

# Hälsokonsekvens- bedömningar – från teori till praktik

Rapport från ett internationellt arbetsmöte  
på Nordiska hälsovårdshögskolan  
den 28 – 31 oktober 1999

Redaktör  
Björn Olsson

## Innehåll

Förord

Hälsokonsekvensbedömningar: från teori till praktik ..... 1

Vad är hälsokonsekvensbedömningar? ..... 3

Verktyg för hälsokonsekvensbedömningar..... 6

Metoder för arbetet med hälsokonsekvensbedömningar ..... 7

Aspekter på hälsokonsekvensbedömningar ..... 8

Från Bryssel till Biskopsgården – HKB  
i EU-, nations-, region- och lokalperspektiv ..... 12

Exempel på HKB i några europeiska länder ..... 14

Slutsatser och vägen vidare..... 17

Deltagare och kontaktpersoner..... 19

Bilaga 1: *Consensus paper*

Bilaga 2: Landstingsförbundets verktyg för HKB

## Förord

HKB – hälsokonsekvensbedömningar – har väckt stort intresse bland många som arbetar inom folkhälsoområdet. Internationellt inom WHO och EU, nationellt förutom i Sverige också i England, Holland, Tyskland, Kanada, Australien m.fl. länder. Till HKB knyts förhoppningar om att få ett instrument som gör att faktorer som påverkar människors hälsa ska tillmätas större betydelse i beslutsfattande. Det är t.o.m. så att på flera håll har beslut fattats om att rutinmässigt införa HKB, trots att någon mer allmänt utprovad och säkerställd metodik ännu inte existerar.

Ett av skälen till detta internationella arbetsmöte, som hölls i Göteborg den 28 – 31 oktober 1999, var att få en aktuell överblick av hur långt utvecklingsarbetet kommit, att utbyta erfarenheter och att komma överens om grundläggande begrepp, olika nivåer på HKB och angelägna framtida utvecklingsområden.

Med HKB ökar tveklöst möjligheterna att öka kvalitén på underlagen inför olika beslut. Vilka slutsatser som ska dras av vissa bedömda konsekvenser är dock inte självskrivna. Konsekvenserna måste vägas på lång och kort sikt, vilka alternativ står egentligen till buds etc. På en punkt tycks det dock råda stor enighet – HKB måste komma in så tidigt som möjligt i beredningsprocessen. Att aktualisera en hälsokonsekvensbedömning när utredningsarbetet redan kommit igång väcker lätt motstånd. En annan fråga är hur omfattande en HKB ska vara. Det handlar inte om en enda modell, utan om att välja nivå utifrån bl.a. en förståelse av den aktuella frågan och en erfarenhetsmässigt grundad kunskap om de mest sannolika effekterna av ett visst beslut. Utan en rimlig ”sorteringsordning” så att HKB tillämpas när det är som mest motiverat, riskerar instrumentet att förlora sin strategiska potential.

Föreliggande gemensamma rapport från Nordiska hälsovårdshögskolan och Folkhälsoinstitutet redovisar kortfattat innehåll, några exempel och slutsatser från mötet. Vår avsikt är att bidra till en fördjupad diskussion så att HKB kan utvecklas till ett instrument som bidrar till ett beslutsfattande och en utveckling som värnar folkhälsan.

Göteborg och Stockholm i augusti 2001.

*Guðjón Magnússon*  
Rektor  
Nordiska hälsovårdshögskolan

*Bosse Pettersson*  
Stabschef  
Folkhälsoinstitutet

## **Hälsokonsekvensbedömningar: från teori till praktik**

Workshop till minne av Dr Leo Kaprio

*Nordiska hälsovårdshögskolan Göteborg*  
28 – 31 oktober 1999

Beslut som fattas inom utbildningssektorn, jordbruket, industrin, transportväsendet, byggnads- och finansbranschen och i andra sektorer har alla långtgående konsekvenser för människors hälsa.

Det behövs standardiserade modeller för att i tid uppmärksamma sådana effekter på hälsa och hälsoutveckling i en tid som präglas av snabb politisk, social och ekonomisk förändring.

Det finns nu ett behov av verktyg för att närmare analysera folkhälsoeffekterna av olika samhällsliga beslut. Världshälsoorganisationen (WHO) har genom sitt *Centre for Health Policy* och andra samarbetspartners satt igång ett långsiktigt projekt som ska samla erfarenheter och komma överens om hur hälsokonsekvensbedömningar (HKB, engelska Health Impact Assessment, HIA) kan användas för att skapa bättre förutsättningar för en god folkhälsa.

Projektet ska:

- ◆ Klargöra de grundläggande begreppen och komma överens om definitioner.
- ◆ Redogöra för och lära av de modeller och metoder som finns för HKB idag.
- ◆ Definiera lämpliga principer och betraktelsesätt för att genomföra HKB.
- ◆ Pröva och utvärdera dessa i ett antal länder och regioner samt anpassa metoderna utifrån resultaten.

Som en del av projektet ordnades ett möte med Nordiska hälsovårdshögskolan (NHV) i Göteborg som värd och med ekonomiskt stöd från svenska Folkhälsoinstitutet.

Mötet leddes av professor Guðjón Magnússon (rektor vid NHV) och Dr Anna Ritsatakis (WHO). Mötet tillägnades framlidne Dr Leo Kaprio, tidigare direktör för WHO:s Europaregion.

I centrum för diskussionerna stod begreppet hälsokonsekvensbedömningar, Health Impact Assessment.

Många länder praktiserar redan WHO:s ”Health 21”-modell. Europeiska unionen får både fler medlemmar och breddar sin ansats på hälsopolitik. Det nyligen ratificerade Amsterdamfördraget och dess artikel 152 innebär ett viktigt steg framåt genom att det för EU:s del lyfter fram hälsofrågorna:

*”En hög grad av hälsoskydd ska garanteras när man formulerar och genomför EU-program och EU-aktiviteter”* (Amsterdamfördragets artikel 152).

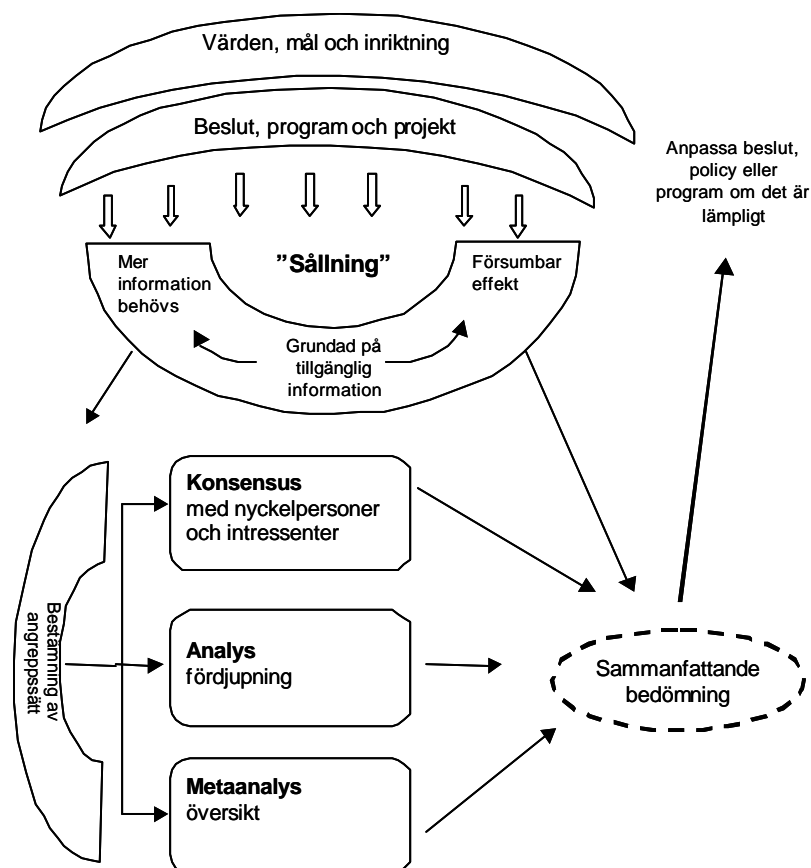
Även Världshandelsorganisationen (WTO) byter f.n. arbetssätt vilket kan få mycket stor betydelse för folkhälsan.

Det tycks inte finnas någon vedertagen uppfattning om vad hälsokonsekvensbedömningar är och hur det kan användas som verktyg. Därför har WHO:s European Centre for Health Policy tillsammans med Nordiska hälsovårdshögskolan och andra tagit initiativet till detta projekt som ska samla erfarenheter för att nå enighet om hur verktyget bäst kan användas för att förbättra politikbildningen inom folkhälsoområdet.

Den här rapporten beskriver inlägg och slutsatser från ett möte där forskare, praktiker och beslutsfattare möttes för att diskutera aktuella begrepp, principer och metoder och deras användbarhet i olika länder.

Vid mötet presenterades ett underlag för begreppsbildning samt ett discussionsunderlag, *discussion paper* som senare ledde till ett konsensusdokument, *consensus paper* (bilaga 1). I detta konsensusdokument presenteras en modell som sammanfattar hur man vill betrakta hälsokonsekvensbedömningar. Modellen visas på nästa sida.

## Hälsokonsekvensbedömningar – ett betraktelsesätt



### Vad är hälsokonsekvensbedömningar?

#### *Begrepp och betraktelsesätt*

Det gängse begreppet för Health Impact Assessment på svenska är hälsokonsekvensbeskrivningar. I det här sammanhanget har vi ändå valt begreppet hälsokonsekvensbedömningar som vi förkortar HKB.

Hälsokonsekvensbedömningar (HKB) kan beskrivas som den bedömning av hur olika beslut (t.ex. sociala, ekonomiska och miljömässiga) kan påverka folkhälsan eller hälsan hos vissa grupper och öka risken för eller förebygga sjukdom, handikapp eller för tidig död.

HKB är ett aktuellt tema och verktyg i Europas länder (på nationell, regional och lokal nivå), i Europeiska unionen, hos internationella organisationer som WHO och Världsbanken och i forskningskretsar.

Det är viktigt att man är överens om begreppen när diskussionen förs på ett internationellt plan. Det är emellertid omöjligt att exakt översätta de engelska begrepp som man kommit överens om inom WHO och för att inte ytterligare förvirra hänvisar vi till material utgivet av WHO European Centre for Health Policy (på engelska) och svenska Folkhälsoinstitutet, Landstingsförbundet och Kommunförbundet (på svenska) för att ytterligare belysa de olika begreppen.

Motsvarande begrepp för engelskans Health Impact Assessment finns på övriga europeiska språk och korresponderar liksom i det svenska fallet inte helt med engelskan.

Hälsokonsekvensbedömningar som metod får anses växa fram genom en komplex process. Konsensus runt begrepp och huvudteman får byggas upp gradvis. WHO Centre for Health Policy åtar sig i detta sammanhang att genom möten och nätverk bygga vidare på begreppsbyggnaden.

HKB ska i princip gälla alla samhällsbeslut av betydelse för människors hälsa. Alla beslut fattas i en miljö av värden, mål och strävanden som kan vara mer eller mindre uttalade och detta måste tas med i beräkningen när man arbetar med HKB.

Enligt det synsätt som föreslogs vid WHO-mötet finns fyra värden som är viktiga för HKB, förutom att främja en god folkhälsa:

- 1) **Demokrati.** Understryker människors rätt att vara med att formulera, genomföra och utvärdera politiska beslut som påverkar deras liv.
- 2) **Jämlikhet.** Understryker att HKB också innefattar hälsokonsekvensernas fördelning i befolkningen i fråga om kön, ålder, etnisk bakgrund och socioekonomisk status.

- 3) **Hållbar utveckling.** Framhåller betydelsen av att såväl kortsiktiga som långsiktiga samt mer eller mindre direkta konsekvenser tas med i beräkningen.
- 4) **Etik.** Understryker att kvantitativa och kvalitativa data måste vara pålitliga och vetenskapligt underbyggda för att få en så vid bedömning som möjligt av hälsokonsekvenserna.

### *Kärndefinitioner*

Kärnbegreppen är hälsokonsekvenser och hälsokonsekvensbedömningar.

Hälsokonsekvenser är de totala effekterna, direkt eller indirekt, av ett politiskt beslut, en policy, strategi, ett projekt eller program på hälsan hos en befolkning.

Hälsokonsekvensbedömningar är en kombination av procedurer, metoder och verktyg varigenom ett beslut, program eller projekt bedöms utifrån sina möjliga effekter på hälsan hos en befolkning samt fördelningen av dessa effekter inom befolkningen.

Hälsokonsekvensbedömningar innefattar följande element:

- ◆ Värdering av tecken på förmodade samband mellan ett politiskt beslut, program eller projekt och hälsan i en population.
- ◆ Värdering av de berördas åsikter, erfarenheter och förväntningar.
- ◆ Att ge bättre beslutsunderlag till politiker och allmänhet vad gäller hälsoeffekterna av ett beslut, program eller projekt.
- ◆ Förslag på justeringar eller alternativ för att maximera de positiva och minimera de negativa hälsokonsekvenserna.

### *Mål*

Det viktigaste målet för HKB är att säkerställa att hälsoaspekterna tas med i alla beslut.

Hälsokonsekvensbedömninaren anses också vara ett viktigt verktyg för tvärsektorieellt folkhälsoarbete. Det kan också ge tillfälle till större allmänt deltagande i beslutsfattandet, eller ha en viktig roll i konflikthantering mellan grupper.

Hälsokonsekvensbedömningar kan också främja jämlikhet i hälsa därför att det tydliggör inte bara hälsokonsekvenserna utan också hälsans fördelning i befolkningen. HKB anses särskilt viktigt i den ökande globaliseringen och är mer än ett verktyg. HKB är ett förhållningssätt som innefattar en bred syn på hälsa och förespråkar tvärsektoriellt samarbete för en bättre folkhälsa.

Hälsokonsekvensbedömningar är däremot inte en lättköpt lösning på politiska problem och kan inte heller legitimera ohälsosamma projekt. HKB kan heller inte alltid ge exakta siffror på hälsokonsekvenserna.

## **Verktyg för hälsokonsekvensbedömningar**

Svenska Landstingsförbundet har utformat tre verktyg för hälsokonsekvensbeskrivningar som kan illustrera hur arbetet går till i praktiken.

De tre olika verktygen kallas

- 1) Hälsifrågan
- 2) Hälsomatrisen och
- 3) Hälsokonsekvensanalysen.

De kan hämtas gratis på Landstingsförbundets hemsida:

<http://www.lf.se/hkb/verktyg.htm>

För att använda dessa verktyg bör man känna till de lokala hälsoförhållandena och veta vilka grupper som är hälsomässigt utsatta. Man bör också veta vilka de lokala eller regionala hälsomålen är.

Varje verktyg kan anpassas till lokala förhållanden och behov. Vilket verktyg man ska använda beror på det föreslagna beslutets komplexitet. Alla tre verktyg bygger på en huvudfråga som besvaras med hjälp av någon av de följande. I frågor av strategisk betydelse för framtiden kan man direkt använda sig av hälsokonsekvensanalysen.

De tre olika verktygen finns i bilaga 2.

## Metoder för arbetet med hälsokonsekvensbedömningar

För att göra HKB måste man använda en lämplig blandning av metoder beroende på vilken typ av samhällsfaktor som studeras. En möjlighet är den epidemiologiska metoden. Men i HKB borde man ta med bredare samhällsfaktorer och räkna med mer generella hälsokonsekvenser. Hälsokonsekvenserna måste beskrivas i vidare termer än bara i sjukdom och dödlighet.

Den befolkning vars hälsa påverkas måste definieras och bedömningen bör kunna beskriva hälsans eller ohälsans fördelning.

HKB bör inte bli en byråkratisk rutin som skapar merarbete för beslutfattare och försenar beslutsprocessen. Men det måste ändå innehålla tillräcklig substans för att ge ett mervärde i beslutsfattandet.

För att HKB inte bara ska bli lösa antaganden måste det baseras på stabila metoder. Men vetenskapliga data måste också balanseras mot ”den politiska verkligheten”. På så sätt bör man kanske inte samla in så mycket information som möjligt utan så lite som behövs.

Riktlinjer eller checklistor för HKB är viktiga och praktiska. Både folkhälsovetare och beslutfattare behöver verktyg för att genomföra HKB.

Både kvalitativa och kvantitativa metoder anses kunna ge bra underlag till hälsokonsekvensbedömningar. En del anser att kvalitativa data ger bättre underlag, andra anser tvärtom att kvantitativa data måste till. Åtminstone bör kvantitativa data presenteras om de finns, eller som någon har sagt ”det kan vara lätt att ljuga med statistik, med det är lättare att ljuga *utan* statistik”.

Möjliga indikatorer att använda i HKB är DALY eller QALY. Där bör funktionshinder, dödlighet och välbefinnande inkluderas. För närvarande finns det fler indikatorer som visar negativ hälsa än positiv och det kan leda till att HKB kommer att fokusera på det negativa.

Det kan vara önskvärt att mäta hälsokonsekvenser med ett enda mått, men då kan också uppgifter om olika gruppers hälsa gå förlorade. Och möjligheten att identifiera ojämlikhet i hälsa minskar.

Man kan använda speciella modeller för HKB och de kan vara både kvalitativa som kvantitativa. Det har sagts att ”alla modeller är det något fel på men några är nyttiga”. Modeller kan hjälpa till med att:

- ◆ klargöra antaganden
- ◆ identifiera brister i data
- ◆ belysa skillnaden mellan antaganden och verklighet
- ◆ skapa hypoteser.

Bland de tekniska svårigheterna kan märkas att många data inte finns tillgängliga i en lämplig form. Dessutom inverkar samhällsbeslut ofta på hälsan indirekt och då måste man lära sig att förstå de mellanliggande faktorerna, t.ex. välfärd eller välbefinnande.

## Aspekter på hälsokonsekvensbedömningar

### *Lokalt deltagande*

Det finns både problem och möjligheter med lokalt deltagande eller medborgarinflytande i arbetet med hälsokonsekvensbedömningar. Det kan leda till lobbying eller det finns lägen där politikerna inte kan sägas företräda medborgarna.

Att bilda referensgrupper är ett sätt att fånga in vanligt folks åsikter och värdeprioriteringar. Ännu mer värdefullt vore dock att involvera det lokala samhället i själva politikbildningen. Det skulle så att säga ge mer makt åt medborgarna.

### *Urval*

Vilka faktorer har störst inverkan på hälsan? Det kan man inte alltid veta på förhand. Därför är det bra att använda verktyg som t.ex. svenska Landstingsförbundets hälsofrågan eller hälsomatrisen. Man ställer sig där frågor som:

- ◆ Kommer beslutet att förbättra folkhälsan?
- ◆ Kommer beslutet att förbättra situationen för dem som har den sämsta hälsan?

### *Kvalitetskriterier*

När man gör HKB uttalar man sig om vad som *kan tänkas ske*. Inte vad som *kommer att ske*. Många andra faktorer spelar in. Det hindrar dock inte att man måste se till att HKB inte träffar systematiskt fel. Kvalitetskriterier behövs. De skulle kunna innehålla följande tre element:

- 1) Processen som lett fram till en HKB.
- 2) Graden av träffsäkerhet i förutsägelsen.
- 3) Användbarheten för beslutsfattarna.

#### *Typer av hälsokonsekvenser*

De hälsokonsekvenser som beskrivs ska vara någonting mer än bara i termer av sjukdom eller dödlighet. Följande typer av hälsokonsekvenser kan läggas till:

- ◆ påverkan på hälsoprogram
- ◆ konsekvenser för kommande politikbildning
- ◆ konsekvenser för hälsoskyddet
- ◆ konsekvenser för hälso- och sjukvården.

Hälsokonsekvensbedömningar ska innehålla både positiva och negativa konsekvenser. Man måste också kunna bedöma totaleffekten för en bättre folkhälsa, men också söka minimera negativa och maximera positiva hälsokonsekvenser; inte bara försöka balansera dem.

En annan dimension att ta hänsyn till är att det kan finnas kortsiktiga negativa konsekvenser samtidigt som hälsokonsekvenserna på lång sikt är gynnsamma; eller tvärtom. De olika typerna kan listas såhär:

- ◆ negativa och positiva konsekvenser
- ◆ kort- och långsiktiga konsekvenser
- ◆ direkta och indirekta konsekvenser
- ◆ definitiva eller preliminära konsekvenser
- ◆ kontinuerliga eller engångskonsekvenser
- ◆ konsekvenser för individer, familjer eller hela befolkningsgrupper

#### *Vad kan HKB rimligen åstadkomma?*

HKB är inte den enda faktorn som styr ett beslut. Värdeprioriteringar och tillgängliga resurser är också viktiga faktorer. Men HKB kan ändå vara avgörande därför att ganska små modifikationer i ett beslut eller ett program kan få stora hälsokonsekvenser.

En princip är att i HKB söker man minimera negativa hälsokonsekvenser och maximera positiva så långt det rimligen kan uppnås.

### *Vem ska göra HKB?*

Vem som ska göra HKB kan variera från fall till fall men någon typ av institutionalisering eller lagstiftning är önskvärd. Annars kan det bli spänningar mellan olika nivåer i offentlig förvaltning; mellan det lokala, regionala och nationella planet.

HKB bör integreras i beslutsprocessen, inte hängas på som ett tillägg. I den processen bör folkhälsovetare delta.

HKB har också en viktig roll i politikbildningen, vilka frågor som blir föremål för beslut. På så sätt kan HKB medverka till att hälsan kommer upp på den politiska eller samhälleliga dagordningen.

### *Samband med miljökonsekvensbeskrivningar*

I några länder kombinerar man HKB med miljökonsekvensbeskrivningar, MKB. I Tyskland t.ex. lägger man ut uppdraget på ett institut som gör både HKB och MKB med samma metoder.

### *Öppenhet*

Vem som än gör HKB ska det ändå göras med öppenhet och resultaten ska vara offentligt tillgängliga. På så sätt blir HKB ett sätt varigenom beslutsfattare får ta ansvar för sina beslut.

### *Samarbeta med politiker*

Många sektorer har gemensamma intressen med hälsosektorn. Det är därför viktigt att skapa samarbete mellan politiker och beslutsfattare i andra sektorer kring HKB. Både Amsterdamfördraget och WHO:s Health 21 ger ett klart mandat för att göra HKB.

Politiker har ofta en alltför kort mandattid för att kunna ta hänsyn till hälsokonsekvenser som man oftast ser på längre sikt. De fokuserar dessutom oftast på ekonomisk politik så hälsan kommer i kläm. Men genom att visa på positiva hälsokonsekvensbedömningar kanske man kan hjälpa politiker att vinna röster och på så sätt vitalisera politiken.

Ibland kan det finnas ett motstånd hos politiker att göra HKB därför att man är rädd att det ska komma fram någonting negativt och att en instabil politisk situation kan förvärras.

Strävan bör vara att finna gemensamma intressen med politiker och att lära sig förstå politikernas prioriteringar. Ett annat sätt är att följa WHO:s tradition att påverka utan att pådyvla. Utveckla lokala nätverk kan också vara ett sätt att motivera politiker och övertyga andra sektorer att ta till sig hälsomål. Politikerna ska lära sig förstå att de är folkhälso(med)arbetare.

### *”Timing”*

HKB bör göras när politiken börjar ta form men när det ännu finns möjlighet att göra justeringar. Helst bör folkhälsovetare finnas med i processen. HKB kan också ha en roll i prioritering eller i att utvärdera politik och program.

### *Val av föremål för HKB*

Man bör inte förbruka alla resurser för att göra HKB i en sektor och sedan inte ha resurser för att undersöka andra. Som exempel kan nämnas hur man t.ex. i Sverige satsar stora resurser på att förebygga trafikdöden men ytterst lite för att förebygga självmord. Båda faktorer skördar jämförbart lika många offer per år.

### *På vilken nivå bör HKB göras?*

HKB kan och ska bedrivas på lokal, regional, nationell och internationell nivå. Det beror på frågans art vilken nivå som är mest lämplig. Dessutom är det vanligt att HKB börjar på lokal eller regional nivå för att sedan få genomslag på högre nivåer.

### *Länkar till andra program*

Arbetet med HKB kan och har med framgång länkats till andra program och konventioner. Ett exempel från Sverige är hur man använder FN:s Barnkonvention i kombination med HKB. I England har man inkluderat HKB i arbetet med Agenda 21 och andra program är också tänkbara såsom Healthy Cities-rörelsen.

### *Värderingar*

Politikbildning innefattar värderingar liksom vetenskapliga underlag. Olika värderingar bygger på olika antaganden. Alla aktörer för in sina egna värderingar, medvetet eller omedvetet.

### *Resurser*

Det finns ännu en ganska liten kunskapsbas om vad som krävs för att göra HKB. Den största kunskapen finns ännu inom området miljökonsekvensbeskrivningar. HKB ska ändå inte bara göras av hälsoexperter utan andra sektorer och discipliner måste inkluderas.

### *Behov av forskning*

Det behövs forskning om metoder för HKB och sambanden mellan hälsa och samhällsfaktorer. En erfarenhetsbas behöver också byggas upp.

### *Vad kostar HKB?*

Exempel på vad det kostar att genomföra en HKB kan hämtas från Nederländerna och Storbritannien. I Nederländerna räknar man med att en HKB av en nationell policy kostar mellan 12 500 och 25 000 US dollar. I nordvästra England har en regional HKB kostat 10 000 Pund. Kommersiell sponsring av HKB kan bli aktuell.

### *Databas*

Det är svårt att hitta fullgjorda HKB på t.ex. Medline. Många HKB publiceras inte därför att de inte är vetenskap utan delar i en politisk process. Konsulter kan också ha HKB inlåsta i sina skåp.

Nu planeras en europeisk databas med fullgjorda HKB och The Netherlands School of Public Health planerar att gå i bräschen för det. Tills vidare samlar WHO:s ECHP-kontor HKB-rapporter.

## **Från Bryssel till Biskopsgården – HKB i EU-, nations-, region- och lokalperspektiv**

### *På den europeiska dagordningen*

– Hälsokonsekvensbedömningar kan bli ett mycket viktigt redskap för att sätta folkhälsan på den europeiska dagordningen, säger Michael Hübel från EU-kommissionen.

EU:s Amsterdamfördrag som trädde i kraft i maj 1999 erkänner i artikel 152 att folkhälsan är en viktig tvärsektoriell fråga som är relevant för en lång rad

EU-fördrag. Det heter i fördraget att "en hög grad av hälsoskydd ska garanteras när man formulerar och genomför EU-program och EU-aktiviteter."

– Hälsoproblem flyttar uppåt på EU:s dagordning, säger Hübel. För det första har hälsan skrivits in i flera EU-fördrag. För det andra har man i september 1999 utsett en särskild EU-kommissionär med ansvar för hälsa: David Byrne. För det tredje vill EU ta ett ansvar för folkhälsofrågor som inte kan garanteras av de enskilda medlemsstaterna.

Det som behöver göras nu är att visa lyckade praktiska exempel på HKB. Det kan visa om det är möjligt att förbättra politikbildningen utan att dra ut på beslutsprocessen och skapa onödig byråkrati, anser Michael Hübel.

#### *Hälsan en del av välfärdspolitiken*

– Nyckelfrågan angående HKB på nationell nivå är om det kommer att bidra med något mer än traditionell hälsopolitik, säger Meri Koivusalu vid STAKES i Finland.

HKB kan med framgång bedrivas lokalt, men det finns vissa saker som bara kan lösas på nationell nivå. Dessutom ligger många av de traditionella folkhälsofrågorna som alkohol, tobak, psykosocial hälsa, skador och trafikolyckor *utanför* hälsopolitikens område. Där kan nationella HKB bli mycket viktiga.

Globaliseringen gör att mer och mer av politikbildningen sker antingen på lokal och regional nivå, eller på global nivå. Men den nationella nivån är fortfarande viktig, t.ex. där tvärssektoriella hälsoprogram är en del av statliga välfärdspaket.

#### *Hälsokonsekvensverktyg för kommuner och regioner*

Svenska Landstingsförbundet har arbetat med hälsokonsekvensbedömningar (man använder dock ordet hälsokonsekvensbeskrivningar) sedan 1997. Man har under denna tid utvecklat ett verktyg (som kan beskådas i bilaga 2) avsett för bruk på regional och lokal nivå.

– I våra ögon är HKB avsett för att placera folkhälsan på den politiska dagordningen, medverka till minskad ojämlikhet i hälsa samt medverka till en vitalisering av det politiska livet, säger Karin Berensson från svenska Landstingsförbundet.

– När vi utvecklade verktyget frågade vi mängder av människor i hela Sverige om vad de anser att hälsa är, fortsätter Berensson: verktyget ska vara lätt att använda lokalt och leda in arbetet på jämlikhet i hälsa.

Ett material speciellt för politiker har utvecklats och sänts till 15 000 politiker i Sverige. Landstingsförbundet samarbetar också med Karolinska Institutet för att utveckla vetenskapligt underlag för HKB. Utmaningen som ligger framför handlar om att få kommuner och regioner i Sverige att använda HKB som ett återkommande inslag i politikbildningen och planeringsarbetet.

## **Exempel på HKB i några europeiska länder**

### *Miljö-hälsa och transportpolitik*

För att bygga broar mellan hälsofrämjande arbete å ena sidan och traditionen inom miljö och hälsa å den andra utvecklades konceptet *ekologiskt hälsofrämjande arbete* (Ecologic health promotion).

– Arbetet med hälsokonsekvensbeskrivningar är enligt min mening en av nycklarna till ekologiskt hälsofrämjande arbete, anser Rainer Fehr vid Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst i Bielefeld, Tyskland.

Fehr pekar på att det finns en lång tradition i att göra miljökonsekvensbeskrivningar, ända sedan 1969. Poängen är att utnyttja erfarenheter från det arbetet i hälsokonsekvensbeskrivningar. I det som kallas Bielefeldmodellen har man bl.a. velat bredda synen på såväl miljö- som hälsokonsekvensbedömningar eller beskrivningar. Från att svara på typen av fråga ”Var ska vi bygga vägen?” till att svara på frågor av typen ”Vilken är den bästa transportlösningen?” innebär att man breddar synsättet.

### *Hälsokonsekvenser av EU:s jordbrukspolitik*

Hälsokonsekvenserna av EU:s jordbrukspolitik verkar uppenbara eftersom den innehåller delar som är välkända risk- eller friskfaktorer. De har kartlagts och analyserats av Folkhälsoinstitutet i Sverige:

- ◆ stöd till tobaksodling och tobaksexport
- ◆ reglering av vinproduktion
- ◆ subventionering av feta mejeriprodukter till daghem, skolor och ålderdomshem

◆ stöd till dumpning av frukt och grönsaker för att hålla kvalitet och pris uppe.

– Anledningen till att vi fick uppdraget att göra den här HKB:n är flera, säger Bosse Pettersson vid svenska Folkhälsoinstitutet och fortsätter:

– Sverige är en ganska ny medlem av EU, mängder av nya politiska frågor har blivit aktuella, tobakssubventioner är kontroversiella och subventioneringen av bl.a. fet mjölk har haft en påtaglig effekt för konsumtionen i svenska förskolor och skolor. Jordbrukspolitiken står dessutom för ca hälften av EU:s totala budget.

Resultatet av HKB:n blev:

1. Subventionering av tobaksodling har blivit missriktad p.g.a. överproduktion, dålig kvalitet, dyr export, övervältring av hälsorisker till tredje land och att detta är ett dyrt sätt att försörja tobaksbönder.
2. Regleringen av vinmarknaden blir inget hälsoproblem där för att överproduktion hindras och prisnivån blir högre än världsmarknadspriserna.
3. Reglerna för frukt och grönsaker gör att låginkomsttagare får svårare att ha råd med hälsosam mat.
4. Subventionen av fet mjölk strider mot principen att reducera konsumtionen av mättat fett.

– En annan effekt av jordbrukspolitiken är att EU exporterar den dåliga tobaken till fattiga länder vilket ger ökade hälsorisker i tredje världen, påpekar Charli Eriksson från Folkhälsoinstitutet.

#### *Merseyside Health Action Zone*

Merseyside är området runt Liverpool i nordvästra England; ett av de fattigaste områdena i Storbritannien. Där har man satt igång ett tvärsektorielt folkhälsoprogram på bred front för att lyfta upp regionen ur det dåliga hälsoläget.

– Vi har använt så kallade prospektiva hälsokonsekvensbedömningar, berättar Kate Ardern från Liverpool Health Authority. Metoden går ut på att säkerställa att möjliga hälsoeffekter bedöms redan på planeringsstadiet i alla

program eller projekt. Man vill se HKB som en proaktiv process snarare än reaktiv.

Merseyside Health Action Zone bygger på hälsoprogrammet för Liverpool där medborgarna själva har identifierat föroreningar, fattigdom, bostäder, renhållning, stress och oro samt utbildning som de viktigaste hälsofaktorerna. De fyra målen i Health Action Zone är:

- ◆ att minska andelen sjuka och handikappade
- ◆ att erbjuda hälsosamma jobb
- ◆ att öka livskvaliteten
- ◆ att öka andelen som lever ett aktivt självständigt liv.

#### *Bättre bostäder i norra Edinburgh*

I norra Edinburgh i Skottland har man prioriterat bostadssanering under 1990-talet och undersökt hur detta påverkar folkhälsan.

– Vi valde det här området för att göra en HKB av två skäl, säger Saskia Gavin från Child Health Information i Edinburgh. För det första kan vi använda resultaten till aktuella och framtida bostadssaneringsprojekt och för det andra för att sambandet mellan bostadsstandard och hälsa är ganska erkänd och det är i detta sammanhang som ojämlikheter i hälsa blir särskilt tydliga.

Både fysiska och psykiska hälsokonsekvenser identifierades. De psykiska genom minskad stress och oro orsakad av rädsla för kriminalitet, ekonomisk stress, överbefolkning eller indirekt genom bättre fungerande familjer och gemenskap.

De fysiska konsekvenserna hade främst att göra med installationen av centralvärme och dubbelglasfönster. Sjukdom relaterad till fukt och kyla minskade. Samtidigt rapporterades negativa konsekvenser i form av astma p.g.a. torrare luft och fler förkylningar p.g.a. bättre värme.

#### *Hälsa och politikbildning i Göteborg*

I Göteborg har man ännu inte arbetat systematiskt med HKB men ett antal viktiga dokument har tagits fram under åren.

– Folkhälsoprogrammet för Göteborgs stad är ett resultat av flera års arbete inom kommunen, säger Per Haglind, stadsläkare vid miljöförvaltningen i Göteborg.

WHO:s 38 mål för Europa har också utvärderats i Göteborg där man kontinuerligt följer hälsoutvecklingen.

### **Slutsatser och vägen vidare**

På WHO-mötet i Göteborg identifierades flera viktiga punkter för internationellt samarbete:

- ◆ Identifiera och följ arbetet med HKB, skapa band mellan dem som arbetar med det och identifiera ärenden som kräver HKB.
- ◆ Förespråka och samarbeta kring uppbyggnaden av tillräckliga resurser för HKB i varje land.
- ◆ Upptäck metoder och verktyg för HKB och utveckla dem.
- ◆ Underlätta systematisering, analys och informationsutbyte.
- ◆ Utveckla den typ av kunskap som underlättar HKB.
- ◆ Förstärk internationellt samarbete, informationsutbyte och vägar för gemensamt lärande mellan länder.
- ◆ Identifiera globala krafter och främja adekvat politikbildning.

För att fortsätta utvecklingen av metoder för HKB kom man överens om följande:

- ◆ Pilotstudier ska göras i EU-kandidatländer samt på lokala miljö-hälsa indikatorer.
- ◆ WHO Regions for Health Network kommer att ha HKB som tema på sin årskonferens år 2000.
- ◆ Kommande möten ska titta närmare på urvalsverktyg samt utvecklingen av en databas för HKB.

- ◆ En andra WHO ECHP-konferens skulle kunna handla om kvalitetskriterier för HKB.
- ◆ ECHP ska ha ett möte med europaparlamentariker för att förklara konceptet HKB.
- ◆ Alla deltagare ska leta efter exempel på HKB i sina egna länder och se hur man bäst kan använda HKB i politikbildningen.

## Deltagare

Dr <i>Katy Dale Ardern</i> Liverpool Health Authority Hamilton House 24 Pall Mall Liverpool L36AL United Kingdom	Telephone: +44 151 285 2116 Telefax: +44 151 285 2007 E-mail: <a href="mailto:Kate.Ardern@liverpool-ha.nwest.nhs.uk">Kate.Ardern@liverpool-ha.nwest.nhs.uk</a>
Dr <i>Loukis Athanasiou</i> Acting General Scientific Director Centre of Planning and Economic Research 22, Hippokratous Street 10680 Athens Greece	Telephone: +30 1 3627321 Telefax: +30 1 3630122 E-mail: <a href="mailto:lathanasiou@kepe.gr">lathanasiou@kepe.gr</a>
Dr <i>Reiner Banken</i> Medical Consultant in Public Health Quebec Council for Health Technology Assessment 2021, avenue Union bureau 1040 Montreal (Quebec) Canada H3A 2S9	Telephone: +1 514 864 9933 Telefax: +1 514 873 1369 E-mail: <a href="mailto:reiner.banken@mrst.gouv.qc.ca">reiner.banken@mrst.gouv.qc.ca</a>
Ms <i>Karin Berensson</i> Federation of Swedish County Councils Hornsgatan 20 Box 70491 107 26 Stockholm Sweden	Telephone: +46 8 702 45 40 Telefax: +46 8 702 43 18 E-mail: <a href="mailto:kab@lf.se">kab@lf.se</a>
Professor <i>Charli Eriksson</i> National Institute of Public Health Olof Palmes gata 17 103 52 Stockholm Sweden	Telephone: +46 8 5661 3511 Telefax: +46 8 5661 3505 E-mail: <a href="mailto:charli.eriksson@fhinst.se">charli.eriksson@fhinst.se</a>

<p>Dr <i>Rainer Fehr</i> Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW Westerfeldstrasse 35/37 33611 Bielefeld Germany</p>	<p>Telephone: +49 521 8007 253 Telefax: +49 521 8007 200 E-mail: <a href="mailto:rfehr@hrz.uni-bielefeld.de">rfehr@hrz.uni-bielefeld.de</a></p>
<p>Dr <i>George France</i> Istituto di studi sulle regioni - CNR Lungo Tevere delle Armi 22 00195 Rome Italy</p>	<p>Telephone: +39 06 321 6061 Telefax: +39 06 321 6071 E-mail: <a href="mailto:france@mclink.it">france@mclink.it</a></p>
<p>Mrs <i>Saskia Gavin</i> Team Leader Child Health Information Information and Statistics Division Trinity Park House South Trinity Road Edinburgh EH5 3SQ United Kingdom</p>	<p>Telephone: +44 131 551 8570 Telefax: +44 131 551 1392 E-mail: <a href="mailto:Saskia.Gavin@isd.csa.scot.nhs.uk">Saskia.Gavin@isd.csa.scot.nhs.uk</a></p>
<p>Professor <i>Vilius Grabauskas</i> Rector Kaunas University of Medicine A. Mickevicius street 9 3000 Kaunas Lithuania</p>	<p>Telephone: +370 7 22 61 10 Telefax: +370 7 22 07 33 E-mail: <a href="mailto:vilius.grabauskas@adm.kma.lt">vilius.grabauskas@adm.kma.lt</a></p>
<p>Dr <i>Per Haglind</i> City Medical Officer City of Göteborg Environment Administration Box 360 401 25 Göteborg Sweden</p>	<p>Telephone: +46 31 61 26 00 Telefax: +46 31 61 26 24 E-mail: <a href="mailto:per.haglind@miljo.goteborg.se">per.haglind@miljo.goteborg.se</a></p>
<p>Mr <i>J.T. Jonkheer</i> Policy Coordinator Division of Health Promotion Ministry of Health, Welfare and Sports P.O. Box 20350 2500 EJ The Hague The Netherlands</p>	<p>Telephone: +31 70 340 7228 Telefax: +31 70 340 7303 E-mail: <a href="mailto:jt.jonkheer@minvws.nl">jt.jonkheer@minvws.nl</a></p>

<p>Professor <i>Finn Kamper-Jørgensen</i>  Director  The Danish Institute for Clinical  Epidemiology, DIKE  Svanemøllevej 25  2100 Copenhagen Ø  Denmark</p>	<p>Telephone: +45 39 20 77 77  Telefax: +45 39 20 80 10  E-mail: <a href="mailto:fkj@dike.dk">fkj@dike.dk</a></p>
<p>Dr <i>John Kemm</i>  Welsh Combined Centre for  Public Health  Temple of Peace and Health  Cathays Park  Cardiff CF10 3NW  United Kingdom</p>	<p>Telephone: +44 1222 681 295  Telefax: +44 1222 756 000  E-mail: <a href="mailto:John.Kemm@wales.gsi.gov.uk">John.Kemm@wales.gsi.gov.uk</a></p>
<p>Mrs <i>Meri Koivusalo</i>  GASPP, Globalism and Social  Policies  Programme  STAKES, National Research &amp;  Development  Centre for Welfare and Health  P.O Box 220  00531 Helsinki  Finland</p>	<p>Telephone: +358 9 39 67 23 04  Telefax: +358 9 39 67 24 17  E-mail: <a href="mailto:merikoivusalo@netscapeonline.co.uk">merikoivusalo@netscapeonline.co.uk</a></p>
<p>Dr <i>Margareta Kristenson</i>  Director  WHO Collaborating Centre for  Public Health Sciences  Centre for Public Health Sciences  Linköping University  58183 Linköping  Sweden</p>	<p>Telephone: +46 13 22 50 75  Telefax: +46 13 22 50 95  E-mail: <a href="mailto:Margareta.Kristenson@lio.se">Margareta.Kristenson@lio.se</a></p>
<p>Ms <i>Mary McPhail</i>  General Secretary  European Public Health Alliance  33, rue de Pascale  1040 Brussels  Belgium</p>	<p>Telephone: +32 2 230 30 56  Telefax: +32 2 233 38 80  E-mail: <a href="mailto:mary@epha.org">mary@epha.org</a></p>

Mr *Björn Olsson*  
Public Relations Adviser  
Frank Kommunikation AB  
Klippan 1A  
414 51 Göteborg  
Sweden

Telephone: +46 31 775 86 64  
Telefax: +46 31 14 26 60  
E-mail: [bjorn.olsson@hem.utfors.se](mailto:bjorn.olsson@hem.utfors.se)

Mr *Bosse Pettersson*  
Senior Public Health Adviser  
International Relations  
National Institute of Public Health  
Olof Palmes gata 17  
103 52 Stockholm  
Sweden

Telephone: + 46 8 5661 3500  
Telefax: + 46 8 5661 3505  
E-mail: [bosse.pettersson@fhi.se](mailto:bosse.pettersson@fhi.se)

Professor *Ernst W. Roscam Abbing*  
Netherlands School of Public  
Health  
Admiraal Helfrichlaan 1  
3527 KV Utrecht  
Netherlands

Telephone: +31 30 291 32 32  
Telefax: +31 30 291.32.42  
E-mail: [e.roscamabbing@mailbox.kun.nl](mailto:e.roscamabbing@mailbox.kun.nl)

Dr *Herman van Oyen*  
Head of the Department of  
Epidemiology  
Institut Scientifique de la Santé  
Publique - Louis Pasteur  
14, rue Juliette Wytsman  
1050 Brussels  
Belgium

Telephone: +32 2 642 50 37  
Telefax: +32 2 642 54 10  
E-mail: [herman.vanoyen@iph.fgov.be](mailto:herman.vanoyen@iph.fgov.be)

Mr *Frans van Zoest*  
Netherlands School of Public  
Health  
Admiraal Helfrichlaan 1  
Postbus 8080  
3503 RB Utrecht  
The Netherlands

Telephone: + 31 30 2913279  
Telefax: + 31 30 2913242  
E-mail: [fvanzoest@nsph.nl](mailto:fvanzoest@nsph.nl)

## Representant från European Commission

*Michael Hübel*  
European Commission  
Directorate General V/F/1 - Public  
health analyses, policy  
development, and health in other  
policies  
EUFO 3178  
2920 Luxembourg  
Luxembourg

Telephone: +352 4301 34023  
Telefax: +352 4301 33539  
E-mail: [Michael.HUEBEL@LUX.DG5.cec.be](mailto:Michael.HUEBEL@LUX.DG5.cec.be)

## Lokala arrangörer

*Dr Guðjón Magnússon*  
*Professor Vinod Diwan*  
*Professor Ingvar Karlberg*  
Nordic School of Public Health  
WHO Collaborating Centre for Health Policies, Planning, Public Health  
Education and Patients' Rights  
Box 12 133  
402 42 Göteborg  
Sweden

## World Health Organization

*Dr Roberto Bertollini*, Head, European Centre for Environment and Health  
Division, Rome

*Ms Margaret Douglas*, Short-Term Consultant, European Centre for Health  
Policy, Brussels

*Dr Juhani Lehto*, Scientist, European Centre for Health Policy, Brussels

*Dr Peter Makara*, Acting Regional Adviser for Country Health Policies,  
Regional Office for Europe, Copenhagen

*Dr Anna Ritsatakis*, Head, European Centre for Health Policy, Brussels

*Mrs Marianne Skov Jensen*, Regional Office for Europe, Copenhagen

WHO European Centre for Health Policy  
c/o Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de  
l'Environnement  
Cité Administrative de l'Etat  
Quartier Esplanade, 302  
Boulevard Pachéco 19, boîte 5  
1010 Brussels, BELGIUM

e-mail:  
[echp@health.fgov.be](mailto:echp@health.fgov.be)  
(general ECHP enquiries)

Telefon: 00 32 (0) 2 210 49 83

Fax: 00 32 (0) 2 210 50 37

*Denna rapport kan beställas hos:*

*Telefon*

Nordiska hälsovårdshögskolan  
Box 12133  
SE-402 42 Göteborg  
e-post: [reception@nhv.se](mailto:reception@nhv.se)

031-69 39 00  
031-69 17 77 fax

Folkhälsoinstitutet  
Olof Palmes gata 17  
SE-103 52 Stockholm  
e-post: [info@fhi.se](mailto:info@fhi.se)

08-5661 35 00  
08-5661 35 05 fax

*Rapporten finns också på NHV's och Folkhälsoinstitutets hemsidor:*

[www.nhv.se](http://www.nhv.se)  
[www.fhi.se](http://www.fhi.se)

*Rapporten är sammanställd av:*

Björn Olsson  
Ulveliden 11  
S-416 74 Göteborg  
e-post: [bjorn.olsson@hem.utfors.se](mailto:bjorn.olsson@hem.utfors.se)

## **BILAGA 1**

### **HEALTH IMPACT ASSESSMENT: MAIN CONCEPTS AND SUGGESTED APPROACH**

*Gothenburg consensus paper, December 1999*

#### **Purpose of the Gothenburg consensus paper**

Health Impact Assessment (HIA) is a rapidly developing activity. The present paper is the first in a series intended to create a common understanding of HIA. It clarifies some of the main concepts and suggests a feasible approach to carrying out HIA at all levels (international, national and local). It is aimed mainly at policymakers and provides a departure point for discussion, comments and suggestions for the further development of the HIA approach and its related tools.

#### **Why do we need to develop Health impact Assessment?**

Social, economic and other policies in both the public and private sectors are so closely interrelated that proposed decisions in one sector may impact on the objectives of other sectors. In recognition of this, specific legal and administrative rules, procedures and methods have already been developed in many countries to assess the impacts of policies for example on the environment, employment, economic growth or competition, on cultural and social factors, or on ethnic groups and gender. The general objective of such assessments is to improve knowledge about the potential impact of a policy or programme, inform decision-makers and affected people, and facilitate adjustment of the proposed policy in order to mitigate the negative and maximize the positive impacts.

Although policies in other sectors can have a considerable influence on health and the production or prevention of illness, disability or death, this has so far only been considered to a limited degree, mainly in relation to environmental and social impact assessments. Recent attempts to take a more integrated approach to health and development has put HIA high on the agenda of some governments in Europe (at national, regional and local levels), and of international organizations including WHO and the World Bank. A similarly increased interest is reflected in research circles. An

important step forward has been taken in the European Union through Article 152 of the the Amsterdam Treaty which states that "*A high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all Community policies and activities*", and the Council Resolution of June 1999 calling for the establishment of procedures to monitor the impact of Community policies and activities on public health and health care.

These developments have given a strong impetus to the need for developing common understanding about the core elements of health impact assessment and an international exchange of experience and innovations. This paper contributes to meeting that need.

### **Creating common understanding**

The present paper is based on the results of a more comprehensive discussion document<sup>1</sup> prepared by the WHO European Centre for Health Policy (ECHP) that reviews existing models, and on an important input from members of an HIA e-mail group. A preliminary draft of the consensus paper was presented at a meeting organized by the WHO/ECHP and the Nordic School of Public Health, with the collaboration of the European Commission and participants from across Europe, in Gothenburg, October 1999. On the basis of suggestions made by participants at the Gothenburg meeting, the consensus paper has been revised in its present form. It is therefore a product of the combined efforts of many partners.

The approach to health impact assessment suggested by the Gothenburg consensus paper is shown graphically on the following page. The existing models reviewed in the paper referred to above, did not always use the same terms in the same way. The diagramme is followed therefore, by definitions for the terms used in the ECHP/Gothenburg approach. Definitions for a number of other related terms are also given in the annex, and readers are advised to check these first.

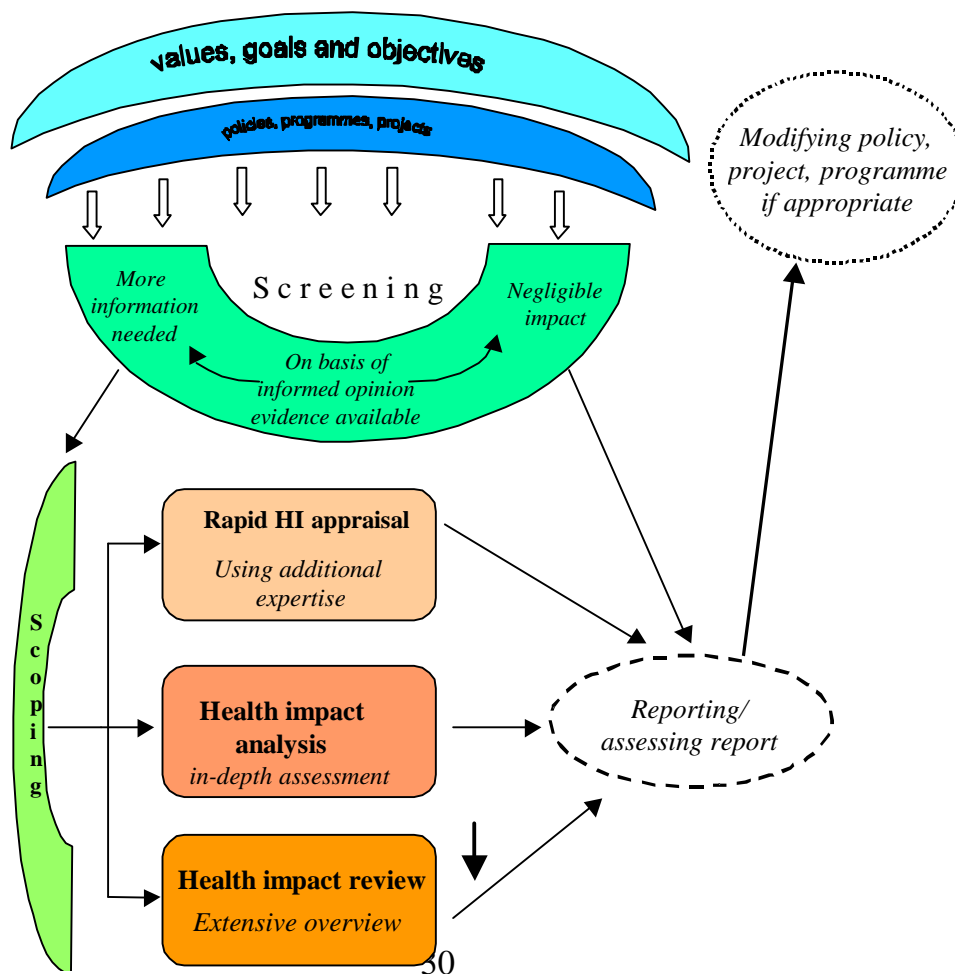
The consensus paper is intended as a "living document". The approach presented here will be discussed in a number of meetings, and networks and most importantly, will be tested and evaluated in practice in a number of pilot projects. As a result, it will be revised and up-dated in a continuous process of improvement.

---

<sup>1</sup> Lehto, Juhani, Ritsatakis, Anna *Health impact assessment as a tool for intersectoral health policy* A discussion paper for a seminar on "Health impact assessment: From theory to practice", Gothenburg, Sweden, 28-30 October, 1999

This is not the only reason however, that the Consensus paper must be seen as a living document. Health impact assessment promises to be a complex process. Already work is underway for example, to develop related tools for screening, to consider the implications of achieving broad participation, communicating potential risks, or negotiating for the adaptation of proposed decisions. The ramifications of the HIA process are so broad that consensus around aspects such as these must be built up gradually. From this first version of the consensus paper which deals only with the core concepts, the ECHP/HIA project will build on and extend the consensus process, and develop companion papers and training modules. Reference is made at the end, to some of the main questions policymakers will have to face immediately in carrying out health impact assessment.

### An approach to health impact assessment



## Values governing HIA

All policy processes are carried out in the framework of values, goals and objectives that may be more or less explicit in a given society and at a given time. It is essential that such values are taken into account, otherwise HIA runs the danger of being an artificial process, divorced from the reality of the policy environment in which it is being implemented.

In the approach proposed here, it is suggested that in addition to promoting the maximum health of the population, four values are particularly important for HIA:

- **democracy**, emphasizing the right of people to participate in a transparent process for the formulation, implementation and evaluation of policies that affect their life, both directly and through the elected political decision makers;
- **equity**, emphasizing that HIA is not only interested in the aggregate impact of the assessed policy on the health of a population but also on the distribution of the impact within the population, in terms of gender, age, ethnic background and socio-economic status;
- **sustainable development**, emphasizing that both short term and long term as well as more and less direct impacts are taken into consideration; and
- **ethical use of evidence**, emphasizing that the use of quantitative and qualitative evidence has to be rigorous, and based on different scientific disciplines and methodologies to get as comprehensive assessment as possible of the expected impacts.

## Core definitions:

### **Health impact(s)**

Health impacts are the overall effects, direct or indirect, of a policy, strategy, programme or project on the health of a population.

(This may include direct effects on the health of the members of the population and more indirect effects through intermediate factors that influence the determinants of the health of the population. Such impacts may be felt immediately, in the short term or after a longer period of time.)

### **Health Impact Assessment (HIA)**

Health Impact Assessment is a combination of procedures, methods and tools by which a policy, program or project may be judged as to its potential effects on the health of a population, and the distribution of those effects within the population.

### **Elements of Health Impact Assessment**

#### **HIA includes the following elements:**

- consideration of *evidence* about the anticipated relationships between a policy, programme or project and the health of a population<sup>2</sup>;
- consideration of the *opinions*, experience and expectations of those who may be *affected* by the proposed policy, programme or project;
- provision of more *informed understanding* by decision makers and the public regarding the effects of the policy, programme or project on health;
- proposals for *adjustments/options* to maximize the positive and minimize the negative health impacts.

### **Timing, stages and types of Health Impact Assessment**

HIA should be an integral part of the policy process. The HIA process starts when there is a proposal or intention to continue or to make changes in an existing policy, or to launch a new policy or project. It should preferably be implemented early enough for any recommendations to be considered before critical choices are already made. The results of retrospective HIA are however, valuable in informing future prospective health impact assessments.

Firstly, there is a need to explore which policies or programmes could have an impact on health and what kind of impact (*screening process*). If further information is needed, a *scoping process* is carried out to determine what further work should be carried out, by whom and how. Whatever type of

---

<sup>2</sup> This is understood to include both the health of the total population and of groups within the population

approach is agreed this will be followed by reporting on the findings, appraisal of the adequacy of the report and finally by action to adjust the proposed policy, programme or project accordingly. The results of any of these stages may require reconsideration of previous stages.

### **Screening for possible health impact**

This is the first and essential step in HIA. In the HIA context, *screening* means making a quick mapping of whether there are potential linkages between the policy, programme or project and health, and what different aspects of health they might affect. This is done on the basis of informed opinion and the evidence already available.

If screening indicates a negligible potential health impact, either positive or negative, or if the health impact is well known, this is reported and the report made available for appraisal by the decision-makers and those affected by the proposed policy, programme or project.

If however, screening indicates that more information is needed, then the scope of this further action has to be decided.

### **Scoping of health impact assessment**

When there is a need for further information on the potential health impact, a process of *scoping* helps to judge:

- which potential direct and indirect health effects of the proposed policy, programme or project need to be further considered,
- with regard to which population,
- by which methods, with which resources, with whose participation and in which time frame the further HIA process will be implemented.

In this approach, it is suggested that the scoping process will reveal the need for one of three broad categories of action, which as can be seen in the diagramme, have been named :

- **rapid health impact appraisal,**
- **health impact analysis and**
- **health impact review.**

## Rapid Health Impact Appraisal

A *Rapid Health Impact Appraisal* is a systematic assessment of the health impact of a policy, programme or project by a number of experts, decision-makers and representatives of those potentially affected by the proposed policy. It is based on an exchange of the existing knowledge of the participants involved, including knowledge gained from previous similar exercises and research.

**As the name suggests, such an appraisal would be carried out without a great deal of resources and rather quickly.**

## Health impact analysis

A *health impact analysis* involves an in-depth examination of a policy, programme or project, its potential impact on health and of the opportunities for adjusting the policy, programme or project to ensure a more positive impact on health. It includes a review of the available evidence, exploration of the opinions, experience and expectations of those who may be affected and, if needed, production and analysis of new data.

It would usually include a broad range of multidisciplinary expertise, and a combination of various methodologies. The resources and time needed for implementation would necessarily be greater than those for a rapid appraisal.

## Health impact review

Some policies, strategies, or clusters of policies, programmes and projects may be so broad as to make an in-depth analysis infeasible. In this case, the process of a *health impact review* may be considered. This aims at creating a *convincing summary estimation* of the most significant impacts on health of the policy or cluster of programmes and projects, without necessarily trying to disentangle the precise impact of the various parts of the policy or cluster on specific aspects of health. It is based largely on a review of earlier published analyses of similar policies. As in the health impact analysis, expert panels and other methods of reviewing the available informed assessments of the policy proposal are used.

The difference between health impact analysis and health impact review lies in the type of policy/programmes/projects being assessed, and the degree to which an attempt is made either to directly relate and possibly quantify or

otherwise measure, cause and effect, or to give a broad-brush view of the impact.

### **Appraisal of the HIA report**

In all cases, following the screening process, rapid appraisal, impact analysis or impact review, a report is prepared including the potential impacts and options for enhancing the positive and minimizing the negative impacts. The report is made public to give those who have legitimate interest an opportunity to become acquainted with the content of the report and express their opinion about it. This *appraisal of the HIA report* may lead to a request to improve the report by additional information and a reappraisal. A summary of comments made during the reappraisal may be added to the report.

### **Adjusting the proposed decision or intention**

The final but essential step is to *act on the results of the HIA*. The decision makers are expected to consider the recommendations of the HIA report and its appraisal, weigh the population health interest against any other interests related to the proposed policy, and to adjust the policy, programme or project in such a way as to maximize positive and minimize negative health impacts.

### **Monitoring and evaluation**

Although a specific HIA essentially ends here, two types of follow-up can be considered. Firstly that the results are made available to inform similar processes, and secondly that a comparison is made in the future between the expected impact of the recommendations adopted and the actual impact, in order to create a continually developing process.

### **HIA and other impact assessments – critical questions to be faced**

The impact on health is included to some extent in models of environmental and social impact assessment. Synergy between different impact assessments may be attained, and overlap or overburden with various impact assessments can be prevented by coordination and cooperation. Whether to carry out separate HIA or to combine this with other impact assessments is just one of the critical questions facing policy-makers. Even when agreement

is reached on the core ideas presented here, there are many more difficult policy choices to be made, including:

**What?** It will be impossible to screen every policy, programme and project so criteria need to be established for what should be screened.

What impacts should be assessed? It is suggested here to include impacts on health outcomes, determinants and risks to health and that these should include an equity component.

**How?** Do we integrate HIA in existing processes, do it separately, or opt for either depending on the issue? Must there be a legal mandate or government regulations, or is there also room for voluntary HIA?

How can we infer causality between policy and outcome and what lines of evidence can contribute to this?

**When?** How early or late is effective? Will there be sufficient information at the conceptual stage? Will a proposal be too difficult to adapt when it is already quite concrete? What can we learn from retrospective HIA?

**Who?** Who does it

- policy or programme proponent?
- independent bodies
- regulatory agencies?
- within the process, who does what?  
(preparing the report, assessing the report, communicating the results for example)
- how can participation inform HIA and how is it best organised?

Who pays? (the proponent, the public sector, others)

**Where?** International, national, local levels?

The ECHP/HIA project will progress stepwise, with many partners, building consensus around concepts and approaches, testing through pilots, revising, further developing and adding tools to the core. The basic consensus paper will be updated continuously and accompanied by additional information documents. Further work is already being carried out on screening and scoping.

## ANNEX - DEFINITION OF RELATED TERMS

### **Health**

WHO glossaries present at least three definitions of health:

- *"Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity" (WHO constitution).*

The glossary of WHO/EURO's *Health21* refers to this definition but suggests that it "expresses an ideal, which should be the goal of all health development activities (i.e. health as a fundamental human right and a worldwide social goal)", and "does not lend itself to objective measurement, and for working purposes a narrower definition is required." A second definition is therefore suggested for this purpose:

- *"Health is the reduction in mortality, morbidity and disability due to detectable disease or disorder, and an increase in the perceived level of health."*

Finally, following the Fourth International Conference on Health Promotion, the following definition was given (WHO, Health Promotion Glossary):

- *"Health is a resource for everyday life, not the object of living. It is a positive concept emphasizing social and personal resources as well as physical capabilities."*

### **Equity in health**

*Equity in health implies that everyone should have a fair opportunity to attain his or her full health opportunity, and that no one should be disadvantaged from achieving this potential.* This term has clear moral and ethical dimensions.

### **Health determinants**

*Health determinants are the personal, social, cultural, economic and environmental factors that influence the health status of individuals or populations.* These include a range of factors such as income, employment, education, and social support, to name but a few.

**Health status**

*The state of health of a person or population assessed with reference to morbidity, impairments, anthropological measurements, mortality, and indicators of functional status and quality of life.*

**Health outcomes**

*Changes in current or future health status of individuals or communities that can be attributed to antecedent actions or measures.*

**Policy**

*A set of statements or commitments to pursue courses of action aimed at achieving defined goals of public or private institutions.*

**Programmes, projects**

In order to implement policies, any number of programmes and projects may be developed. A **programme** is usually a set of actions/projects designed for a specific purpose (for example a child welfare programme, or tobacco control programme). A **project** is usually more narrowly defined, although in terms of resources used it may be larger or smaller than a programme (for example, the building of an oil refinery, or a small training course might both be defined as projects).

**Values**

*Values denote worth or desirability.*

In policy terms, "solidarity" or "democracy" would be examples of values.

**Participation**

*In the policy field, participation relates to the active involvement of all interested parties in the planning, operation and control, monitoring and evaluation of the use of measures and resources.*

**Monitoring**

*The regular observation, surveillance, or checking of changes in a condition or situation, or changes in activities.*

**Evaluation**

*The systematic assessment of the relevance, adequacy, progress, efficiency or effectiveness of a policy, programme or project, in relation to its intended aims and objectives.*

**Impact assessment**

The dictionary definition of an **impact** is an "effect or influence" and of **assessment** is the "estimation of size, quality, value".

It has been said that public sector policymaking draws on two general categories of assessment and evaluation traditions: policy analysis and evaluation, and impact assessment. Policy analysis and evaluation is described as being part of the policymaking process whereby an attempt is made to explore whether or not policies are meeting their defined objectives, whereas impact assessment also looks at unintended consequences, spin-offs or side-effects.

### Hälsofrågan

- A. Främjar förslaget utvecklingen för utsatta grupper/ befolkningens hälsa med tanke på den sociala miljön (t.ex. möjligheter att påverka, arbete och stöd medmänniskor emellan)?

Ja  Nej

- B. Främjar förslaget hälsoutvecklingen för utsatta grupper/ befolkningen då det gäller vissa riskfaktorer (t.ex. i den fysiska miljön eller levnadsvanor)?

Ja  Nej

- C. Står förslaget i samklang med övergripande mål för kommunen/landstinget?

Ja  Nej

Kommentarer/motivering:

.....

Förslag till alternativ:

.....

Vår bedömning är att:

.....

## Hälsomatrisen

	Prioriterad grupp		Hela befolkningen	
	Lång sikt	Kort sikt	Lång sikt	Kort sikt
Demokrati/möjlighet att påverka/jämställdhet				
Ekonomisk trygghet				
Arbete/sysselsättning/ utbildning				
Socialt nätverk				
Tillgång till vård och omsorg				
Framtidstro/mål och mening				
Fysisk miljö				
Levnadsvanor				

Står förslaget i samklang med det övergripande målet för landstinget/kommunen?

Ja           Nej

Kommentarer/ beskrivning:

.....

Förslag till alternativ:

.....

Vår bedömning är att:

.....

## Hälsokonsekvensanalysen

### Generella frågeställningar

- 1a: Vad säger den lokala folkhälsorapporten om hälsoförhållanden hos olika grupper i kommunen/landstinget? Finns det grupper som är hälsomässigt särskilt sårbara eller redan utsatta för många hälsorisker, eller finns det grupper för vilka hälsoutvecklingen varit särskilt problematisk?
- 1b: Finns det hälsopolitiska mål preciserade?

Frågeställningar kopplade till det aktuella ärendet

2. Finns det specifika hälsorisker som kan antas minska eller öka till följd av det föreslagna beslutet? Uppträder de kända effekterna på kort (inom 5 år) eller på lång sikt?
3. För ohälsans fördelning är det avgörande vilka grupper som drabbas av minskade/ökade hälsorisker och om beslutet kan tänkas stärka olika gruppers förmåga att hantera svårigheter eller – tvärtom – öka deras sårbarhet.
4. Hur påverkas den sociala miljön i lokalsamhället av beslutet?
5. Finns det risk för att beslutet kan innebära att vissa grupper drabbas ”dubbelt”, d.v.s. att både hälsoriskerna ökar och att förutsättningarna i den sociala miljön försämras?
6. Finns det alternativa lösningar, som leder till bättre hälsa för de utsatta grupperna och befolkningen som helhet?
7. Sammanfattning

