

RAPPORT

Utvärdering av Hälsokonsekvensbeskrivningar (Hkb) inför beslut i kommunala nämnder

Innehåll

SAMMANFATTNING

1	Uppdraget	4
1.1	Syfte	4
2	Hkb- en bakgrund	4
2.1	Initiativet Hkb	5
2.2	Erfarenheter av Hkb	6
2.2.1	Svenska kommunförbundets och Landstings- förbundets rekommendationer	6
2.2.2	Framgångsfaktorer för Hkb i praktiken	6
2.2.3	Vad kan vi lära av Mkb?	6
2.2.4	Utvärdering av Hkb i landsting	7
3	Utvärdering	7
3.1	Hkb i Örnköldsviks kommunala nämndsarbete	7
3.2	Implementering	9
3.3	Uppföljning	9
4	Metod	9
4.1	Utvärderingsperspektivet	9
4.2	Utvärderingens genomförande	10
4.2.1	Fokusgrupper	10
4.2.2	Intervjuer	10
4.2.3	Urval till fokusgrupper och intervjuer	11
5	Resultat	11
5.1	Fokusgrupperna	11
5.2	Intervjuerna	12
5.2.1	Tillämpning av Hkb	12
5.2.2	Insikt om politikens påverkan på hälsa	13
5.2.3	Rutiner	13
5.2.4	Matrisen	13
5.2.5	Återkoppling/uppföljning	14
5.2.6	Attityder	14
5.2.7	Förslag till förändring	14
5.2.8	Övrigt	15
6	Diskussion	15
6.1	Har Hkb tillämpats av kommunala nämnder på alla ärenden som rör barn och ungdomar?	15
6.2	Vad har då möjliggjort tillämpning av Hkb eller ej?	16
6.3	Har arbetet med Hkb kunnat belysa/analysera hur politiska beslut påverkar människors möjligheter till god hälsa?.....	17
7	Slutsatser och förslag till åtgärd	17
	Referenser	
	Bilagor	

RAPPORT:

Utvärdering av Hälsokonsekvensbeskrivningar (Hkb) inför beslut i kommunala nämnder i Örnköldsvik

Sammanfattning

Våra folkvalda politiker har en viktig roll och särskilt ansvar för befolkningens hälsa. Örnköldsviks politiker är medvetna om att de politiska besluten i hög grad styr kommunmedborgarnas livsvillkor och förutsättningar för god hälsa. Av den anledningen har Örnköldsvik som en av några kommuner i Sverige tagit initiativet att sätta en ny och på kommunal nivå ej ännu utvärderad metod: Hälsokonsekvensbeskrivningar. Ett initiativ helt i linje med nationella rekommendationer att utveckla metoder för folkhälsoarbete. Kommunfullmäktige beslutade 2001 att politikerna i de kommunala nämnderna själva skulle tillämpa Hkb på alla ärenden som rör barn- och ungdom, och på sikt, inför beslut på alla ärenden. Kommunfullmäktige gav Folkhälsoenheten i uppdrag att efter 2 år presentera en utvärdering av Hälsokonsekvensbeskrivningar.

Utvärderingen hade som syfte att presentera politikernas erfarenheter från tillämpningen av Hkb inför beslut i alla kommunala nämnder på ärenden som rör barn och ungdomar samt värdera den praktiska tillämpningen av Hkb- verktyget. Utvärderingen begränsades till att undersöka om Hkb tillämpats enligt beslut, vad som möjliggjort det eller ej samt om arbetet med Hälsokonsekvensbeskrivningar har kunnat belysa/ analysera hur politiska beslut påverkar människors möjlighet till en god hälsa. Material till utvärderingen insamlades dels genom information från nyckelpersoner, dels genom fokusgrupper och intervjuer med nämndsledamöter. Erfarenheter har samlats in från experter inom området. I resultatet framkom att politiker idag inte tillämpar Hkb med matrisen som verktyg, men att man har ett visst hälsotänkande inför beslutsfattandet. Verket har därmed ej kunnat belysa/ analysera hur politiska beslut påverkar människors möjlighet till god hälsa. Beroende på vilken ambitionsnivå kommunen har med Hälsokonsekvensbeskrivningar inför beslut, behövs olika insatser för att gå vidare. Förändring i rutiner och metoder krävs för att Hkb ska utvecklas till ett instrument som bidrar till beslutsfattande och till en utveckling som värnar folkhälsan.

1. Uppdraget

Kommunfullmäktige i Örnköldsvik beslutade i maj 2001 att Hälsokonsekvensbeskrivningar (Hkb) ska göras inför beslut på alla ärenden som rör barn- och ungdomar (0 –25 år) i samtliga kommunala nämnder. Folkhälsoenheten fick av kommunfullmäktige i uppdrag att ansvara för uppföljning och utvärdering.

1.1 Syfte

Utvärderingsrapportens syfte är att presentera erfarenheter från tillämpning av Hkb inför beslut inom kommunala nämnder i Örnköldsviks kommun, samt värdera den praktiska tillämpningen av Hkb-verktyget.

Frågeställningarna har varit:

- Har hälsokonsekvensbeskrivningar tillämpats, inför politiska beslut, på alla ärenden som rör barn- och ungdom i alla kommunala nämnder?
- Vad har möjliggjort eller ej möjliggjort tillämpning av Hkb?
- Har arbetet med hälsokonsekvensbeskrivningar kunnat belysa/ analysera hur politiska beslut påverkar människors möjligheter till en god hälsa?

2. Hkb – en bakgrund

De flesta beslut som fattas av olika samhällsaktörer påverkar hälsan och miljön, både för individer, grupper och för samhället i stort. Ansvar för folkhälsan finns därmed hos alla beslutsfattare, även om besluten kanske inledningsvis inte direkt kopplas till hälsa eller sjukdom. Alla tjänar på sikt att folkhälsan blir bättre och därför lönar det sig att sträva efter att se helheten, att ha ett hälsofrämjande synsätt.

I ”Mål för folkhälsan” (1) framhåller regeringen i sin proposition vikten av metodutveckling för synliggöra olika politikområdets ansvar att skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Hälsokonsekvensbeskrivningar är en sådan metod. För att utjämna skillnaderna i hälsa är det viktigt att vara observant på de eventuella följder ett politiskt beslut kan få för de grupper som har en sämre hälsoutveckling än andra. Det är viktigt att ha en bild av hälsoläget i kommunen för att kunna mäta förändringar över tid och för att nå målet; en god och jämlik utveckling av befolkningens hälsa. Folkhälsoarbete är hälsoinriktad kommunpolitik eftersom framtidens villkor och folkhälsa bestäms i stor utsträckning av dagens beslut. Att förbättra folkhälsan är ett långsiktigt och tålmodigt arbete och det kan ta många år innan man kan se resultat av olika insatser.

2.1 Initiativet Hkb

Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet arbetade mellan 1995 och 1998 i ett politiskt programarbete för folkhälsofrågor, kallad Folkhälsoprogrammet. De tog bl.a. initiativ till att utveckla hälsokonsekvensbeskrivningar. Arbetet hade som mål :

- att stimulera landsting och kommuner till arbete med hälsokonsekvensbeskrivningar och
- att utveckla verktyg på hälsokonsekvensbeskrivningar av politisk beslut på regional och lokal nivå (2).

Hälsokonsekvensbeskrivningar förkortas i dagligt tal till Hkb. Metoden är ett sätt att tydliggöra hälsofrågorna i politiken och de invånare som berörs, samt på ett systematiskt sätt belysa och pröva om det aktuella beslutet kommer att leda till bättre hälsa eller rent försämra hälsan hos befolkningen. Genom att synliggöra hälsokonsekvenserna kan en avvägning göras mot andra intressen innan ett politiskt beslut fattas, och bli en vägvisare mot mer ”hälsosamma beslut.” Detta kan göras på olika sätt och med olika ambitionsnivå.

Svenska kommunförbundet har i ett utvecklingsarbete med Landstingsförbundet och representanter för kommun och landsting utvecklat förslag på verktyg för Hkb inför politiska beslut. Verktygen ska ge stöd i de vardagliga beslutssituationerna.

De tre verktygen med olika ambitionsnivå är;

- 1)Hälsofrågan, den enklaste bestående av tre frågor om beslutets konsekvenser för människors hälsa.
- 2) Hälsomatriisen, består av en matris som underlag för att påvisa hur ett beslut bl.a. kan påverka olika förhållanden och grupper.
- 3) Hälsokonsekvensanalysen, den mest omfattande modellen som innehåller dels allmänna frågeställningar, dels specifika frågeställningar som kopplas till det aktuella ärendet.

Dessa förslag på Hkb- verktyg kan användas som de är eller anpassas och utvecklas efter skiftande förutsättningar och behov. Bästa sättet är att pröva sig fram.

2.2 Erfarenheter av Hkb

2.2.1 Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundets rekommendationer

Det finns rekommendationer att innan arbetet påbörjas bör det finnas en bild av hälsoläget i kommunen och kunskap om vilka grupper som har en mindre god hälsa eller hälsoutveckling. Man bör också titta på om förslaget står i samklang med övergripande mål för kommunen. Vid användningen är en viktig förutsättning att ju tidigare i ärendehantering Hkb utförs, desto större möjligheter att påverka processen. Generellt bör det inte krävas särskild kompetens för att tillämpa Hkb utan kunna göras av politiker och utredare i det ordinarie arbetet, mer komplicerade ärenden kan kräva assistans från samhällsmedicinsk enhet eller folkhälsoenhet. Hälsa påverkas av många faktorer och därför är tvärsektorieellt arbete värt att eftersträva d.v.s. att en grupp med olika kompetenser diskuterar förslagen tillsammans. I vissa ärenden kan referensgrupper vara värdefulla för att öka medborgarinflytandet och fånga in folks åsikter och värdeprioriteringar (2).

2.2.2. Framgångsfaktorer för Hkb i praktiken

”Politisk vilja samt förankring på alla nivåer är viktigt för att nå framgång med Hkb som metod. En viktig förutsättning är att utbildning erbjuds för alla som ska arbeta med Hkb,” säger Carina Nilsson, hälsoplanerare i Malmö, som arbetat praktiskt med Hkb sedan 1997. ”Det är viktigt att ha kunskap om den ojämlika hälsan och dess konsekvenser, god kunskap om hälsans bestämningsfaktorer bland handläggare / utredare samt fördjupad insikt i förhållandet politik och folkhälsa bland politiker-na,” säger Nilsson. Andra framgångsfaktorer är tydliga beslut om vilka ärenden Hkb ska gälla, samt att alla handläggare är delaktiga. Referensgrupper/medborgargrupper kan användas i processen för att få in nya perspektiv och öka demokratin(3).

2.2.3. Vad kan vi lära av miljökonsekvensbeskrivningar (Mkb)

Hkb har idag inte stöd i lagstiftningen på samma sätt som Mkb. Miljökonsekvensbeskrivningar har funnits med i Sveriges lagstiftning sedan 1991. ”Genom att dra paralleller mellan Hkb och Mkb finns det många erfarenheter att ta till sig,” säger Tuija Rydevik, docent vid Forskningsrådet. Rydevik betonar att grundförutsättningen för en lyckad konsekvensbeskrivning är att utforma planeringsprocessen så att den rätta

kunskapen tas fram vid rätt tidpunkt av rätt person. ”Det gäller alltså att ta fram ett bra beslutsunderlag. Konsekvensbeskrivningsarbetet ska helst börja på utredningsnivå, medan ärendet bereds av tjänstemän,” menar Rydevik (4).

2.2.4. Utvärdering av Hkb i landsting

Hälsokonsekvensbeskrivning infördes 1999 i Sydvästra sjukvårdsområdet i Stockholms läns landsting. I Hkb- arbetet deltog både tjänstemän och politiker. Politikernas roll var att efterfråga och använda Hkb, medan tjänstemännens roll var att utföra Hkb. Efter 1 års arbete, med flera utvecklingsinsatser, visar utvärderingen att de viktigaste framgångsfaktorerna för genomförandet av Hkb var den enighet mellan politisk och administrativ ledning om att införa Hkb samt en grundlig förankringsprocess på alla nivåer. En viktig förutsättning var återkommande tillfällen för utbildning, möjlighet att påverka processen samt tydlighet i rutinerna (5).

I Göteborg har Hkb- användningen utvärderats i Hälso- och sjukvårdskansliet. Även där var både tjänstemän och politiker med i arbetet. De positiva omdömet är att Hkb kan vara ett sätt att styra medel till förebyggande insatser. Hkb är en garanti för att man tänkt långsiktigt, en motvikt till de ekonomiska konsekvenserna. Man kan se ökad kvalitet på besluten. Nackdelarna är att den ansträngda ekonomin styr beslutsfattandet, så att Hkb blir mer en formalitet än ett reellt bidrag samt att Hkb nästan enbart görs i ärenden av folkhälsonatur. Slutsatsen blev att man beslutade att fortsättningsvis ska Hkb beaktas som en naturlig del i ärendebereidningen (6).

3. Utvärdering

3.1 Hkb i Örnköldsviks kommunala nämndarbete

Under våren 1998 lades en motion till Kommunfullmäktige Örnköldsvik som manade till att beakta folkhälsofrågor i konsekvensbeskrivningar för kommunala verksamheter. Motionären betonade vikten av att, innan beslut fattas, väga in konsekvenser för folkhälsan likväl som miljömässiga eller ekonomiska konsekvenser. Motionen bifölls och KS antog handlingsplan för framtagandet av riktlinjer för hälsokonsekvensbeskrivningar september 1999. Handlingsplan för riktlinjer utarbetades av folkhälsorådets arbetsgrupp under våren 2000.

Som en av utgångspunkterna för arbetet föreslogs att pröva en redan utarbetad modell; Hälsokonsekvensbeskrivning, som fokuserar hälsofrågorna i politiken. Modellen var relativt ny och inga utvärderingar fanns

att tillgå. En annan utgångspunkt var använda ett processinriktat arbets-sätt. För att få praktiskt fungerande metoder var det viktigt att politikerna var delaktiga. Den tredje utgångspunkten var att till en början inrikta sig på ärenden som rör barn- och ungdom, en prioritering grundad i flera kommunala dokument, samt FN:s barnkonvention.

Samtliga nämnders arbetsutskott samt respektive förvaltningschefer och utredare inbjöds våren 2000 till en utbildningsdag med syfte att förbättra kunskaperna kring hälsans/ ohälsans påverkansfaktorer och sambandet mellan demokrati och hälsa. Alla nämnders arbetsutskott fick senare möjlighet att praktiskt prova verktyg för Hkb samt ge synpunkter på verktyg och genomförande. Processen avslutades med förslag på riktlinjer för beskrivningarna.

Sammanfattade synpunkter: Alla var överens om att Hkb ska in i beslutsprocessen så tidigt som möjligt. Det var delade åsikter om utredande tjänstemän eller politiker eller båda skulle göra Hkb. De flesta ansåg att Hkb skulle göras på nämnds-nivå och vilka ärenden Hkb skulle omfatta hade de lite olika syn på.

Ett förslag formades och behandlades i NPU, KS samt i förtroenderådet, och kommunfullmäktige tog sedan beslut 2001-05-28 enligt följande:

- Hälsokonsekvensbeskrivningar ska göras av alla kommunala nämnder på alla ärenden som rör målgruppen barn och ungdomar (0-25 år).
- Hälsokonsekvenser ska på sikt även ska omfatta övrig kommunal verksamhet.
- Hälsokonsekvensbeskrivningar skall göras av förtroendevalda med "hälsomatrisen" som arbetsverktyg.
- Arbetet med hälsokonsekvensbeskrivningar skall påbörjas från och med 1 juli 2001. Arbetet skall följas upp efter 12 månader och en utvärdering skall presenteras efter 2 år. Folkhälsoenheten ansvarar för uppföljning och utvärdering.

Ansvar för introduktion/ information om förfarandet åligger respektive kommunfullmäktige-grupp. Folkhälsoenheten kan i detta arbete biträda som resurs.

En matris (bil.1) togs fram som byggde på ett förslag från kommun- och landstingsförbundet. Kommunen valde en modell som kräver rätt stora insatser från den enskilde ledamoten. Tanken var att de förtroendevalda, i samband med utskick av kallelsen/ föredragningslistan för kommande sammanträde, skulle använda sej av den bifogade matrisen för att beakta hälsokonsekvenser.

3.2 Implementering

Införandet och igångsättandet bestod i den arbetsprocess som föregick beslutet om att använda Hälsokonsekvensbeskrivningar. Möjligheten att använda Folkhälsoenheten som resurs tillvaratogs av två partier vid de ras partigruppmöten samt av en nämnds båda arbetsgrupper under hösten 2001.

3.3 Uppföljning

Enkäter med frågeställningar skickades ut under december 2002 till kommunfullmäktiges gruppledare samt till nämndernas presidium. 13 personer besvarade enkäten av totalt 26. I sammanställningen går att utläsa att Hkb användes i genomsnitt 3,7 ggr/år. Hälften önskade mer utbildning beträffande Hkb. 7 ansåg att Hkb hade varit en hjälp i beslutsprocessen, 4 svarade nej och 2 svarade vet ej. En politiker tyckte det blivit lättare att fatta beslut medan sju svarade att det blivit svårare. Uppföljningen har inte utmynnat i några ytterligare insatser.

4. Metod

4.1 Utvärderingsperspektivet

Det finns idag rekommendationer för hur utvärderingar inom folkhälsoområdet bör genomföras. För att kunna bedöma det sammantagna resultatet av en insats bör utvärderingen omfatta såväl process som resultat för att ge förklaring till de resultat som uppnåtts eller ej, samt få kunskap om vilka effekter som uppnåtts utifrån uppsatta mål.

I beslutet om Hkb i kommunalt arbete i Örnköldsvik finns inga detaljerade mål beskrivna, mer än att Hkb ska tillämpas inför beslut, i alla nämnder, på alla ärenden som rör barn- och ungdomar. Men i den föregående processen har nämnts att "Hkb på ett mer systematiskt sätt ska belysa/ analysera hur politiska beslut påverkar människors möjligheter till god hälsa." (7)

Det är viktigt att eftersträva interaktion genom att intressenter deltar i såväl beslutsfattandet som i utvärderingen. Detta uppfylls delvis eftersom 9 av 21 politiker som deltog i utvärderingen av tillämpning av Hkb, också satt med i kommunfullmäktige när beslut togs att införa Hkb.

Eftersom kommunfullmäktige uttryckte en vilja att på sikt utöka Hkb-arbetet till att gälla alla ärenden, är utvärderingen formativ. Tanken är att utifrån utvärderingens resultat, förmedla rekommendationer till förbättringar i en pågående verksamhet.

4.2 Utvärderingens genomförande

Förförståelse har uppnåtts dels genom litteraturoversyn, samt insamling av information från nyckelpersoner och sammanträdes- och beslutshandlingar. Dels genom samtal med kunniga inom området på Statens folkhälsoinstitut, Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet samt med hälsoplanerare i andra kommuner/ landsting med erfarenhet av implementering och utveckling av hälsokonsekvensbeskrivningar/ bedömningar.

Utvärderingen har gjorts med kvalitativa metoder och datainsamling har skett i form av fokusgrupper och djupintervjuer, med syfte att insamla politikernas erfarenheter och möjliggöra förståelse för processer och sammanhang som påverkar tillämpningen av Hkb.

De 21 som deltog i utvärderingen har bidragit med stor mängd information jämfört med exempelvis ett enkät- förfarande till alla politiker. Det insamlade materialet är troligtvis inte representativt för nämndspolitiker i Örnköldsvik, men ger en djupdykning i hur en fjärdedel av ordinarie nämndspolitiker resonerar kring arbetet med Hälsokonsekvensbeskrivningar. En kvalitativ analys har gjorts fortlöpande.

4.2.1 Fokusgrupper

Två fokusgrupper genomfördes under mars 2004 för att identifiera viktiga förutsättningar för att tillämpa Hkb, samt ringa in relevanta frågor som senare användes i djupintervjuerna. Fokusgruppsfråga: *Vilka förutsättningar är viktiga för att jag ska kunna arbeta med Hälsokonsekvensbeskrivningar?*

Fokusgruppmetoden belyste politikernas åsikter i frågan, värdering av olika faktorer och betygsättning av rådande förutsättningar i Örnköldsviks nämnder.

4.2.2 Intervjuer

Vid individuella möten intervjuades 12 ordinarie nämndspolitiker av samma intervjuare. Inbjudan till intervju gjordes löpande eftersom materialet styrde valet av nästa respondent. Materialet analyserades fortlöpande vilket gjorde att insamlandet av intervjumaterial tog relativt lång tid. Tidsmässigt genomfördes intervjuerna mellan mars – juli 2004. Materialet dokumenterades med hjälp av sekreterare under fokusgruppintervjuerna, intervjuerna bandades och skrevs ut. Deltagandet i djupintervjuerna var anonymt. Tidsåtgång per intervju och fokusgrupp skiftade mellan en timme upp till två timmar.

4.2.3 Urval till fokusgrupper och intervjuer

Eftersom inga särskilda rutiner var föreslagna vid introduktionen av Hkb-arbetet, fanns anledning att tro att arbetet med Hkb kunde se olika ut i respektive partigrupp och i de olika nämnderna. Därför fördelades urvalet mellan samtliga politiska partier med mandat i kommunfullmäktige samt från varje kommunal nämnd. Deltagandet fördelades lika bland kvinnor och män. Eventuellt bortfall skulle om möjligt ersättas genom att intervjuaren kallar in annan politiker ur samma nämnd.

Båda fokusgrupperna utgjordes av ordinarie nämndspolitiker som var aktiva i nämnder under mandatperioden då Hkb infördes och som även tjänstgör idag. Politikerna i den ena fokusgruppen var med och fattade beslut om att införa Hkb, vilket inte var fallet i den andra. Likaså var hälften av de intervjuade politikerna delaktiga i beslutet om att införa Hkb. Orsaken till denna indelning var att utforska om de som var delaktiga i beslutet uttryckte faktorer som skiljde sig från övriga.

Deltagande uppgick totalt till 21 personer; 9 deltog i fokusgrupp och 12 djupintervjuades. De utgjorde en åldersblandad samling av politiker, en del aktiva i arbetsutskott, gruppledare, ordförande och 1:e och 2:e vice-ordförande. Cirka en fjärdedel av nämndernas ordinarie ledamöter deltog i utvärderingen.

Ett bortfall på 3 personer i ena fokusgruppen konstaterades, men materialet gick ändå att använda. I den andra fokusgruppen ersattes en förhindrad med en ersättare ur samma nämnd.

5. Resultat

5.1 Fokusgrupperna

De faktorer som varje fokusgrupp tyckte var viktigaste förutsättningen för att kunna arbeta med Hkb, var faktorer som rör politikernas arbetsklimat och meningsfullhet: att det är ett gott samarbete samt att få återkoppling/ uppföljning på effekter av ärendet där Hkb tillämpas inför beslut. Övriga faktorer som ansågs vara viktiga förutsättningar var; att Hkb aktualiseras vid mötet, att jag kan påverka beslutet, att kunskap finns att Hkb skall göras, att jag ger tid åt att reflektera samt har kunskap och engagemang.

När gruppernas 4 viktigaste faktorer betygsattes hur de fungerar idag, sattes låga betyg på rutinerna: Hkb aktualiseras vid mötet samt återkoppling/uppföljning av effekter av ärendet. Bästa betyg fick politikernas engagemang i ärenden och att det är ett gott samarbete.

De viktigaste faktorerna framkomna ur fokusgrupperna lades till huvudfrågorna i den semistrukturerade¹ frågeguiden (bil 2) som användes vid djupintervjuerna. Efter slutförda fokus- möten uttryckte flera politiker att de upplevt samtalet som viktigt och intressant. En politiker kände sig dock inte delaktig då ämnet upplevdes helt obekant.

Alla fokusgruppdeltagare fick båda gruppernas resultat hemskickade enligt önskemål och ömsesidig överenskommelse.

5.2 Intervjuerna

Huvudfrågorna i utvärderingen; om Hkb har tillämpats, vad som möjliggjort eller ej möjliggjort tillämpning, samt om Hkb- arbetet kunnat belysa hur politiska beslut påverkar människors möjlighet till god hälsa, behandlades i intervjuerna. Synpunkter på matrisen som hjälpmedel framkom och åsikter om de förutsättningar för Hkb-arbetet som fokusgrupperna framhöll som viktiga, diskuterades. I samtalen framkom områden som rutiner, verktyg, attityder, kunskap.

Politikerna fick även möjlighet att själva ge förändringsförslag.

5.2.1 Tillämpning av Hkb

På frågan om man idag tillämpar Hkb inför beslut på ärenden som rör barn- och ungdom svarar alla: Nej, inte idag. 8 svarar att man gjorde det inledningsvis eller förut. Av dessa uppger 4 politiker ”att man tänkt på Hälsokonsekvenser i huvudet” men inte använt matrisen. 3 säger att man inte gjort Hkb någon gång alls. En politiker har inte gjort Hkb men säger sig ändå ”ha det tänket ” sedan förut.

De faktorer som de flesta uppger möjliggjort arbetet med Hkb; är det personliga intresset samt att man tycker att hälsokonsekvenser är viktiga. Några uttrycker att deras yrke har koppling till att tänka hälsokonsekvenser. Matrisen fungerade som en påminnare när den skickades ut. Att Folkhälsoenheten varit representerad på möten beskriver 2 nämndspolitiker som en orsak som möjliggjort arbetet med Hkb. Den allmänna opinionen i samhället nämndes som en möjliggörande faktor.

Svaren på vad som ej möjliggjort arbetet med Hkb är många flera. Det som nämns mest är att arbetet med Hkb ej är prioriterat, att andra saker pockar på intresse och tid. Vid 4 intervjuer nämns att man helt enkelt

¹Intervjuaren utgår från en i förväg uppgjord frågeguide för att täcka in samtliga frågor, men använder också spontana följdfrågor.

glömt bort det. Flera uttrycker också att det finns en utbredd osäkerhet inför Hkb- arbetet, ”man är ej insatt, alltså man äger det inte”. En annan orsak, tror vissa, var att politiker som började tjänstgöra vid nya mandatperioden har ej fått information om beslutet.

3 politiker beskriver förmodad irritation i gruppen om mötet förlängs på grund av diskussioner. En uttrycker: ”Generellt för alla partier vill 7 av 10 ledamöter att sammanträdet ska ta slut så fort som möjligt.” Några tror att ”det blir helt enkelt för jobbigt, för om Hkb skulle tas på allvar skulle det få så stora konsekvenser för besluten att man skulle säga: det här klarar vi inte.” En politiker uttrycker ”vi tar beslut om Hkb med höger hand men gör nåt annat med vänster, en slags dubbelmoral.”

Sammantaget finns en tveksamhet bland 10 av de 12 intervjuade politikerna om inte politikernas roll är att bedöma och besluta, istället för att utföra beskrivningen. De tycker att det är en tjänstemannauppgift att stå för adekvata, objektiva underlag.

5.2.2 Insikt om politikens påverkan på hälsa

Av dem som någon gång tillämpat Hkb svarar 3 att Hkb för dem kunnat belysa hur politiska beslut påverkar människors möjlighet till god hälsa. Övriga som någon gång använt Hkb tycker att inte Hkb belyst det, utan att de insett det ändå; genom vissa arbetsuppgifter man utfört som politiker, genom insikt i folkhälsofrågor i allmänhet samt genom den egna förståelsen. Några anser att det kommunala folkhälsoprogrammet som behandlades ungefär samtidigt hade bidragit till insikt.

5.2.3 Rutiner

Flera av politikerna uttrycker en avsaknad eller osäkerhet kring rutinerna. Någon har fått instruktioner att fylla i och lämna in sin matris till nämndssekreteraren, andra har uppfattat att ordförande ska aktualisera Hälsokonsekvensbeskrivningar i mötet.

5.2.4 Matrisen

5 politiker har någon gång använt matrisen. Enligt 8 av politikerna skickades matrisen ut med handlingarna, men inte nu längre. Övriga säger sig ej ha fått den utskickad. Hälften av de 8 tycker att matrisen är komplicerad, och borde göras enklare. En tycker: ”den är onödig, men den kanske behövs för den som är ovan,” en annan säger: ”ska matrisen användas så behövs det mera utbildning – det är svårt att beskriva konsekvenser.” En politiker upplever den inte alls svår, men tror det beror på sina erfarenheter av folkhälsofrågor.

Flera av politikerna har förslag till förbättringar av matrisen. 3 förslår omarbetning av matrisen, att en enkelhet eftersträvas som gör att "man genomsyras av tanken." "Gör om den till 3 punkter, men utbilda så att alla vet vad de står för, så blir det i efterhand en process man automatiskt tänker i huvudet." Några önskar att den kunde integreras i alla handlingar eller finnas i marginalen lättillgänglig så att man kommer ihåg. Ett förslag var att varje föredragande sammanfattar med en Hkb-fråga. Flera efterlyser utbildning/ information om hur matrisen ska användas. Någon uttrycker: "Den måste vara hanterbar för att det ska vara meningsfullt." Flera politiker har funderingar på om de egentligen vet vilka som är sårbara grupper, och några vet inte vad de olika bestämningsfaktorerna står för.

5.2.5 Återkoppling/ uppföljning

4 politiker efterlyser en återkoppling av effekter av ärenden och ser det som nödvändigt för att kunna följa upp resultatet. "Uppföljningar är det dåligt med rent allmänt, vad gäller hälsa mycket dåligt," uttrycker sej en politiker. 3 säger att ingen återkoppling görs alls. Endast en av politikerna har uppfattningen att återkoppling sker kontinuerligt hela tiden.

5.2.6 Attityder

Alla politiker tycker att Hälsokonsekvensbeskrivningar är viktiga men två markerar att hälsofrågorna är viktiga och inte matrisen. På frågan om de ställer sig positiv eller negativ till Hkb säger sig 10 politiker vara positiv till Hkb. Övriga 2 svarar: "negativ- därför att det inte stämmer in i nämndens arbete" och "för att så tänker vi ju redan – Hkb skapar alldeles för mycket formalia." En politiker uttrycker: "Jätteviktigt - det är ju grundplattformen," en annan: "Det är en preventiv åtgärd som vi i framtiden har nytta av, ett långsiktigt tänkande."

8 politiker tror att Hälsokonsekvensbeskrivningar kan påverka besluten om Hkb verkligen tillämpades och om argument kom fram. Två har annan åsikt: "ekonomin går före hälsan" samt "Nej, det är svårt att röra ett befintligt förslag till beslut." Alla utom en politiker upplever ett gott samarbete i grupperna. Någon beskriver arbetsgruppens klimat till Hkb som "kallt", trots gott samarbete i gruppen.

5.2.7 Förslag till förändring

Alla politiker som provat att tillämpa Hkb har förslag på förändringar. Kunskap, information och utbildning är de mest återkommande orden i

ledamöternas förslag. 8 av 12 efterfrågar någon slags repetition eller genomgång av tillämpning men också kunskaper om bakomliggande orsaker till hälsa/ohälsa. Av dessa tycker hälften att dialog/ samtal är en viktig metod. ”Mer tid behöver läggas på Hkb-arbetet för att få nya vanor och uppnå kvalitet,” uttrycker någon. Flera menar att brist i kunskap samt osäkerhet gör att hela proceduren med hälsokonsekvensbeskrivning och matris blir jobbig, vilket gör att man lägger den åt sidan.

Förändrade rutiner är ett förslag som återkommer. Några tycker att tydliga arbetsrutiner är viktigt. Två politiker vill genom någon slags rutin, synliggöra om Hkb görs i ärenden; ”Det stärker ställningen för Hkb, om det dokumenteras”. ”Hur ska annars revisorerna granska att beslut om Hkb följs?”

8 av 12 ifrågasätter att ansvaret för hela Hkb- proceduren efterfråga, beskriva och bedöma, lagts på politikerna. De föreslår att tjänstemän står för underlaget. En av rösterna: ”Det skulle underlätta att göra bedömning om man hade alternativ från tjänstemannaförslaget som visade positiva/negativa konsekvenser.”

5.2.8 Övrigt

Vid intervjuens avslutning säger flera politiker att samtalet varit nyttigt och att det satt igång reflexioner om roller och om beslutsfattandet. Några röster: ”Man sitter och beslutar nåt man sen struntar i att göra.” ”Samtalet var bra, jag börjar tänka.” ”Ja, vem ska göra vad egentligen?”

6. Diskussion

6.1 Har Hälsokonsekvensbeskrivningar tillämpats av kommunala nämnder på alla ärenden som rör barn- och ungdomar?

Svaret på utvärderingens huvudfråga kan sammanfattas i: Hälsokonsekvensbeskrivningar med matrisen som verktyg tillämpas ej idag på alla ärenden i kommunala nämnder som rör barn- och ungdom, men en majoritet tänker på ett eller annat sätt på hälsokonsekvenser. Trots en övervägande positiv inställning till Hälsokonsekvensbeskrivningar och en fullständig enighet om att Hälsokonsekvensbeskrivningar är viktiga, har de 12 politikerna endast i enstaka fall tillämpat Hkb eller initierat samtal utifrån förväntade hälsokonsekvenser.

6.2 Vad har då möjliggjort eller ej möjliggjort tillämpning av hälso-konsekvensbeskrivningar?

I arbetet med utvärderingen har det tydligt framgått brist på mål med Hkb- arbetet, mål som anger ambitionsnivå och förväntad effekt. Politikerna har ej fått förutsättningar att lyckas då alla ej fått information/ utbildning , varken vid implementering eller uppföljning. I intervjuerna uttrycker flera politiker att det fanns ett engagemang i inledningsskedet av Hkb- arbetet, som avtog med tiden. Bristen på tid för samtal i ämnet samt osäkerhet hur de skulle använda verktyget gjorde att motivationen avtog. Även politiker med personligt intresse upplever arbetet svårhanterligt. Brister i implementering och introduktion leder till osäkerhet, vilket inte är en bra grund för tilltro till en ny metod och nytt verktyg. På så sätt upplever politikerna få fördelar i att använda Hkb. Att de flesta ändå har en positiv attityd kan innebära att de vet att alla tjänar på sikt på att verka för jämlik hälsa och därför lönar det sig att sträva efter att se helheten, att ha ett hälsofrämjande synsätt.

Är osäkerhet orsaken till att man inte lyfter frågor om hälsokonsekvenser? Är man rädd att försena beslutsprocessen eller belysa konsekvenser som skulle kunna vinkla liggande förslag åt ”fel” håll? Knappast, de flesta ledamöterna upplever ett gott samarbete och klimat i arbetsgrupperna. Den demokratiska tanken om allas rätt att påverka, formulera, genomföra och utvärdera åsidosätts knappast av något slags grupptryck. Osäkerheten över vem som borde ta upp diskussionen rymmer flera reflexioner. Här väntar man sig att någon annan har ansvaret. Kanske det uttrycker kärnan i problemet. Om man inte sitter med väl genomarbetade argument tar man inte sammanträdestid i anspråk. Politikerna har inte underlag att diskutera utifrån, att ta ställning till. Enligt beslutet har alla en rättighet att lyfta frågan – men också en skyldighet. Varför ser politikerna fler hinder än möjligheter? Antagligen därför att man inser sina begränsningar att utföra Hälsokonsekvensbeskrivningar med kvalitet.

För att förstå tillämpning av Hkb behövs insikt i vad arbetsprocessen innehåller; avgöra om Hkb ska utföras, beskriva hälsokonsekvenser samt bedöma dem. Här kan man ställa sig frågan vilken som är politikernas roll. Många ger uttryck för sina begränsningar som fritidspolitiker, både i tid och i kunskap.

Man kan dra lärdom av hur miljöärenden behandlas. Miljökonsekvensbeskrivningar skulle inte uppnå god kvalitet om de behandlades som hälsokonsekvenser hanteras; kort framförhållning, brist på kunskapsunderlag.

Att politiker tillämpar "Hälsokonsekvensbeskrivning i huvudet" är mycket positivt. Att man har ett sätt att tänka som omfattar så vid grad av påverkansfaktorer som hälsa handlar om, verkar lite för bra för att vara sant. Då vore diskussioner vid ärenden vara oundvikliga. Varje politiker sitter troligen med synpunkter på olika aspekter av hälsokonsekvenser, men ett samarbete med handläggare skulle ge en mer heltäckande bild av hälsorisker och möjligheter. De slutsatser som dokumenterades från ett internationellt arbetsmöte på Nordiska hälsovårdsskolan "Hkb från teori till praktik" framhöll "vikten av balans i "att Hkb får inte bli en byråkratisk rutin som skapar merarbete och försenar beslutsprocessen, men måste ändå hålla tillräcklig substans för att ge ett mervärde i beslutsfattandet"(8). Betoning av att det måste vara enkelt att använda verktyget måste vägas emot komplexiteten av frågor som utgör hälsans bestämningsfaktorer.

6.3 Har arbetet med Hkb kunnat belysa/analysera hur politiska beslut påverkar människors möjligheter till en god hälsa?

Hälsokonsekvensbeskrivningar utan ifyllda mallar har svårt att ge skriftligt synliga svar på sambandet mellan politiska beslut och hälsa. De subjektiva svaren baseras på begränsad erfarenhet av Hälsokonsekvensbeskrivningars betydelse, men visar på andra källor till medvetenhet om sambandet politik och folks hälsa. Det personliga intresset visar sig ha stor betydelse, men får inte vara avgörande. Om folkhälsofrågor aktualiseras, främst vid politiska möten men också i samhällsdebatten, bidrar de till insikt.

7. Slutsatser och förslag till åtgärd

Den övergripande insikten från utvärderingen är att förutsättningarna för politiker att själva utföra Hälsokonsekvensbeskrivningar är begränsade. För att Hkb ska vara ett hjälpmedel att kunna prioritera i den politiska beslutsprocessen krävs inblandning av både tjänstemän och politiker. Det är också den förutsättning som planeringschefer/ hälsoplanerare samt andra ansvariga för utveckling av Hkb i landet, beskriver som viktig framgångsfaktor.

För att Hkb ska utvecklas till ett instrument som bidrar till beslutsfattande och en utveckling som värnar folkhälsan behöver insatser göras.

Folkhälsoenheten föreslår därmed kommunfullmäktige

- att i det fortsatta arbetet med Hälsokonsekvensbeskrivningar utse en arbetsgrupp, bestående av politiker och tjänstemän från respektive nämnd, som med samordning från Folkhälsoenheten, får i uppdrag att utveckla Hkb- arbetet; tydliggöra mål och rutiner samt planera för informations- och utbildningsinsatser.

Referenser:

1. Regeringens proposition 2002/ 03:35 Mål för folkhälsan
2. Landstingsförbundet / Sv. Kommunförbundet. Med fokus på hälsan
3. Muntlig källa; Folkhälsostämman 2004 Stockholm; Carina Nilsson, hälsoplanerare MAS Malmö, Anita Linell, enhetschef Statens FHI
4. Landstingsförbundet / Sv. Kommunförbundet. Politik och hälsa
5. Landstingsförbundet/ Sv Kommunförbundet; HKB i ett sjukvårdsområde
6. HKB på Hälsö- och sjukvårdskansliet i Göteborg
7. Riktlinjer för Hälsokonsekvensbeskrivningar vid politiska beslut antagna av kommunstyrelsen 1999.08.30
8. Rapport från internationellt arbetsmöte, Nordiska hälsovårdshögskolan; Hälsokonsekvensbedömningar från teori till praktik 1999.10.31