. Slik vi også orienterer om i innledningen er dette skrevet først og fremst for at andre kommuner som vurderer å prøve ut eller implementere HKV skal kunne nyttiggjøre seg av de erfaringene som kom frem i dette prosjektet. Derfor har vi her brukt en form for idealtypisk fremstilling, der vi legger vekt på enkeltelementer som andre kan lære av, og legger mindre vekt på andre elementer. Teksten er altså ikke ment som en mest mulig korrekt dokumentasjon av hva som faktisk har hendt i den enkelte kommune, men som en fremstilling der enkelte elementer har blitt trukket frem for at andre skal kunne lære av dem.

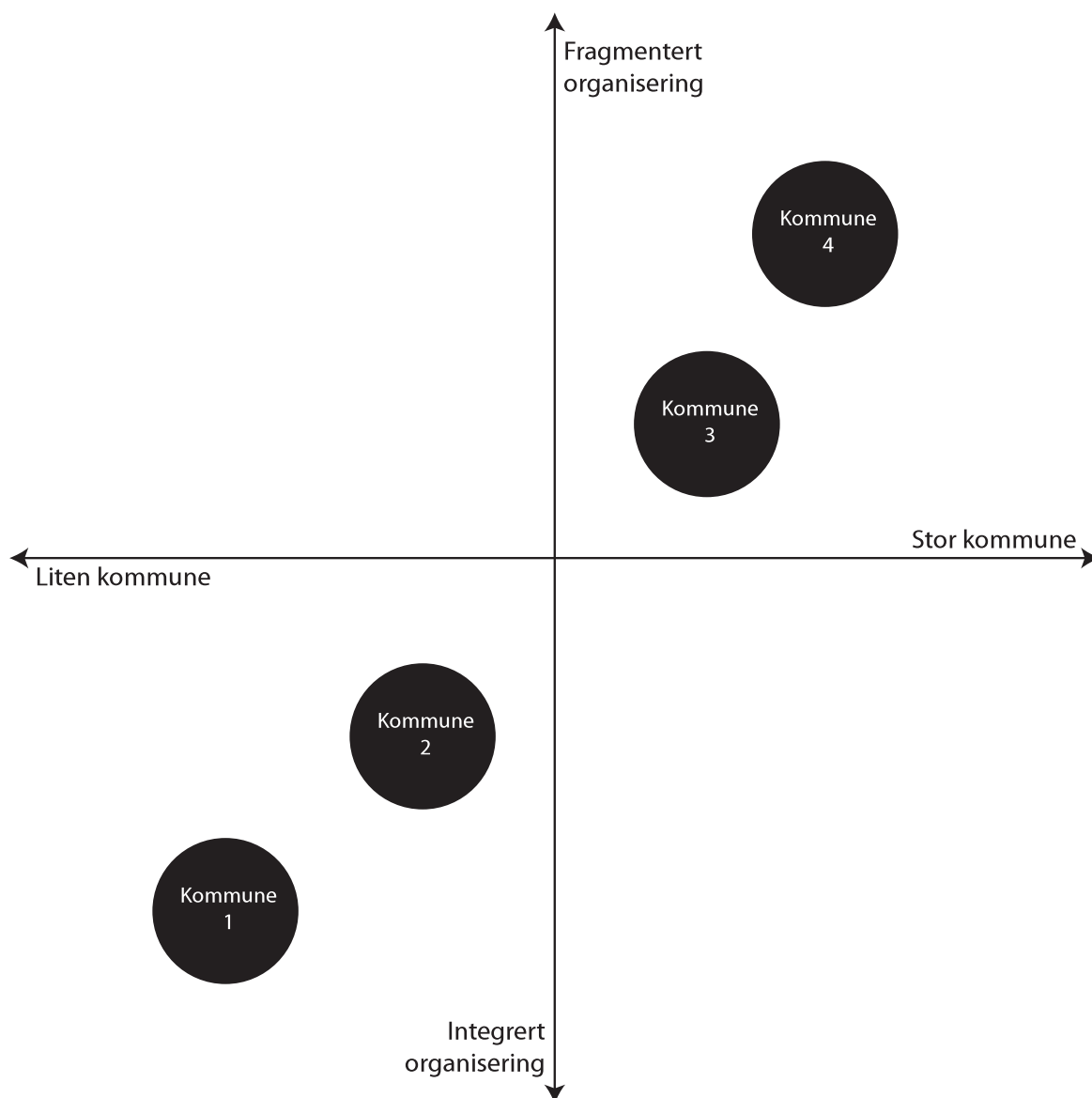
NABOKONTORET HØRER ALT

Antakelsen om at små kommuner har god informasjonsflyt blir bekreftet i intervjuene våre, særlig fra informanter som jobber i små kommuner selv. Flere er enige i beskrivelsene om at det er enkelt å få med seg hva andre enheter driver med. De rapporterer også at det er lettere å se prosjekter og aktiviteter som foregår i andre deler av kommunen i sammenheng med sitt eget virke, fordi en ofte vet ganske mye om hvilke prosjekter som til en hver tid foregår. I motsatt tilfelle rapporterte saksbehandlere fra de større kommunene om at det kreves større innsats for å få til kommunikasjon og for å få den oversikten som man i små kommuner får gratis på grunn av små forhold. Man må kanskje opprette formelle strukturer som faste tverrfaglige møteplasser, eller faktisk ta kontakt i den hensikt å bli orientert, noe som ikke skjer like naturlig som en tilfeldig prat i gangen eller rundt lunsjbordet. Men der de mindre kommunene gjerne

tar slik kompetanseflyt i hverdagen for gitt, og som en naturlig del av hverdagen, er de større kommunene mer tydelige på nytteverdien når de først setter seg ned rundt samme bord:

Når vi har kommet sammen med andre avdelinger, så finner vi ut at vi jobber med mange av de samme spørsmålene, mot de samme målgruppene, og at innspill på tvers av fag og sektor er nyttig for å gjøre eget arbeid bedre

(sitat: saksbehandler)



Figur 1: kommunestørrelse og organisering

² Det er en viktig presisering at plasseringen av kommunene i denne figuren kun er basert på det vi vet fra de observasjonene som er gjort i dette prosjektet, og kun er ment som eksempel som andre kommuner kan bruke for egen refleksjon. En «korrekt» plassering i denne figuren vil kreve betydelig større undersøkelser, og er kanskje ikke mulig å få til i det hele tatt. Likevel mener vi figuren er nyttig å ha med i rapporten fordi den kan fungere som et verktøy i utprøvingen av HKV.

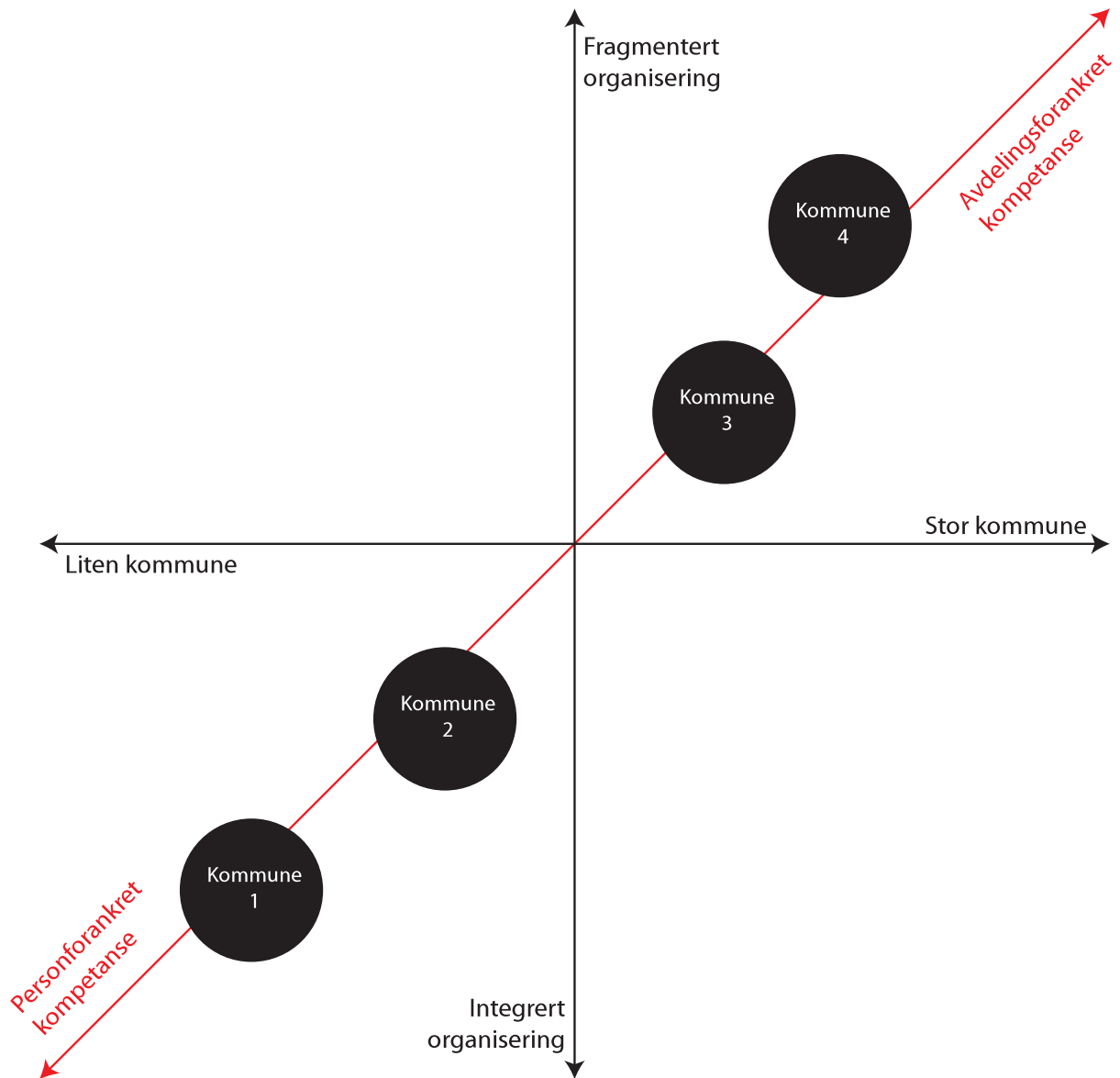
I små kommuner tjener en på at innsatsen som skal til for å få andre enheter til å ta hensyn til prosjekter ofte ikke er så stor, da man opplever at kjennskapen til at noe er på gang allerede er tilstede. Basert på disse observasjonene utledet vi et bilde² av kommunene fordelt langs to akser: På den ene siden etter kommunens størrelse, og på den andre hvordan kompetansen var organisert (se figur 1).

Videre i dette kapitlet vil vi ta utgangspunkt i denne figuren og greie ut om ulike aspekter ved de to aksene, da vi gjennom intervjuene kan identifisere flere grunner til at det kan være slik.

PERSONFORANKRET ELLER STRUKTURFORANKRET?

En forskjell som kom frem i intervjuene er om ansvaret for å utføre en oppgave blir oppfattet til å være person- eller avdelingsstrukturforankret. Det kan, særlig sett i lys av punktene over, se ut som dette er relatert til kommunestørrelse og strukturelle forhold som henger sammen med størrelse. Et eksempel på hva vi mener med personforankring kommer frem i det følgende:

Når vi diskuterer samarbeid om HKV'ene beskriver informanter fra de små kommunene samarbeid med *personer*. «Jamen det fisker jo ho Berit», sier en informant på spørsmål om å kalle inn ekstern kompetanse i en vurdering. Hvor Astrid hentes inn fra er ikke så interessant, det er hva hun kan som er relevant. Motsetningen, avdelingsforankringen, kan illustreres med det en saksbehandler i en stor kommune svarer til det samme spørsmålet: «Nei det får oppvekst ta seg av». Videre ser han på vurderingen som ikke relevant for sitt saksområde, siden den sorterer under en annen enhet, og ser ikke relevansen med å ta med en slik vurdering i sin saksbehandling. Det går, med andre ord en skråstilt akse gjennom krysningsfeltet over, mellom avdelingsforankret kompetanse og personforankret kompetanse (se figur 2).



Figur 2: forankring av kompetanse

I de store kommunene er kompetanse knyttet til organisatoriske enheter. Ønsker man kontakt med et kompetanse- eller myndighetsfelt tar man kontakt med enheten, ikke enkeltpersoner. Skal man i en HKV vite noe om konsekvenser for skolebarn eller barnehagedrift henvender man seg til oppvekstenheten som enhet. I de små kommunene er derimot utførelse i større grad knyttet til enkeltpersoner. Trenger

man hjelp til et spesielt tema i en HKV går man direkte til en person og hopper over enhetsleddet. Selvsagt finnes det også personlige kontakter også i en stor kommune, og formelle henvendelser i de små. Når vi sammenligner det som blir rapportert i intervjuene våre trer forskjellen likevel tydelig frem.

Den viktigste utfordringen med personalforankret kompetanse, er hvis vedkommende slutter i jobben sin. Da kan det oppstå problemer knyttet til et plutselig "hull" i kommunens kompetanseportefølje. Når kompetanse ikke har blitt formalisert og knyttet til en organisatorisk struktur blir den mindre eksplisitt synlig, og kommunen blir sårbar. Ved avskjed tar eksperten rett og slett med seg ikke bare kompetansen, men i verste fall kanskje også bevisstheten og ansvaret for at oppgaven blir utført med seg ut av organisasjonen. Den viktigste utfordringen knyttet til avdelingsforankret kompetanse, er at kompetanse generaliseres til retningslinjer alle skal kunne håndtere, med et tydelig skille mellom hva som er innenfor og hva som er utenfor.

MANGE HATTER

Uttrykket «jeg har jo så mange hatter» går igjen i samtalene, særlig med ledere/koordinatorer, men også i noen grad hos saksbehandlere uten lederansvar. Lederteamene i de små kommunene består av få personer, og de mange oppgavene en kommune har er fordelt på få personer. Kommunale ansvarsområder som i de store kommunene er organisert som ulike enheter, kan i de små ligge under samme enhet. På grunn av dette kan ledere/koordinatorer som jobber med helse- eller oppveksttematikkk også være ansvarlig for planprosesser, kultur eller næring. Et generelt utviklingstrekk for norske kommuner de siste 20 årene har vært store endringsprosesser, omorganiseringer og reformer (Christensen med kolleger, 2014, s 162-167). Endringene har både hatt konsekvenser for saksbehandling, for eksempel i form av en sterkere rettighetsfesting med tanke på hva innbyggere kan forvente seg av kommunen, men også vært av mer organisatorisk art initiert av kommunene selv.

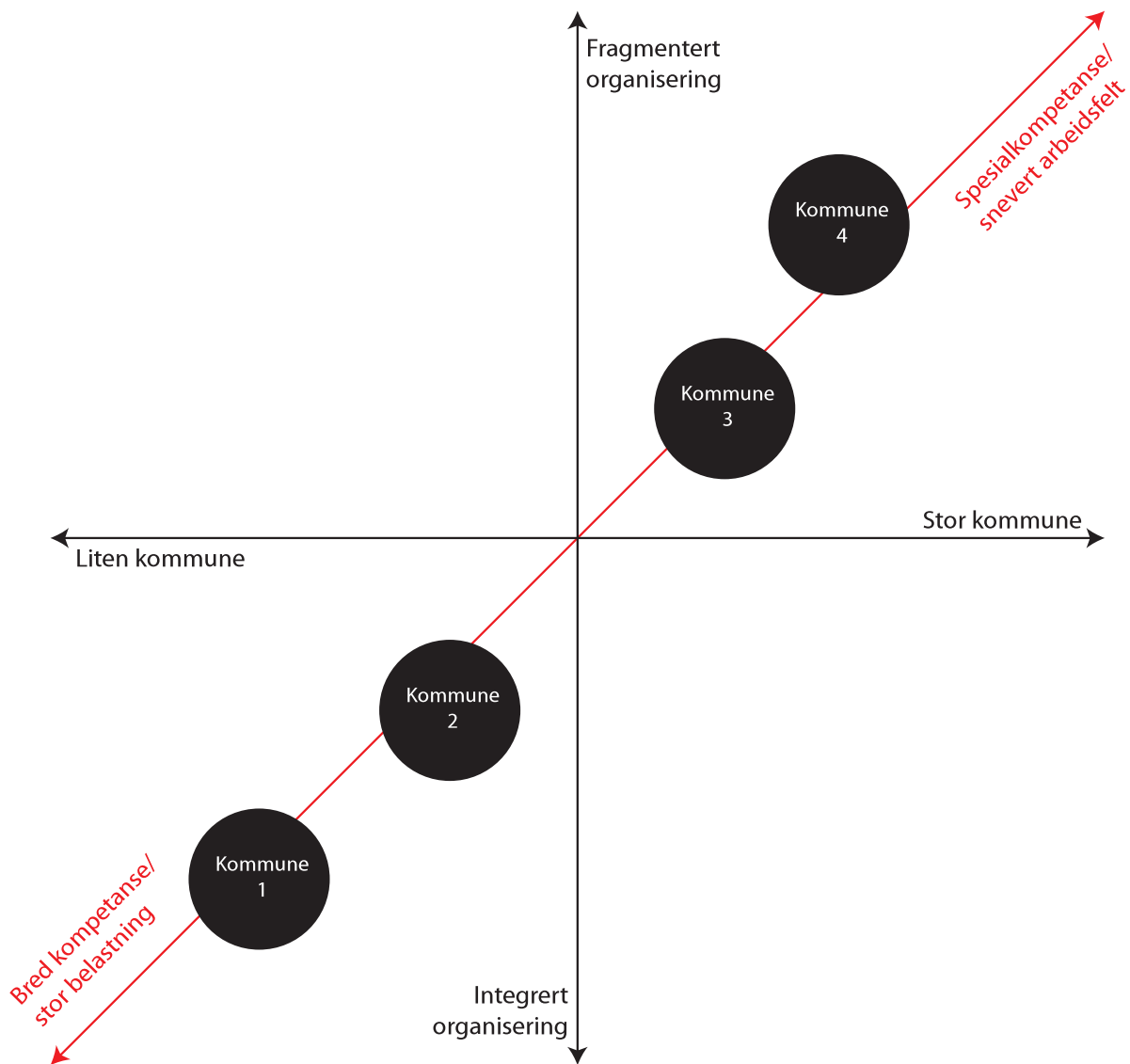
³ For en større diskusjon om Whole-of-government, se følgerapporten til denne rapporten, Arve Negaards kunnskapsoppsummering om helsekonsekvensutredninger

⁴ En av anbefalingene våre for videre utredningsprosjekter er å gjøre en bred undersøkelse av folkehelsekoordinatorrollen i norske kommuner.

De senere år har vi også sett et sterkt fokus på samhandling og fellesskapstenking, som folkehelsearbeid er et viktig eksempel på – en utviklingstrend som i litteraturen blant annet er omtalt som The Whole-of-government approach (for eksempel Christensen og Læg Reid, 2007)³. Denne utviklingen i kommunene har ført til behov for nye typer kompetanse i de kommunale administrasjonene, og eksempler fra de små kommunene i vårt materiale viser oss at slike funksjoner kan bli lagt til noen som allerede er i lederteamet, og som har betydelige oppgaver fra før. Et godt eksempel på dette er folkehelsekoordinatorrollen⁴. Ved at koordinatoransvaret for folkehelsearbeidet ligger hos en leder/koordinator med betydelig innsikt og ansvar for andre prosesser i kommunen gjør selvsagt at det er lettere å la folkehelseperspektivet påvirke annen kommunal saksbehandling. Helse i alt blir dermed kanskje en mer realistisk formulering.

En utfordring med alle disse "hattene", kan imidlertid være at leder/koordinator som har ansvar for mye selv velger å gjøre det som skal gjøres framfor å delegere. Dette gjør det også vanskelig å spre kompetanse i organisasjonen, som fører til stor belastning på enkeltpersoner i små kommuner, og "snevert" avdelingsfokus i større (se figur 3).





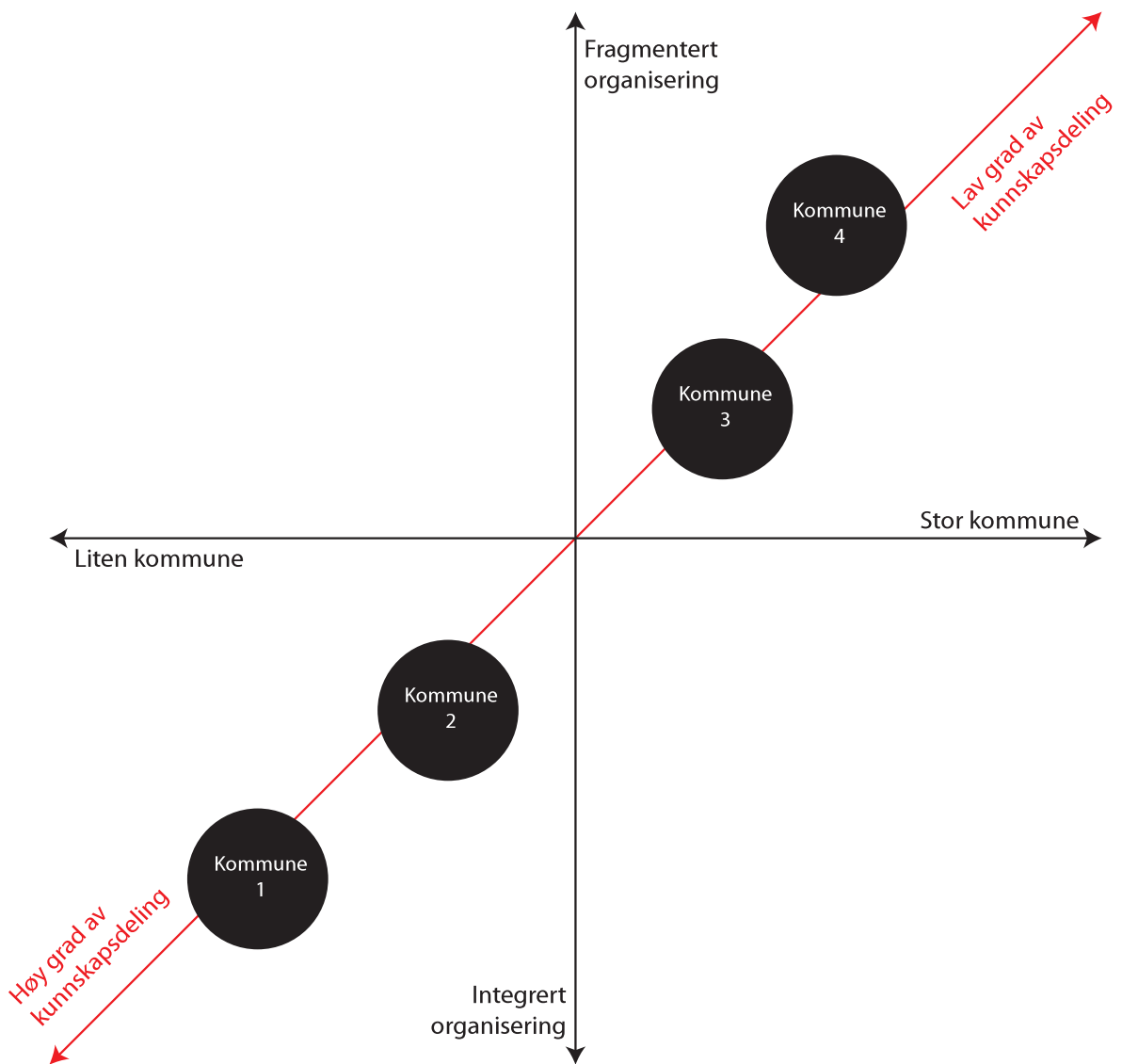
Figur 3: bredt VS. snevert arbeidsområde

RAPPORTEN HAVNER ALDRI I SKUFFEN

Fra arbeid vi har gjort tidligere i store kommuner i Østfold vet vi at saksbehandlere føler at det gode, men også ressurskrevende arbeidet de legger ned i analyser og rapporter, med påfølgende planer og strategier, kanskje ikke blir implementert, og at dette er en kilde til betydelig frustrasjon hos enkelte saksbehandlere (se for eksempel Berge med kolleger, 2012).

En leder/koordinator i en stor kommune uttrykte det slik da vi diskuterte samarbeid på tvers av enheter omkring HKV-

skjemaet: «Jeg samarbeider lett med de som sitter nær meg men mindre godt med de som sitter lengre unna», og henviste til at bygningen kommuneadministrasjonen sitter i er stor, både i utstrekning og høyde. Samarbeid oppstår like gjerne som et resultat av fysisk nærhet som av tematisk relevant, forteller han. I de små kommunene ble dette med fysisk nærhet til de man skal samarbeide med også trukket frem, men da som en styrke.



Figur 4: kunnskapsdeling

«Vi sitter her i en liten gang alle sammen (i lederteamet, intervjuers bemerkning). Og de vi ikke møter, det er jo andre saksbehandlere og sånn, de møter vi jo alle sammen nede i den lille kantina vår. Det er liksom ingen sånne veldig tydelige klikker her hos oss.» Informanten går videre med å fortelle at interessen for hverandres arbeid blir opprettholdt ved at alle til en hver tid vet hva alle driver med. Og på denne måten blir man også interessert i resultatene av arbeidet. Man lurte på hvordan det var å møte de andre på fylkeshuset til det heldagsseminaret, eller hvordan man ligger an med den rapporten man skriver. Og når rapporten er skrevet «havner den aldri i skuffen» som en informant uttrykte det (se figur 4).

RÅD TIL KOMMUNENE

Intervjuene har vist oss at det finnes styrker og svakheter med både små og store kommuner, med både integrert og fragmentert organisering. I arbeidet med utprøving av HKV i saksbehandling vil det være viktig å ha en reflektert holdning til sin egen kommune; hvordan plasserer vi oss i rommet mellom de to aksene over? Og hva har det å si for oss at vi plasserer oss der vi gjør? Kan vi motarbeide noen av de negative konsekvensene ved å være organisert som vi er, eller ta vare på noen av styrkene?

Noen ganger kan det være viktig med et blikk utenfra for å få riktig grep om hvor man som organisasjon plasserer seg i slike figurer som over. Det å bringe inn kolleger fra andre deler av organisasjonen, eller fra andre kommuner, kan være en god ide.

4.3. GRAD AV EIERSKAP

Skjemaene som er utviklet for helsekonsekvensvurderinger skal først og fremst være et verktøy for saksbehandlere i saksbehandling. Når vi analyserer intervjuene vi har gjort med saksbehandlere og leder/koordinator i testkommunene, ser vi at eierskap til verktøyet ser ut til å være en sentral dimensjon når det gjelder hvordan skjemaet blir mottatt på saksbehandlernivå og fungerer i praksis.

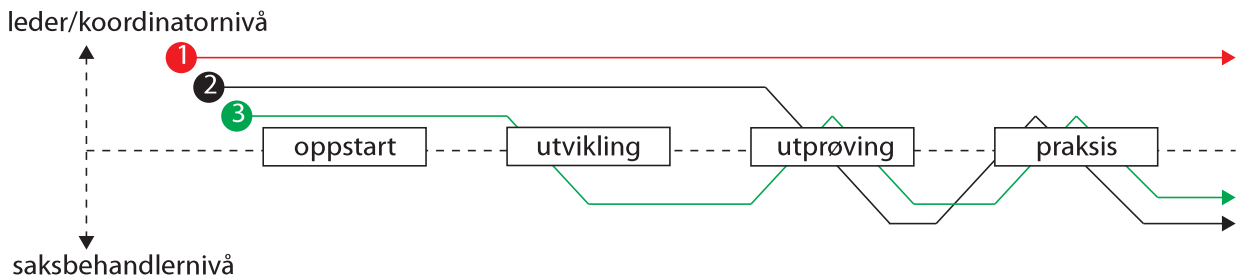
Eierskap i denne sammenhengen knytter seg sterkt til saksbehandlers grad av involvering i utviklingen og utprøvingen av verktøyet, samt prosessene rundt bruken av det. Dette har med organisering og arbeidsdeling å gjøre. I våre undersøkelser har vi identifisert tre ulike modeller. Modellene forteller om tre ulike måter saksbehandlere blir involvert på, som får tre ulike utslag i forhold til hvordan skjemaet blir oppfattet.

Den første modellen er leder/koordinatorstyrt, og legger til grunn at alt som har med verktøyet å gjøre er en leder/koordinatoroppgave. Det innebærer at folkehelsekoordinator har utviklet verktøyet, selv tatt ansvaret for å benytte verktøyet i en folkehelsekonsekvensvurdering av den aktuelle saken, og implementert sin konklusjon i sakspapirene.

Den andre modellen legger til grunn en arbeidsdeling, der utviklingen av verktøyet er definert som en leder/koordinatoroppgave og bruken av det en oppgave for saksbehandler. Det innebærer at saksbehandler ikke har hatt noen påvirkningskraft på selve verktøyet, men har blitt pålagt å benytte det i folkehelsekonsekvensvurdering av den aktuelle saken, og stått alene om å utlede konklusjonene som har blitt implementert i sakspapirene.

Den tredje modellen legger til grunn et samarbeid mellom leder/koordinator og saksbehandler. Det innebærer at folkehelsekoordinator har samarbeidet med saksbehandler om utviklingen og utprøvingen av verktøyet. Saksbehandler har så tatt verktøyet i bruk i en folkehelsekonsekvensvurdering av den aktuelle saken – med støtte etter behov fra folkehelsekoordinator – og selv inkludert sine konklusjoner i sakspapirene.

De tre modellene er illustrert samlet i figur 5 på neste side:



Figur 5: tre modeller for prosess

Avhengig av hvilken modell som er blitt lagt til grunn, finner vi tilsvarende tydelig posisjonering overfor verktøyet.

LEDER/KOORDINATORSTYRT MODELL

Der folkehelsekonsekvensvurderingen er forvaltet som en leder/koordinatortoppgave og holdt utenfor saksbehandlers arbeidshverdag, er saksbehandler også relativt uvitende om hva dette handler om.

Hvilket verktøy? (...) Jeg har ikke fått noe skjema

(sitat: saksbehandler)

Saksbehandleren hadde verken blitt konsultert eller blitt presentert for skjemaet som folkehelsekoordinator tok i bruk i folkehelsekonsekvensvurderingen. Saksbehandleren opplevde heller ikke at saksbehandlingen ble tilført noe nytt i forhold til tidligere saker.

Folkehelsekonsekvensvurdering er foretatt av folkehelserådgiver, som fikk søknaden til uttalelse. Så lagde hun en betenkning på det, som kom inn i saken

(sitat: saksbehandler)

ARBEIDSDELINGSMODELL

Der en tydelig arbeidsdeling var lagt til grunn, hvor leder/koordinator utviklet verktøyet/malen og saksbehandler testet den ut, fant vi først og fremst motstand. Denne motstanden handlet om manglende forståelse for nytteverdien verktøyet/malen.

Vi har fått det, men vi har ikke brukt det. Grunnen til det, er at vi mener at det i stor grad fanges opp av de temaene som vi får belyst i plandokumentene. Ja. Uavhengig av dette her

(sitat: saksbehandler)

Deler av grunnen til dette finner vi i selve saksområdet den aktuelle saken faller inn under - et område som i større grad enn mange andre er preget av tydelige retningslinjer (se også neste kapittel: Sterkt regulert/svakt regulert). Men vi fant også forskjeller i posisjonering overfor verktøyet blant ulike saksbehandlere i samme kommune, der saksbehandler som hadde blitt involvert i utviklingen stilte seg positiv til verktøyet. Også i tilsvarende saker. Saksbehandler som ikke hadde blitt konsultert i utviklingen av verktøyet opplevde imidlertid ingen nytteverdi i det. Grunnen var at de temaene som ble vurdert som relevante for saksbehandlingen ble oppfattet som dekket opp for i eksisterende rutiner og retningslinjer. Øvrige temaer ble oppfattet som irrelevante – eventuelt som noe andre avdelinger eller andre ledd i prosessen burde ta seg av – og derfor ikke vurdert.

Skal vi ta inn sosiale forhold, så er vi avhengig av at noen forklarer for oss hva vi skal gjøre, hva vi skal endre på og så videre

(sitat: saksbehandler)

SAMARBEIDSMODELL

Kontrasten mellom de to foregående nivåene og denne siste er påfallende. Der leder/koordinator har involvert saksbehandler i utviklingen av verktøyet/malen som skal tas i bruk i saksbehandling, er innstillingen positiv.

Vi har snakket om hvordan vi skal lage verktøyet og videreutvikle det systemet vi hadde fra før. Deretter testet vi ut dette i tre saker, hvor jeg hadde saksbehandlingen i to av dem (...) Det er positivt for saken av vi tenker mer gjennom ting og bruker mer tid. Tabellen er oversiktlig og grei å fylle ut

(sitat: saksbehandler)

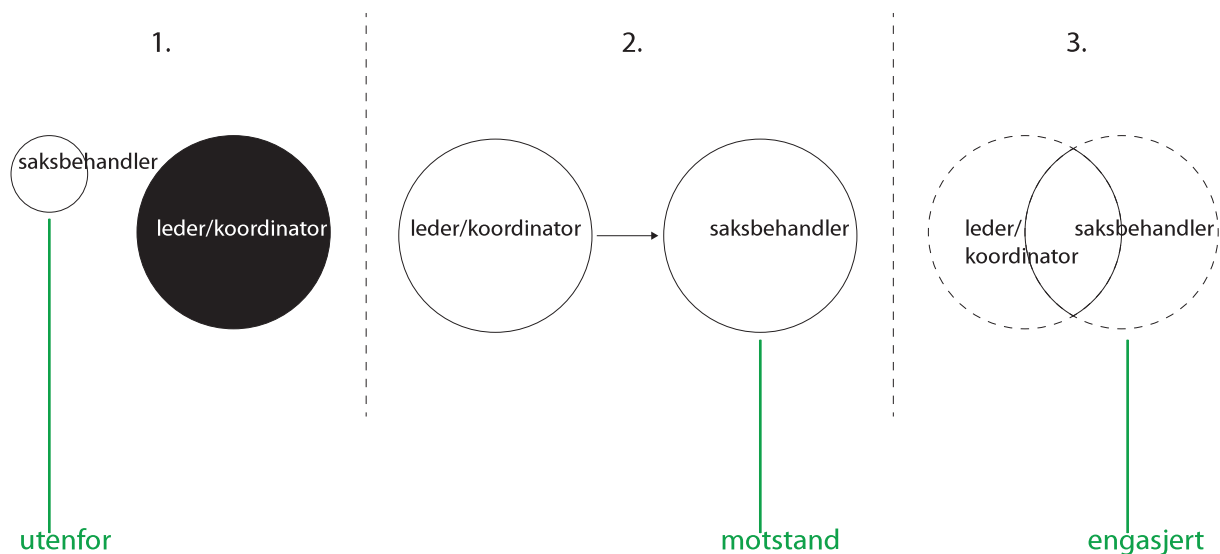
Positiviteten handler ikke bare om at verktøyet fungerer godt, men også om at dette er litt "mitt". Saksbehandlerne som har blitt involvert i utviklingen har, i motsetning til dem som ikke har blitt involvert, utviklet et eierskap som tydelig mangler for de øvrige.

Med (verktøyet) har jeg som saksbehandler vært nødt til å tenke gjennom flere sider ved folkehelse og konsekvenser. Verktøyet som vi har landet på, pålegger meg å tenke gjennom hvilke konsekvenser en slik stor sak vil ha (...) Det utfordrer kompetansen. Jeg er komfortabel med det, men jeg er interessert i det. Jeg vet at det er mange som synes det er utfordrende. Fordi de ikke synes det er relevant. Jeg tror det skyldes at de ikke helt vet hva det er, hva folkehelse handler om. De skjønner ikke relevansen. Opplæring og kompetanse er alfa omega

(sitat: saksbehandler)

OVERORDNET

Vi ser her at de tre ulike modellene for organisering rundt verktøyet – både i utvikling og i praktisk bruk – utleirer tre tydelige saksbehandlerposisjoner (se figur 6). Vi gjør oppmerksom på at disse posisjonene ikke utgjør kommuner, men at vi finner variasjoner mellom saksbehandlere innad i kommunene også:



Figur 6: tre saksbehandlerposisjoner

De som verken er involvert i utviklingen av verktøy står naturlig nok utenfor, og til tross for at konklusjonen inkluderes i saken så oppleves det som på siden av hva de driver med. Det betyr ikke at de stiller seg utenfor folkehelseperspektivet, men at denne konkrete vinklingen og grepet om folkehelse ikke er noe de har grep om. Det skal imidlertid påpekes at det ikke innebærer at saksbehandler ikke er for satsingen og for bedre grep om helsekonsekvensvurderinger, inkludert sosiale forskjeller. Tvert

imot. Men overfor HKV spesifikt, er det en utenforstående posisjon.

De som får overlevert et verktøy som de ikke har fått påvirke utviklingen av, ser ikke helt hvordan dette tilfører arbeidet deres noe positivt. Noe kjenner de igjen relevansen av, men det er fordi det sammenfaller med eksisterende rutiner/retningslinjer. Alt øvrig oppleves som unødvendig og tidkrevende. Reaksjonen er derfor motstand. Det skal imidlertid påpekes at det vi kaller motstand, i praksis viser seg som en manglende forståelse for nytteverdi og derfor fravær av ønske om å ta verktøyet i bruk.

Når det gjelder dem som har vært involvert i utviklingen, så har de fått diskutert seg gjennom en rekke spørsmål før verktøyet/malen skal tas i bruk. Det betyr at de både føler at de selv har utviklet rammene for saksbehandling og fått klarhet i relevansen ved tema som tidligere ikke har vært inkludert i saksbehandlingen. Dette skaper et engasjement rundt en tydelig utvikling.

Det er positivt for saken av vi tenker mer gjennom den, bruker mer tid. Tabellen er oversiktlig og grei å fylle ut. Men kan sikkert virke skremmende for dem som ikke vet hvorfor.

(sitat: saksbehandler)

Hvis vi ser på forskjeller mellom de ulike verktøyene/malene i de ulike kommunene, så finner vi ingen tydelige forskjeller. Det vil si at det ikke er noe som tilsier at engasjementet skyldes kvaliteter ved selve verktøyet. Virkningen av eierskapsfølelse til verktøyet virker dermed som åpenbar positiv, og dette kan handle om kontroll og medbestemmelse over egen arbeidshverdag. Men det kan også handle om læring – det vil si, at saksbehandlere tilegner seg viktig kunnskap om folkehelse i selve prosessen, som gjør det tydeligere hvordan verktøyet skal brukes. Vi ser også at det å være involvert i tidlige faser av utprøvningsprosessen er positivt med tanke på hvordan verktøyet blir oppfattet hos saksbehandlerne. Bestemmelsen om at kommunen skal ta i bruk helsekonsekvensvurderinger kan ha blitt tatt uten at saksbehandler har kunnet påvirke det, men hvis saksbehandler blir koblet på prosessen og får lov til å uttale seg om bruken av skjemaet, har dette i vårt materiale en tydelig positiv effekt på hvordan metodikken blir oppfattet. Som en informant sa det:

Jeg var faktisk skikkelig skeptisk da jeg ble fortalt at vi skulle starte å saksbehandle på denne måten. Jeg hadde faktisk til og med bestemt meg før vi hadde det møtet. Men måten du presenterte det på, du sa at poenget med hele dette forsøket var at vi skulle teste ut dette skjemaet. Og du sa det var greit hvis det var sider ved det som vi ikke likte, at det var bra hvis det kom frem for da kunne andre kommuner lære av det, det gjorde at jeg fikk en helt annen holdning. Og nå når jeg har brukt det, klart det har jo svakheter, men jeg synes det er en god ide å gjøre dette for saken blir bedre av det, totalt sett

(sitat: saksbehandler)

RÅD TIL KOMMUNENE

Når vi studerer effekten av saksbehandleres følelse av eierskap til verktøyet, blir det tydelig hvor viktig det er med involvering. Involvering kan imidlertid skje på flere nivåer, i ulike faser, avhengig av hvor langt i arbeidet kommunen har kommet med utprøving av HKV:

- Involvering i form av samarbeid om utvikling av verktøy/mal
- Involvering i form av delaktighet i utprøvningsfase
- Involvering i form av kanaler for tilbakemeldinger om erfaringer med bruk av verktøy/mal
- Involvering i form av bakgrunnsforståelse, for eksempel gjennom opplæring

Når og i hvilken forstand involvering skjer best, avhenger av hvor langt kommunen har kommet med å innarbeide HKV som et verktøy. Poenget er imidlertid enkelt: Dersom saksbehandlere opplever at dette er et verktøy som er tilpasset deres situasjon, som de anerkjenner nytteverdien av, og hvor det har blitt gitt rom for justeringer i henhold til deres erfaringer, vil det styrke bruken av HKV i praksis. Det vil imidlertid være viktig å balansere prosessledelse og involvering, da det sannsynligvis ikke er en god idé at enhver saksbehandler får utvikle sin egen versjon av verktøyet. Involvering handler ikke nødvendigvis om medbestemmelse.

4.4. SVAKT REGULERT / STERKT REGULERT

Denne rapporten inngår i et overordnet prosjekt som har resultert i en rekke rapporter i tillegg til vår. Én av disse rapportene, er en grunnlagsrapport, Kunnskapsoppsummeringen om helsekonsekvensutredninger, som vi har referert til ved flere anledninger. I denne rapporten beskriver Negaard en viktig utfordring knyttet til uttesting av HKV som verktøy i kommunal saksbehandling - spennet mellom svakt og sterkt regulerte myndighetsområder.

Han skriver at en HKV må forholde seg til om saksbehandlingen skjer på et felt som i stor grad er styrt av predefinerte krav til saksbehandlingen, for eksempel gjennom lov eller forskrift, eller om saksbehandlingen foregår i et felt der rammene er "løse" og mer skjønnsbaserte. Negaard eksemplifiserer dette gjennom ulike case som forebygging av legionella, radongass, forebygging av fattigdom og gjenstridige problem i eldreomsorg, psykiatri og rusomsorg som alle plasserer seg på en glideakse mellom regelstyrt og skjønnsbasert (Negaard, 2015: 151-157).

I et introduksjonsmøte vi deltok på i en av kommunene, der saksbehandlere for første gang skulle gjøre seg kjent med skjemaet for HKV-vurdering, ble dette fort et tema.

I møtet, som hadde en uformell tone med høy toleranse for innspill og meninger, brøt en av saksbehandlerne inn. Avbrytelsen kom på et ganske tidlig tidspunkt, mens de ulike vurderingene skjemaet ber saksbehandlere gå gjennom ble vurdert:

Dette er sikkert et veldig bra verktøy og fungerer nok godt for mange i kommunen. Men det er helt ubrukelig for oss. Vi skulle gjerne gjort slike vurderinger, og det er bra å ta hensyn til mye, men vi har ikke rom for det. Vi kan ikke bryte loven for å ta hensyn til det som skjemaet ber oss om. Vi er jo helt styrt av loven i det vi gjør. Det er ikke rom for skjønn

(sitat: saksbehandler).

I et intervju senere i prosessen sier en annen saksbehandler dette:

Det er veldig strenge krav til nøyaktighet i det vi gjør. Vi kan ikke ha støy. Gjør vi feil i saksbehandlingen vår og det blir tatt tak i kan det bli rettssak og slikt. Skjemaet stiller noen spørsmål som for meg blir slik støy, kan du si

(sitat: saksbehandler).

Det er flere fagfelt kommunale saksbehandlere jobber innenfor der et detaljert lovverk gjør at konklusjonene i arbeidet nærmest er gitt. Man må følge loven, og loven gir konklusjonen. Et veldig tydelig eksempel på et slikt felt, er arealplanlegging. Vi opplever at saksbehandlere som arbeider med arealplan, ikke ser folkehelse som et relevant område i det de jobber med. Det betyr ikke at folkehelse er irrelevant i den større sammenhengen, men at dette er oppgaver som faller utenfor deres mandat og stillingsinstrukser. Oppfatningen av at HKV-skjemaet representerte en trussel mot dette stringente regimet var således tydelig fremme i intervjuene våre.

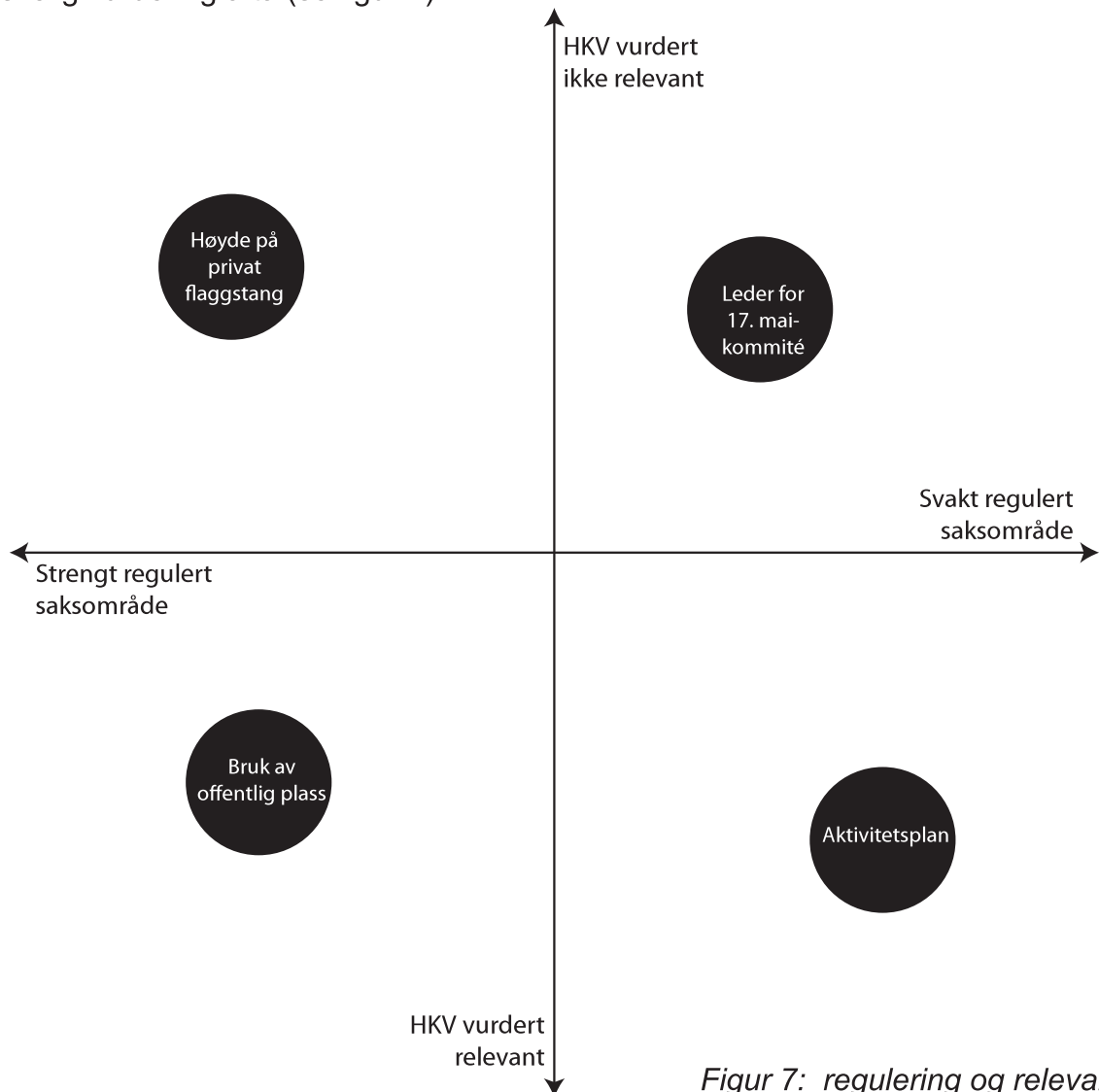
- *Mange vil påstå at planleggingen i dag er komplisert nok. Det er veldig mange temaer, interesser og forhold å ta hensyn til, så det er jo et ganske komplekst område. Og jeg er usikker på i hvilken grad det er relevant å bringe helsekonsekvensvurderinger inn i dette. Det er klart at det vi planlegger av fysiske omgivelser påvirker sosiale forhold, men i hvilken grad vi skal bruke reguleringsplanen til å styre dette, det er jeg usikker på. Det kan være andre virkemidler man bør fokusere på kanskje? Det vi har snakket om, i gruppen vår, er om ikke vi kan vå hjelp av dem som har kompetanse på de ulike temaene som har med folkehelse å gjøre, til å gjøre de vurderingene for oss. Så kan vi bake det inn i saksbehandlingen og saksutredningen. Så i utgangspunktet er det andre i kommunen som må bruke mer tid på dette*

(sitat: saksbehandler).

RÅD TIL KOMMUNENE

Vi finner imidlertid variasjoner i hvordan saksbehandlere opplever relevansen av HKV materialet vårt, også innenfor samme saksområde. Et viktig poeng synes å være å ikke bruke skjemaet

instrumentelt i alle saker. Det er ikke slikt at man trenger en HKV for å vurdere konsekvensen av høyden på en privat flaggstang eller leder av 17.-maikomiteen. Noen saksbehandlere har foreslått muligheten for å gjøre en «innledende» HKV, der man raskt kan avgjøre om man skal kjøre full vurdering eller ikke i den aktuelle saken. Dette kan være et godt alternativ, men samtidig viser våre intervjuer at det da vil være svært viktig å inkludere personer med ulik fagbakgrunn i slike vurderinger, da noe som virker irrelevant for en person innen ett fagfelt kanskje fremstår som svært relevant sett fra et annet fagfelt. Vi har også ved flere anledninger erfart at det å sette i gang en full HKV avdekker konsekvenser man ikke i det hele tatt hadde sett for seg før man satte i gang vurderingen. Vurderingen om man skal igangsette eller ei, uten å ta i bruk hele verktøyet ser derfor ut til å være en vanskelig vurdering å ta (se figur 7).



Figur 7: regulering og relevans

TROEN PÅ HKV'EN

I vårt materiale ser vi også antydninger til en tydelig glidning fra de store til de små kommunene i troen på hvilken effekt arbeidet med HKV vil kunne ha. Men dette kan ha aller mest med saksområde å gjøre - hvorvidt det er sterkt eller svakt regulert.

I den største kommunen er troen på at en HKV kan utrette noe forholdsvis begrenset. Faren for at resultatet er "ingenting" er til stede. «Det er ingenting jeg kan gjøre», gav en saksbehandler oss som svar, når vi spurte om muligheten til å påvirke gjennom HKV'en. I den nest største kommunen er troen på egen innsats like begrenset, men gjennom å alliere seg med andre er det mulig å utrette noe. «Det kan ha en effekt, men da må vi få med noen flere enn meg» er svaret. I den nest minste kommunen er troen på effekten av vurderingen sterkere. «Dette kan jeg få til men da må jeg sloss hardt» svarer en av informantene der. Og i den minste kommunen er optimismen enda større. «Etter å ha testet ut dette verktøyet har jeg fått mer troa på det. Jeg tror faktisk det kan påvirke saker direkte» sier en av informantene.

I alle intervjuene våre tematiserte vi dette, både om HKV kan ha en effekt på kommunen som organisasjon og på kommunen som sted å bo og leve. Hvis vi ser på størrelsen til kommunene vi har vært i plasserer de seg relativt fint på en akse fra stor til liten, målt i antall innbyggere, men dette kan selvsagt være en spuriøs effekt og bør utredes nærmere. Vi finner i alle fall et ønske om at kommunal saksbehandling skal bli bedre på å utjevne sosiale forskjeller i helse. Men uansett om det skyldes kommunistørrelse eller saksområde, er det interessant om svarene på spørsmål om hvilken effekt en HKV kan ha det, sammenfaller.



4.5. BORTEBANE / HJEMMEBANE

HKV-metodikken fordrer en tverrfaglig, helhetlig tenkning rundt saksbehandling. Skjemaet som har blitt prøvd ut i kommunene hopper raskt fra det ene til det andre fagfeltet, og få kommunale saksbehandlere har hverken alene eller i saksbehandlerteamet sitt solid kunnskap til alle. Likevel må man forholde seg til alt om man skal bruke skjemaet. Vi deltok som observatører første gang saksbehandlerne i en kommune skulle utføre en HKV. Siden både selve HKV'en og skjemaet var nytt for de fleste, hadde man organisert et møte der både leder/koordinator og flere saksbehandlere som hørte til det aktuelle saksfeltet var til stede. Målet var at man i løpet av den tre timer lange sesjonen skulle ha gått gjennom hele skjemaet, og fullført en HKV for den aktuelle saken.

I møtet observerte vi at måten saksbehandlerne snakket sammen på endret seg flere ganger undervegs i møtet. Vi så flere små skifter i møteformen, rollefordelingen mellom deltakerne, tonen de snakket med hverandre i. Dette synes vi var både underlig og fascinerende og bestemte oss for å prøve å forstå hva som lå bak. Og analysene våre peker mot at mye av forklaringen kan ligge i det vi har valgt å kalle saksbehandlerteamets Hjemmebane og Bortebane.

BORTEBANEN

Møtet er nå helt løst organisert. Flere samtaler pågår samtidig. En av saksbehandlerne forteller om en dokumentar han har sett på TV for noen uker siden, og får alles oppmerksomhet. Informasjonen fra dokumentaren blir diskutert løst, gitt tilslutning, og en annen saksbehandler hadde også sett deler av dokumentaren. Informasjonen fra dokumentaren blir til slutt tillagt stor vekt i vurderingen under det aktuelle punktet

(egne notater fra feltobservasjon)

Her skal vi, med utgangspunkt i det som skjedde i møtet vi refererer fra, gjøre rede for hva vi forstår som diskursformen bortebane. Deltakerne i møtet, som alle tilhørte samme enhet i kommunen, hadde høy kompetanse både utdanningsmessig og faglig innenfor kjerneområdet som saken omhandlet. Men noen av områdene som skjemaet ba dem ta for seg hadde de hverken formell kompetanse eller saksbehandlererfaring innenfor. Og det var når slike saker ble diskutert at vi observerte diskursformen vi har valgt å kalle bortebane.

Når møtet diskuterte en bortebane-sak var samtalen nokså uorganisert. Det var ingen tydelig møteleder, ingen formell turtaking i forhold til hvem som snakket når, og avbrytelser, korte infill-kommentarer ("ja, ikke sant", "ja det har du jo rett i") kom plutselig inn fra sidelinjen. Og det mest interessante var kanskje måten saksbehandlerne snakket på. Samtalen bar preg av å være mer hverdagslig, mindre profesjonell, mer som en samtale som foregikk rundt et lunsjbord heller enn i et møterom. Argumentene som ble lagt frem var i mindre faglig forankret, man brukte i mye større grad personlige erfaringer eller episoder man hadde hørt fra familie eller venner som begrunnelse for sine syn. Og i dette ligger det også at dialogen bar preg av mer tvetydighet, en mer hentydende stil, og mer forsiktighet i å komme med bastante, tydelige uttalelser om tematikken.

Det at samtalen bar preg av forsiktige og fremforhandlende uttalelser kan ha sammenheng med at saksbehandlerne i diskursformen bortebane i stor grad baserer uttalelsene sine på personlige erfaringer, ikke faglige. Det er lett å hekte en skråsikker uttalelse på en faglig vurdering der en hel profesjonstradisjon står som garantist for gyldigheten av den. Det er mye vanskeligere å være tydelig og lite forbeholden når uttalelsen er basert på en egen opplevelse eller noe man har hørt venner og familie snakke om.

HJEMMEBANEN

«Her er vi jo litt mer hjemme da», sier en av de mer erfarne saksbehandlerne i det møtet skifter tema og kommer inn på konsekvenser for de fysiske forholdene rundt det nye sykehjemmet. Saksbehandlerne retter seg opp i stolen, tar frem papirene igjen og alles oppmerksomhet er umiddelbart rettet mot enhetslederen. Den formelle møtestrukturen er i løpet av sekund gjenopprettet

(egne notater fra feltobservasjon)

Diskursformen hjemmebane oppstår når saksbehandlerne diskuterer den typen saker de er vant til. Det er dette de vanligvis gjør når de driver saksbehandling. Samtalen er effektiv, saklig, faktabasert. Omgangsformen er mer formell, og vanlige regler for møtestruktur blir fulgt. Saksbehandlerne er skjerpet, på hugget. En tydelig rangordning mellom dem kommer også

frem. De eldre, mer erfarne tar sin forventede rolle. De yngre, nyutdannede, inntar sin.

Argumentasjonen som blir ført og begrunnelsene som blir gitt er faglig forankret. Man forutsetter at de andre forstår hva man sier selv om man bruker et avansert språk. Spørsmål og innvendinger som blir reist blir umiddelbart behandlet med svært høy grad av effektivitet og beslutsomhet. Siden utvekslingen er faglig forankret er kritiske bemerkninger til de andre sine innspill helt ufarlig å komme med. Drøftingene er derfor gode, åpne og så lenge man forholder seg saklig har de stor takhøyde. Det er tydelig at saksbehandlerne er godt trent i denne omgangsformen, er trygge på sin egen og hverandre sine roller (se tabell 1 for illustrert forskjell mellom bortebane og hjemmebane).

	Bortebane	Hjemmebane
Møtestruktur	uformell	formell
Argumentasjonsform	folkelig	profesjonell
Erfaringsbase	personlig	faglig
Diskusjonsform	usikker/forsiktig	sikker/direkte
Mål	konsensus	kvalitet

Tabell 1: bortebane / hjemmebane

Tabellen beskriver egenskaper vi har definert ved de to ulike diskursene. Tabellen kan bli brukt i HKV-arbeid som en hjelp til å definere hvilken av de to diskursene man befinner seg i. Er vi på bortebane nå?

RÅD TIL KOMMUNENE

Det at man innenfor folkehelseperspektivet må forholde seg til mer enn bare sitt eget fagfelt har blitt beskrevet som både en styrke og en svakhet, både i overordnede diskusjoner om folkehelsearbeid og i mer spesielle diskusjoner om

helsekonsekvensvurderinger. Whole of government-perspektivet, som fordrer at man ser ut over sin egen enhet, både når det gjelder hva som er definerte mål for arbeidet, og hvordan man skal måle oppnåelse i forhold til disse målene, gir kommunene tydelige utfordringer, som fra et teoretisk perspektiv er beskrevet i detalj i vår følgerapport «Erfaringsoppsummeringen».

Når vi ser bortebanediskursen utspille seg blir det interessant å spørre seg hvilke fora man skal utføre HKV'ene i. Er det nok å involvere flere saksbehandlere, eller må man også se på hvilken faglig eller erfaringsmessig bakgrunn disse saksbehandlerne skal ha? Og hvem skal bestemme hvilke saksbehandlere som skal delta? En av styrkene som vi har avdekket om HKV-skjemaet er at det er godt egnet til å avdekke sider ved saker man ikke har tenkt på før man starter saksbehandlingen. Men dette fører også til at det er vanskelig å vite på forhånd hvilke saksbehandlere man har bruk for hvis man skal sikre høy grad av faglig kompetanse i alle vurderinger.

Når vi i etterkant spurte saksbehandlerne om de selv fikk med seg at de endret samtaleform, at hele stemningen i møtet endret seg avhengig av hvilket tema de diskuterte var de ikke selv særlig bevisste at endringen hadde skjedd. Kanskje en bevisstgjøring av bortebane- og hjemmebanediskursene kan hjelpe kommunene til å få en pekepinn på om man skal vurdere å søke eksternt hjel i en vurdering? Skal man rett og slett stille seg selv spørsmålet «er vi på hjemmebane eller bortebane nå?»

4.6. PÅ ANDRE SIDEN AV GJERDET

Fra starten av forelå det en intensjon om å inkludere politikere i utredningen, og deres oppfatning av nytteverdien ved HKV i saksbehandling. Dessverre viste det seg vanskelig å rekruttere informanter fra denne gruppen. Vi har intervjuet totalt to politikere, hvor begge er fra samme kommune. Vi finner det derfor vanskelig å trekke noen konkrete slutninger, på det vi opplever som svakt grunnlag. Men noen indikasjoner har vi merket oss.

Begge politikerne fortalte oss at de merket seg HKV som et element i saken, og at dette hadde tilført noe positivt.

Vi er jo veldig opptatt av folkehelse, som politikere. Så det er bra at vi også får litt faglig kjøtt på beinet; at vi som politikere slipper å synse, men får forklart hvorfor noe er bra og lignende. I denne saken har [HKV] absolutt fylt et viktig bidrag. Vi er jo veldig flinke med å si at "dette" er bra for folkehelsen, men så vet vi egentlig ikke folkehelsekonsekvensene – hvorfor er dette bra? Men i denne saken har vi fått det svart på hvitt: hva som er positivt og hva som er negativt.

Begge politikerne trekker fra at de aktuelle sakene kanskje ikke har vært de mest kontroversielle - at det i stor grad lå en forventning om enighet knyttet til beslutning. Likevel fremhever de begge at HKV både har forbedret debatten og gjort dem tryggere i de aktuelle sakene, på *hvorfor* beslutningen er riktig.

(sitat: politiker)

[HKV] gir oss politikere et bedre bilde av konsekvensene. Som for eksempel her står det: Fysisk aktivitet forebygger bl.a. type 2 diabetes... ja, det var ikke jeg klar over før jeg leste det. Så det gjør oss som politikere mer bevisste på hva vi bør gjøre for å bidra. Jo bedre faktagrunnlag, jo bedre beslutninger

(sitat: politiker)

[HKV] skapte en debatt som kanskje ellers ikke ville vært der. Vi har lett for å fokusere på det organiserte og kostbare, men glemmer gjerne andre typer (uorganisert) aktivitet. Dette ble en del av debatten i den aktuelle saken, kanskje i større grad nå enn hvis [HKV] ikke forelå

(sitat: politiker)

4.7. FYLKESKOMMUNENS ROLLE I PROSJEKTET

Fylkeskommunen har hatt en koordinerende rolle i prosjektet som vi har følgevaluert, og til tross for at mesteparten av vår oppmerksomhet har vært rettet mot det som har skjedd ut i kommunene - i møtet mellom saksbehandler og verktøy - kan det være nyttig å trekke lærdom av Fylkeskommunens rolle som koordinator i utprøvesfasen. I den sammenheng skal det sies at Fylkeskommunen selv har utarbeidet en rapport (som tidligere henvist til i vår rapport), med fokus på egevaluering av prosjektet. For mer dyptgående innsikt i akkurat dette aspektet, henviser vi derfor til denne.

ET EKSPLORERENDE PROSJEKT

Prosjektformen som er lagt til grunn fra Helsedirektoratets side er en eksplorerende - det vil si utprøvende - form. Dette vurderer både vi og prosjektdeltakerne fra de ulike kommunene som et godt grep for å prøve ut nye arbeidsmetoder og samhandlingsformer. Samtidig er det både vår og deltakernes oppfatning at både tids- og ressursrammer for prosjektet har vært noe knappe. Det har derfor vært vanskelig å realisere den eksplorerende metodikken i sitt fulle potensial. Det stramme tidsperspektivet har kanskje vært særlig krevende for koordinatorene i Fylkeskommunen.

Vår vurdering er imidlertid at flere av avgjørelsene fattet av Fylkeskommunen, innen rammebetingelsene, har vært svært hensiktsmessige:

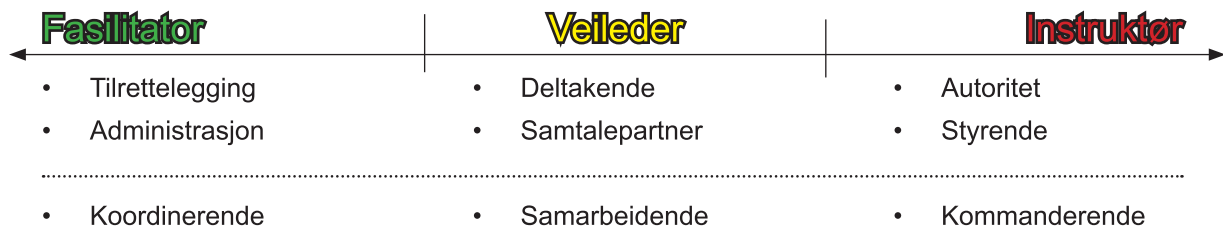
- Prosjektet ble avgrenset til det som faktisk var gjennomførbart
- Prosjektplanen ble forankret i kommunene på en måte som forpliktet dem hver for seg, og i fellesskap
- Prosjektet har blitt ledet med en tydelig sentralisert koordinering

Disse aspektene ved prosjektgjennomføringen har, i kombinasjon med friheten til å finne *sin* måte for gjennomføring i respektive kommuner, har gjort prosjektet tilstrekkelig forutsigbart til å kunne levere som forutsatt.

TRE TYPER ROLLER

Når man skal prøve ut noe nytt i et prosjekt som dette, stiller

den reflekterte koordinator/prosjektleder seg fort spørsmålet om i hvilken og hvor stor grad en skal gripe inn i, påvirke og styre utviklingen av prosjektet på innholdssiden. Her kan man tenke seg en akse som strekker seg ut over tre idealtypiske roller: fasilitatoren, veilederen og instruktøren:



Figur 8: tre roller

- **Fasilitatoren** er en aktør som legger til rette for prosesser ved blant annet å finne møteplasser, administrere ressurser som økonomi og tid, fungere som kommunikasjonsledd mot eventuell oppdragsgiver (inkludert rapportering ved oppdragsslutt o.l.).
- **Veilederen** er en i motsetning til fasilitator en involvert aktør i selve prosjektutførelsen, men mer som samtalepartner enn leder. Veileder skal komme med innspill og faglig justering, stille spørsmål og stimulere til refleksjon og sørge for å dyrke fram det beste hos andre. Veileder lar prosjektdeltakerne selv ta et større ansvar for det som blir utviklet.
- **Instruktøren** har stor påvirkning på prosjektet, både i innhold og utførelse, og representerer øverste nivå i kommandohierarkiet. Instruktøren er gjerne autoritet innen fagområdet som prosjektet faller inn under. I den grad noe skal prøves ut, bestemmer instruktøren hvordan.

Slik vi vurderer det, har Østfold fylkeskommune - representert ved prosjektledergruppen - inntatt en mellomposisjon i dette prosjektet: delvis "fasilitator" og delvis "veileder". Det vil si at Fylkeskommunen både har bidratt med 1) å legge til rette for møtepunkter, organisere tids- og arbeidsplan, koordinert de ulike aktørene inkludert kommunikasjon med oppdragsgiver

Helsedirektoratet. og 2) bidratt som en diskusjonspartner og eksplorerende part i arbeidet med å utvikle, avgrense, gjennomføre, diskutere og konkludere prosjektet.

Samtidig - sett fra utsiden, der vi har befunnet oss med forskerblikket - er vårt inntrykk at både kommunene og Fylkeskommunen gikk inn i prosjektet med en oppfatning av at det skulle inkluderes noen hvis rolle skulle være nærmere "instruktøren". Dette framkommer også i rapporten som Fylkeskommunen selv har levert etter prosjektslutt. Blant annet pekes det på at en kunnskapsoppsummering om tidligere erfaringer kunne vært tilgjengelig før oppstart, og at noen i en slik "instruktørrolle" kunne ha tatt en avgjørelse på hvilke verktøy man skulle bruke i prosjektet. En slik rolle kunne være fylt av forskerne som følgeevaluerte prosjektet.

Vi som har utført denne følgeevalueringen av prosjektet, peker på eierskap og forankring (hos både organisasjon og saksbehandler) som ett av fire viktige suksesskriterier (se s. 31) som bør være på plass dersom et prosjekt som dette skal lykkes. Vi identifiserer involvering i utvikling av alt fra samarbeidsformer, prosesser og verktøy som et helt sentral suksesskriterium hvis en skal få til dette. Vår vurdering er at det ikke er sikkert prosjektet ville hatt like gode resultater dersom forventningene om at en deltaker skulle innta en instruktørrolle hadde blitt møtt.

Fraværet av en "instruktør" gjorde det nødvendig at prosjektdeltakerne selv fant sammen om en måte å gripe prosjektet på. På den ene siden tilsier de stramme tidsfristene at det kunne ha vært tidsbesparende dersom noen hadde utviklet kunnskapen i forkant av prosjektet, men da ville en ikke oppnådd samme effekt av deltakelse og involvering. Den direkte erfaringen med prosjektutvikling og -gjennomføring vil også være nyttig for framtidige satsinger, da de involverte aktørene ikke har lent seg på en autoritet, men har selv førstehåndskunnskap om hva som har blitt gjort, hva det har resultert i og hvilke aktuelle veier det kan være nyttig å gå videre.

5. KONKLUSJONER

	Stor/liten	Reguleringsgrad	Eierskap	Hjemme/bortebane
Utfordring	logistikk	retningslinjer	prosess	kompetanse
Nivå	organisasjon	lovverk	mellomledelse	tverrsektorielt
Fokus	møtepunkter/ delegering	hemmende/ fremmende	lederskap/ medvirkning	saklighet/ tverrfaglighet
Løsning	organisering	revidering	inkludering	tydelighet

Tabell 2: hovedfunn

Tabellen ovenfor sammenfatter de viktigste funnene vi har gjort i denne utredningen:

- **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.

Arve Negaard skriver i sin kunnskapsoppsummering, som inngår i det overordnede prosjektet vår rapport er en del av:

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

(Negaard, 2015: 147-148).

Dette er et bilde vi finner tydelig i våre intervjuer med ledere/koordinatorer og saksbehandlere i kommunene vi har jobbet med. En viktig utfordring handler således om hvordan HKV, som et fleksibelt verktøy, tas inn i en (ofte) lite fleksibel retningslinjestyrt arbeidspraksis. Det innebærer at kontekstualiseringen av verktøyet i saksbehandlers arbeidssituasjon representerer en vel så viktig oppgave som å tilpasse og finjustere selve verktøyet.

Negaard skriver videre:

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 i den for å fremme befolkningens helse, vil det være tilstrekkelig med en enkel HKU, der arbeidet går direkte fra forundersøkelse til saksfremstilling

(Negaard, 2015: 149).

I våre intervjuer finner vi ikke én faglig forankring for saksbehandlerrollen, heller ikke ett perspektiv på fagutførelse – vi finner en rekke individer fra forskjellige bakgrunner, med

ulike interessert og syn på verden, som nærmer seg arbeidet med samme målsetting – god saksbehandling – men med ulik vinkling og oppfatning av hva som er relevant og viktig å vektlegge. Det samme gjelder folkehelsekoordinatorrollen, som heller ikke er én rolle, men i stedet en posisjon som fylles av forskjellige mennesker. I dette ligger det både styrker og utfordringer. Utfordringene handler i hovedsak om muligheter for standardisering. Samtidig er en viktig målsetting med HKV å overskride standardisering, som vil si at mangfoldet utgjør en viktig mulighet til å belyse kompleksiteten i folkehelse og konsekvenser av politiske beslutninger. Dette forutsetter imidlertid at det etableres både møtepunkter og kommunikasjonslinjer der erfaringer og meninger kan møtes med fokus på innovativ synergi.

OPERASJONALISERING AV FOLKEHELSEBEGREPET

Som nevnt tidligere finner vi konsensus blant saksbehandlerne - også dem som ikke stiller seg veldig positivt til verktøyet i sitt fagområde - om at HKV representerer et viktig skritt i riktig retning dersom en ønsker å jobbe aktivt og konstruktivt med folkehelse i kommunal saksbehandling. Ingen av saksbehandlerne opplever temaene som utgjør verktøyet som nye, men måten teamene er satt opp og systematisert på gir dem en ny og tydelig retning i arbeidet.

I den grad et tema oppleves relevant for saken, foreligger det en skjematisk tydelighet i hva som forventes av saksbehandler, og i den grad et tema oppleves irrelevant, er det en tilsvarende tydelighet i hva som velges vekk. Det vil si at uavhengig av hvordan saken plasseres seg i strengt regulert/svakt regulert, gir det en slags merverdi. Og med tanke på at dette prosjektet er en pilot hvor HKV testes ut, må det sies å være en svært god start.

VEILEDNING I HKV

Det vil imidlertid være viktig å skille mellom HVK på systemnivå, som et sosialpolitisk verktøy som skal kvalitetssikres og effektiviseres med sikte på utjevning av sosiale helseforskjeller, og HKV praktisk arbeidshverdag. Dersom intensjonen med HKV skal lykkes må det først og fremst fungere som et verktøy som fungerer i saksbehandling, på tvers av mangfoldigheten som forvalter saksbehandlingen.

Flere av informantene i denne undersøkelsen oppgir et behov for tydelig veiledning, i forbindelse med HKV. Dette handler blant annet om behov for opplæring i bruk av verktøyet og forståelse for de ulike temaene som skal vurderes, eller om et følgedokument som kan lede saksbehandler gjennom prosessen. En klargjøring av intensjoner, begreper, muligheter for ulike saksområder, relevans i ulike deler av prosesser med mer bør derfor nedfelles i en veileder som saksbehandlere kan bruke som oppslagsverk. Det er imidlertid viktig at denne veilederen ikke regnes som en statisk posisjon, men i stedet et dynamisk utgangspunkt som kan kobles på møtepunkter og kommunikasjonslinjer (som nevnt over), og utvikles i takt med både selve verktøyet og kommuners innsats overfor folkehelse.

Våre informanter påpeker, i forbindelse med dette, viktigheten ved at en veileder ikke blir en "hvilepute" som tar bort intensjonen om skjønnsbasert refleksivitet, gjennom det som fort kan bli et nytt sett retningslinjer å forholde seg til, men at fokus i stedet ligger på avklaring etter behov – det være seg av begreper, systemer, prosesser, aktører, kompetansemiljøer og så videre.

VIDERE UNDERSØKELSER

Gjennom systematisk å opparbeide seg kunnskap om en praksis ender man fort opp med et ønske om å få gjøre flere undersøkelser. Gjennom å følge prøveprosjektet i kommunene i Østfold oppdaget vi etter hvert flere delprosjekter eller problemstillinger vi kunne tenke oss å jobbe videre med. Noen av dem fikk vi plass til i dette prosjektet, andre måtte vi la gå. Vi prøvde for eksempel å gjennomføre en kvantitativ undersøkelse i kommunene, og hadde nesten rigget den klar til utsendelse, men det viste seg helt uoverkommelig for flere av kommunene å gjennomføre innen rammene av dette prosjektet.

I dialog med både kommunene i prosjektet, Østfold fylkeskommune og helsedirektoratet har vi identifisert noen mulige videre undersøkelser for å styrke kunnskapen om HKV'ene og om kommunalt folkehelsearbeid mer generelt. Vi nevner noen av prosjektene som kunne vært interessant å forfølge her:

Kvantitativ undersøkelse av HKV

- Hovedfunnene vi har identifisert i denne utredningen – som gjengitt i tabellen og kapittel 4 – er foreløpig som indikasjoner å regne. Det vil være interessant å gå bredere ut med en kvantitativ oppfølgingsundersøkelse, der vi utreder et større landskap om blant annet kjennskap til HKV, interesse for HKV, involvering i HKV og lignende på saksbehandlernivå, samt at vi supplerer med en undersøkelse av lokalpolitikere der vi forsøker måle effekten av HKV på politisk beslutningsnivå – det vil si: lokalpolitikeres vurdering av hvilken verdi HKV har for grunnlaget å fatte beslutninger på. Undersøkelsen vil kunne gjennomføres utelukkende med nettbaserte spørreskjemaer, og vil være en kostnadseffektiv måte å sikre bedre kunnskap om tematikken denne rapporten har forsøkt belyse. Funnene vil kunne inkluderes i en revidert versjon av vår rapport, eller som en selvstendig oppfølging. Vi anbefaler første alternativ, da rapporten som et verktøy i utprøving av HKV vil styrkes.

Folkehelsekoordinatorrollen

- Som antydnet finner vi indikasjoner på at folkehelsekoordinatorrollen kan være interessant å undersøke. For det første er rollen ikke entydig definert – i noen kommuner er den en fulltidsstilling, i andre kommuner bakt inn som en arbeidsoppgave, i tillegg ser vi at hvordan rollen gripes an på individuell og personlig måte kan ha mye å si for hva rollen faktisk er. I den grad det viser seg at folkehelsekoordinator blir en sentral rolle for folkehelsearbeid generelt – og HKV spesielt – vil det være avgjørende å utrede hva denne rollen faktisk er i Norge i dag, for i den grad man henvender seg til en definert rolle som i praksis er et mangfold av personer vil dette innvirke. Undersøkelsen bør utføres kvalitativt, som grundige dybdeintervjuer med samtlige folkehelsekoordinatorer i et fylke (gjørne flere fylker, av komparative hensyn). Funnene bør stå som en selvstendig rapportering, men kobles opp mot dette prosjektet.

I tillegg vil det være interessant å følge opp politikerne i forbindelse med HKV, og hvordan verktøyet bidrar i politiske beslutninger. Vi fant en udelte positiv politikergruppe, i vår undersøkelse, som framholdt at HKV styrket både deres inntrykk av saksbehandlingen som grundig, og ga dem styrket

tillit til egne beslutninger. Men fordi utvalget ble lite og snevert, og i forbindelse med ukontroversielle saker, er det for tidlig å konkludere spesielt tydelig.

AVSLUTTENDE BEMERKNINGER

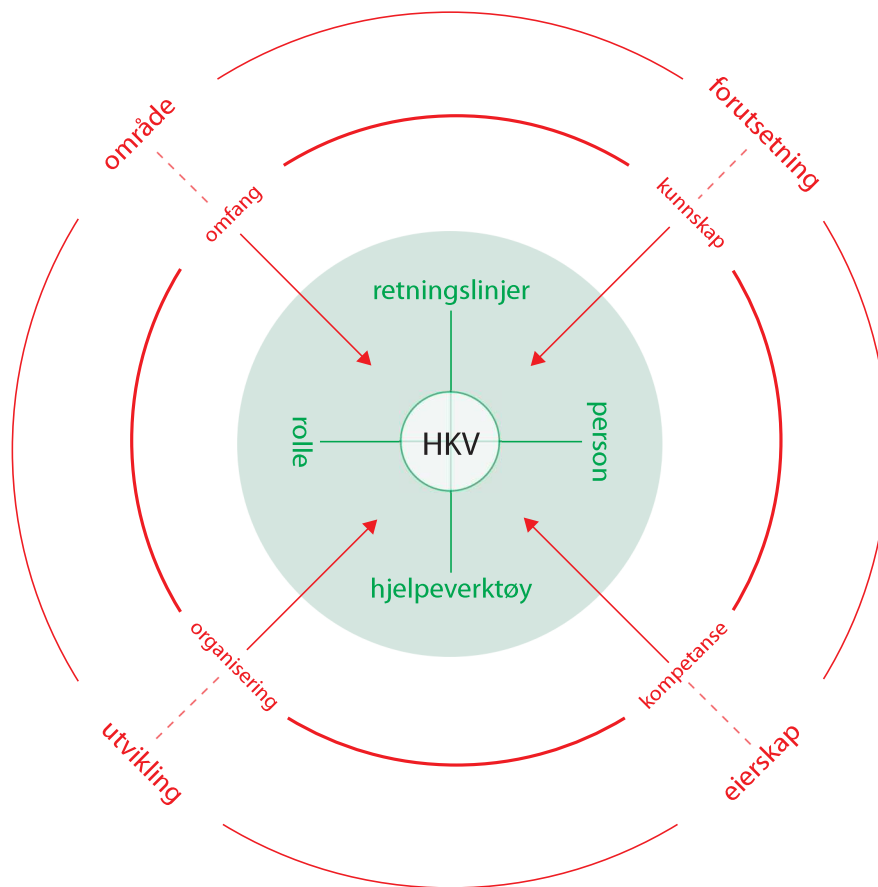
Utfordringer med datagrunnlag å trekke for sterke konklusjoner på er imidlertid noe som preger rapporten gjennomgående. Vi vektlegger derfor at funnene foreløpig må tolkes som indikasjoner, som relevante aspekter å fokusere videre undersøkelser gjennom. Blant annet med nevnte forslag her over. Men for å sammenfatte hva prosjektet har resultert i med tanke på overføringsverdi for andre kommuner:

Prosjektet tok utgangspunkt i en målsetting om å identifisere et verktøy som kunne bistå saksbehandlere i enkle kjønnsbaserte helsekonsekvensvurderinger, men tidlig oppdaget man at dette verktøyet - HKV - befant seg i et spenningsfelt mellom, på den ene siden, det å skulle gi retningslinjer og det å fungere som et fleksibelt hjelpeverktøy. Og på den andre siden, mellom å være tilpasset en rolle i en organisasjon og personen som skulle ta verktøyet i bruk.

Etterhvert ble det tydelig hvordan dette todelte spenningsfeltet viste til fire viktige faktorer:

- Kunnskap
- Kompetanse
- Organisering
- Omfang

Dette handlet om hva en vet om helsekonsekvenser - blant annet sosial ulikhet i helse - men også hvordan en vurderer mulighetsrommet i fagrollen for å ta hensyn til dette ved hjelp av et verktøy. I tillegg påvirkes verktøyet av arbeidets organisering - blant annet rollefordeling - samt hvor omfattende et verktøy skal være. Forståelsen av det komplekse feltet et verktøy som HKV må tilpasses ble ytterligere nyansert når det ble tydelig at de fire foregående faktorene viste seg avhengige av enda et nivå av fire faktorer:



Figur 9: illustrert oppsummering

- Utvikling
- Område
- Forutsetning
- Eierskap

Omfanget av verktøyet måtte sees i sammenheng med hvilket fagområde det skulle brukes i - blant annet var det forskjell mellom planer og tiltak. Kommunens organisering la føringer på hvem som var involvert i utviklingen av verktøyet, som var viktig i sammenheng med eierskap fordi det påvirket hvordan saksbehandler så seg kompetent til å ta verktøyet i bruk (les: opplevd nytteverdi). Og ikke minst så viste kunnskapsfaktoren seg relatert til hvilke forutsetninger en hadde til å identifisere HKV som opplevd relevant.

I figure 9 har vi forsøkt å illustre denne kompleksiteten. Figuren kan leses på to måter, i to retninger: Dersom en

beveger seg innenfra og ut, kan en lese den erfaringsbaserte kunnskapsakkumulasjonen som prosjektet har resultert i - det vil si den stadig mer nyanserte forståelse av landskapet verktøyet skal tas i bruk i, knyttet blant annet til bruksområde og organisasjon. Men dersom en beveger seg utenfra og inn, ser vi en anbefalt tilnærming til å gjennomføre lignende tiltak i andre kommuner.

Det vil si at det vil være nyttig å starte med et bevisst forhold til utviklingen av verktøyet, sikre eierskap til satsingen, vurdere ulik nytteverdi og verktøyutforming for ulike saksområder, samt hvilke forutsetninger saksbehandlere har for å gjøre helsekonsekvensvurderinger. Alt dette henger naturlig nok sammen, og må sees i sammenheng.

Deretter kan en bygge videre ved å ta tak i organisering rundt dette - blant annet i forbindelse med innvolvering og opprettelse av tverrfaglige møtepunkter - og kompetanseheving knyttet til det å skulle gjøre skjønnsmessige vurderinger. Samtidig er det viktig å sikre et kunnskapsgrunnlag for hva HKV er ment som et grep overfor, det vil si om helse og blant annet sosial ulikhet, og en vurdering av hvordan dette skal vurderes i ulike områder. Alt dette henger naturlig nok også sammen, og bygger direkte videre på det foregående laget.

Med dette på plass ligger det åpent for å ta et bevisst grep om et organisasjons- og persontilpasset verktøy.



6. REFERANSER

- Aubert, Vilhelm (1969). Det skjulte samfunn. Oslo: Pax forlag AS
- Berge, J; Ese, A; Ese, J; Kaasa, S (2012). Barnefamilier i sentrum. Familiers preferanser og kommunens virkemidler. Oslo: Norsk form.
- Bugge, Annechen Bahr (2010. "Den sosiale apetitten: Mat, klasse og identitet". I Kenneth Dahlgren og Jørn Ljunggren (red.), Klassebilder: Ulikhet og sosial mobilitet i Norge. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, T; Egeberg, M; Lægreid, P; Aars, J. (2014). Forvaltning og politikk. Oslo: Universitetsforlaget
- Christensen, T., & Lægreid, P. (2007). "The whole of government approach to public sector reform." i Public Administration Review, 67(6), 1059-1066. Hoboken, NJ: Wiley
- Dahl, Espen, Heidi Bergsli og Kjetil A. Van der Wel (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Sammendragsrapport. Fakultet for samfunnsfag Sosialforsk, Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Elstad, Jon Ivar (2010). "Klasseforskjeller i helse". I Kenneth Dahlgren og Jørn Ljunggren (red.), Klassebilder: Ulikhet og sosial mobilitet i Norge. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet (2015). " Sosial ulikhet i helse". Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/sosial-ulikhet-i-helse>, lest: 08.05.2015.
- Hofstede, Geert, Gert Jan Hofstede og Michael Minkov (2010). Cultures and organizations: Software of the mind. New York: McGraw-Hill.
- Negaard, Arve (2015). *Om helsekonsekvensutredninger En oppsummering av norske og internasjonale kunnskaper*. Høgskolen i Østfold
- Rolness, Kjetil (2013). "Jeg er ikke eliteklassen". Tilgjengelig på: http://www.dagbladet.no/2013/02/22/kultur/debatt/lordagskommentaren/kjetil_rolness/klasse/25890642/, lest: 08.05.2015.

- Silverman, David (2005). *Doing qualitative research*. London: Sage Publications
- Skogen, Ketil og Olve Krange (2010). "Middelklasse-makt? Nei takk! Et essay om kulturell motstand". I Kenneth Dahlgren og Jørn Ljunggren (red.), *Klassebilder: Ulikhet og sosial mobilitet i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Statens strålevern (2014). "Anbefalte grenseverdier for radon". Tilgjengelig på: <http://www.nrpa.no/fakta/89990/anbefalte-grenseverdier-for-radon>, lest: 08.05.2015.
- Thagaard, Tove (2003). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tonholm, Trude og Eriksson, Rickard (2015). *Erfaringsoppsummering av helsekonsekvensvurderinger i Råde, Moss og Fredrikstad*. Halden: Høgskolen i Østfold
- Tranøy, Knut Erik (2011). "Kontingent – filosofi". Store Norske leksikon. Tilgjengelig på: <https://snl.no/kontingent/filosofi>, lest: 08.05.2015.

Vurdering av folkehelse og levekår i politiske saker

- Formål : Sikre systematikk i vurdering av folkehelse og levekår i alle saker som skal behandles politisk
- Målgruppe: Saksbehandlere i kommunen
- Beskrivelse –
 - Hva: En rask kartlegging av om det saken gjelder har vesentlige og sannsynlige positive eller negative konsekvenser for folkehelse og levekår
 - Hvorfor: Alle politikkområder kan påvirke folkehelse og levekår. Politisk vedtak på å legge vurdering av folkehelse og levekår inn i saksmalen. I tråd med mål i kommuneplanen.
 - Hvordan: Bruke vedlagt skjema og evt utvikle det slik at det passer for eget saksområde. Bruke egen faglige kunnskap og skjønn. Evt
 - Når: tidlig i forbindelse med forberedelse av politiske saker
 - Hvem: Saksbehandler

Vil saken påvirke livsstilsfaktorer - sannsynlig og vesentlig?

Vil saken påvirke livsstilsfaktorer ?	Negativ konsekvens	Positiv konsekvens	Konsekvens for utsatte grupper?	Ikke relevant
Fysisk aktivitet				
Kosthold				
Alkohol				
Øvrig rus				
Røyking				
Annet (spesifiser)				

Vil saken påvirke sosiale miljøfaktorer- sannsynlig og vesentlig?

Vil saken påvirke sosiale miljøfaktorer?	Negativ konsekvens	Positiv konsekvens	Konsekvens for utsatte grupper?	Ikke relevant
Sosial støtte/sosial nettverk				
Tilhørighet				
Medborgerinvolvering				
Sosial isolasjon				
Integrering				
Utdanning				
Områdets attraktivitet				
Følelse av trygghet i området				
Områdets attraktivitet				
Følelse av trygghet i området				
Annet (spesifiser)				

Vil saken påvirke fysiske forhold- sannsynlig og vesentlig?

Vil saken endre fysiske forhold ved bolig/ omgivelser som kan påvirke helse?	Negativ konsekvens	Positiv konsekvens	Konsekvens for utsatte grupper?	Ikke relevant
Støy				
Luftkvalitet				
Trafikksikkerhet				
Annen personskaderisiko				
Lekeplasser				
Universell utforming				
Tilgang til grønne områder/ friområder				
Gang/sykkelvei				
Annet (spesifiser)				

Oppsummering: Har saken konsekvens for folkehelse og levekår?

	Negativ konsekvens	Positiv konsekvens	Konsekvens for utsatte grupper?
Viktigste fra s 2-4			
Viktigste fra s 2-4			
Viktigste fra s 2-4			
Viktigste fra s 2-4			
Annet			
Kan konsekvensene være så store/sammensatte at de trenger et tverrfaglig utredningsmøte?			

