

Slutrapport

1(55)

2008-11-26

Dnr 700-3757-07

Socialdepartementet
Statens folkhälsoinstitut

**Utveckling av metoder för hälsokonsekvensbedömningar
2007-2008 vid Länsstyrelsen Västernorrland**

- slutrapport av uppdrag 36 i Regleringsbrev för länsstyrelserna 2007

**ISSN: 1403-624X
Rapport 2008:17**

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	3
GENOMFÖRANDE; PROCESS OCH RESULTAT	3
<i>Val av verksamhetsgrenar och ärenden</i>	3
Tidsåtgång och konsekvenser av bedömningarna	4
<i>Jämförelse av erfarenheter från tre aktuella hälsokonsekvensbedömningar på programnivå</i>	5
<i>Övriga moment i processen</i>	5
Samverkan med Statens folkhälsoinstitut, sammanfattning och erfarenheter	6
<i>Framgångsfaktorer i processen</i>	7
De medverkandes erfarenheter	7
GENOMFÖRANDEPROCESSEN UR ETT METODIMPLEMENTERINGSPERSPEKTIV	8
<i>Reflektioner kring uppdraget</i>	8
MÖJLIGA VÄGAR TILL FORTSATT UTVECKLING AV METODEN	11
FÖRSLAG TILL LÄNSSTYRELSEN VÄSTERNORRLANDS FORTSATT ARBETE INOM OMRÅDET FOLKHÄLSOPOLITIK	13
HÄNVISNINGAR	15
BILAGA 1. HÄLSOKONSEKVENSBEDÖMNING INFÖR BESLUT OM MEDEL TILL FÖRSTUDIE FÖR FÖRBÄTTRAD INTRODUKTION OCH INTEGRATION I REGION MITT DNR 851-891-08	17
BILAGA 2. HÄLSOKONSEKVENSBEDÖMNING INFÖR BESLUT OM HASTIGHET PÅ VÄG Y31753, STRÄCKAN KÄXED - SÖDRA ENTRÉN SKULESKOGENS NATIONALPARK DNR 700-3757-07	23
BILAGA 3. HÄLSOKONSEKVENSBEDÖMNING AV REMISSUTGÅVA, TILLVÄXTPROGRAM VÄSTERNORRLAND 2008-2010 - ETT SEKTORSPROGRAM MED BAS I VISION VÄSTERNORRLAND 2010 DNR 700-14132-08	32

INLEDNING

Länsstyrelsen Västernorrland har i uppdrag nr 36 i regleringsbrevet för 2007 haft att i samråd med Statens folkhälsoinstitut utveckla metoder för bedömning av hälsokonsekvenser (HKB) av insatser inom tre av sina verksamhetsgrenar. Framtagna metoder skall utgå från bestämningsfaktorer för folkhälsan inom folkhälsopolitiken som är relevanta för myndighetens verksamhet. Uppdraget redovisas härmed till Socialdepartementet och Statens folkhälsoinstitut.

Länsstyrelsen Västernorrland har tolkat uppdraget som att i första hand genomföra hälsokonsekvensbedömning på tre egna ärenden för kunskapsutveckling inom den interna organisationen, och i andra hand bidra till kunskapsspridning om hälsokonsekvensbedömningar och folkhälsa externt. Länsstyrelsen har således valt att tillämpa den metod som beskrivs i Statens folkhälsoinstituts rapport *Vägledning för hälsokonsekvensbedömningar* för att se om den lämpar sig för användning inom länsstyrelsen Västernorrlands verksamheter, och om möjligt identifiera brister/utvecklingsbehov i metoden och arbetsprocessen.

Välfärdsavdelningen har haft det övergripande ansvaret för genomförandet av uppdraget. Länsamordnare Solgun Lundgren och utredare Anna Karlsson, båda med magisterutbildning i folkhälsovetenskap, har haft uppdraget att planera och genomföra samt driva arbetet i samarbete med berörd personal kopplade till de utvalda ärendena.

I denna slutrapport har länsstyrelsen valt att benämna hkb-”case” som *ärenden*, eftersom det ordet på ett bättre sätt speglar länsstyrelsens verksamhet och är lättare att böja i svenskt tal och skrift.

Som bilagor till denna rapport bifogas de tre hälsokonsekvensbedömningar som länsstyrelsen Västernorrland genomfört inom ramen för uppdraget.

GENOMFÖRANDE; PROCESS OCH RESULTAT

Val av verksamhetsgrenar och ärenden

Redan i början av 2007 diskuterade ansvariga för uppdraget med ledningsgruppen, och där bestämdes vilka verksamheter som skulle fokuseras. Under arbetets gång skedde förändringar som gjorde att de tre slutliga verksamhetsgrenarna för prövning av metoden blev:

- *Social omvårdnad*: att genomföra en hälsokonsekvensbedömning av en socialfondsansökan om medel till förstudie för att förbättra introduktion och integration i Region Mitt.
- *Trafikärenden samt övrig ärendehandläggning*: att genomföra en hälsokonsekvensbedömning inför beslut om hastighet på väg Y31753
- *Regional utveckling*: att genomföra en hälsokonsekvensbedömning som remissvar från Välfärdsavdelningen till revideringen av det regionala tillväxtprogrammet.

I januari 2008 genomfördes det första ärendet i samarbete med ansvariga för projektansökan. Hälsokonsekvensbedömningen bifogades som en bilaga till ansökan, eftersom det i ansökningsformuläret saknades lämpligt utrymme att hänvisa till resultat och slutsatser från bedömningen.

Inledningsvis avsåg länsstyrelsen att pröva hkb-metoden på skötselplanen för Skuleskogens nationalpark (verksamhetsgren *miljömålsarbete*). Inför detta samråd de ansvariga både med Statens folkhälsoinstitut och Naturvårdsverket. Länsstyrelsens nationalparksförvaltare prövade förslaget till skötselplan i den workshop om hkb som länsstyrelsen arrangerade i maj 2007. Förslaget till skötselplan föreföll mycket omfattande och i vissa avseenden även mycket detaljerad. I stället genomfördes under våren 2008 hälsokonsekvensbedömningen inför ett beslut gällande hastigheten på den enskilda väg som leder till nationalparkens södra entré. Verksamhetsgrenen ändrades därmed till *Trafikärenden samt övrig ärendehandläggning*.

Då arbetet med att revidera det regionala tillväxtprogrammet för Västernorrland kommit så långt som till en remissutgåva i maj 2008 beslutades att pröva att genomföra en hkb på denna. Det väntades även ge möjligheter att jämföra resultat och erfarenheter från den hälsokonsekvensbedömning som Statens folkhälsoinstitut genomfört på Strukturfondsprogrammet för Mellersta Norrland (det vill säga Jämtlands och Västernorrlands län). Hälsokonsekvensbedömningen av RTP genomfördes av de ansvariga för uppdraget, och lämnades in som ett remissvar från Valfärdsavdelningen till tillväxtsektariatet den 30 september 2008.

Ytterligare ett försök att pröva metoden har genomförts på en projektplan. Processen kom dock inte längre än till steg ett – screening av huruvida projektet är lämpligt att genomföra en hälsokonsekvensbedömning på. Att den inledande bedömningen blev att inte gå vidare med hälsokonsekvensbedömningen beror på att projektet var tänkt att inriktas enbart på befolkningsgruppen barn och endast beröra folkhälsomålsområde tio. Projektet var också tänkt att skapa bättre kostrelaterade förutsättningar för hälsa för målgruppen, och därmed skulle en hkb-matris på 1x1 ruta visa på en självklar förbättring. Ur folkhälsoaspekt vore det en angelägen satsning med ett sådant projekt, men ur metodutvecklingsperspektiv föreföll det orimligt att fortsätta att genomföra en hkb på projektplanen.

Tidsåtgång och konsekvenser av bedömningarna

Hälsokonsekvensbedömningarna har blivit allt mer omfattande, och har också fått ta tid i anspråk för att genomföras. Uppskattningsvis genomfördes det första ärendet på totalt cirka 40 arbetstimmar för samtliga involverade. Arbetet med övriga ärenden har tagit något längre tid. Det är länsstyrelsen Västernorrlands uppfattning att arbetet kunnat utföras effektivt, och att tidsåtgången är störst i början. Ju fler ärenden som görs, desto effektivare blir processen och risken att råka ut för fallgropar minskar.

Det är inte möjligt att bedöma vilken påverkan hälsokonsekvensbedömningen som bifogades ansökan om förstudie för förbättrad introduktion och integration i region mitt kan ha fått, om förstudien beviljats.

Hälsokonsekvensbedömningen i Käxedsärendet inkluderades i (och påverkade) den slutliga handläggningen och beslutet. Det kan därför sägas ha kommit fram till det femte steget i arbetsgången för en hälsokonsekvensbedömning – uppföljning och utvärdering avseende *processen*. Hälsomässiga konsekvenser kan dock inte följas upp förrän tidigast 2013.

Det är ännu för tidigt att säga om, och i så fall på vilket sätt, sekretariatet för det regionala tillväxtprogrammet väljer att beakta de skrivningar och förslag som lades fram i hälsokonsekvensbedömningen/remissvaret i den slutliga revideringen av programmet.

Jämförelse av erfarenheter från tre aktuella hälsokonsekvensbedömningar på programnivå

Under 2008 har åtminstone tre hälsokonsekvensbedömningar genomförts på styrdokument på regional nivå. Dels länsstyrelsen Västernorrlands hkb av det regionala tillväxtprogrammet, dels Statens folkhälsoinstituts sociala hållbarhetsanalys av Strukturfondsprogrammet för Mellersta Norrland och dels Stockholms läns landstings (Centrum för folkhälsa) hälsokonsekvensbedömning av den regionala utvecklingsplanen för Stockholmsregionen, kallad RUFSS 2010. De tre analyserna har i vissa avseenden gjort liknande erfarenheter och kommit till närbesläktade slutsatser:

- Både i fråga om RUFSS 2010 och RTP framstår *fördelning* av hälsa som en viktig aspekt att beakta i programmen, då satsningarna enligt förslag medför risk för ökade sociala klyftor.
- När det gäller samtliga tre program kan konstateras att en bedömning på programnivå blir mer allmänt hållen och inte så konkret som att göra hälsokonsekvensbedömning på projektnivå eller på en handlingsplan utifrån programmet.
- Bedömningarna av konsekvenser för hälsa av de tre programmen är skrivna både per befolkningsgrupp och per målområde/bestämningsfaktor respektive per RUFSS-strategi - det vill säga både ”vågrätt och lodrätt i en hälsomatrix”.
- En kärngrupp med sakkompetens som driver processarbetet i ärendena framstår som en framgångsfaktor.

Övriga moment i processen

- De ansvariga har deltagit i samtliga möten med det länsstyrelsenätverk som bildats för folkhälsofrågor och uppdraget. Där beslutades att länsstyrelsen Västernorrland var en av länsstyrelserna som inbjöd till workshop om hkb i samarbete med Statens folkhälsoinstitut. Workshopen genomfördes i Härnösand den 10 maj 2007, med deltagare från

länsstyrelserna i Norrbottens, Västerbottens, Västernorrlands och Gävleborgs län.

- De ansvariga har presenterat uppdraget och hur en hälsokonsekvensbedömning kan gå till för länets sju kommuner i samband med de kommunsamråd som länsstyrelsens Plan- och bostadssektion regelbundet anordnar. Till de kommuner som håller på att ta fram nya översiktsplaner har material och underlag för hkb lämnats. Länsstyrelsen stödjer en kommun som avser att utarbeta en modell för konsekvensbedömning och illustration av påverkan bland annat gällande översiktsplanen.
- De ansvariga har deltagit i den nionde nordiska folkhälsokonferensen i Östersund i juni 2008 där hkb diskuterades både under ett seminarium och informellt.
- Den tvärsektoriella länsgrupp inom RUP som har fokus på livsmiljöfrågor (Handlingslinjen Livsmiljö – det goda vardagslivets län) har av de ansvariga kontinuerligt informerats om uppdragets process och resultat.

Samverkan med Statens folkhälsoinstitut, sammanfattning och erfarenheter

Då en av utgångspunkterna för uppdraget var att samverka med Statens folkhälsoinstitut har länsstyrelsen Västernorrland valt att nämna den samverkan som skett i löptexten och under denna rubrik ge en koncentrerad bild av samverkan och erfarenheter.

- Workshop och samråd kring skötselplanen för Skuleskogens nationalpark
- Länsstyrelsen fått muntliga kommentarer från institutet på de ärenden som genomförts inom ramen för uppdraget
- Statens folkhälsoinstitut har deltagit i nätverksmöten och stått värd för studiebesök i samband med möte i Östersund
- Länsstyrelsen har fungerat som extern referensgrupp och lämnat synpunkter på rapport angående institutets hälsokonsekvensbedömning på strukturfondsprogrammet för Mellersta Norrland
- Möte/workshop angående att bygga upp struktur för länsstyrelsens bedömning av RTP, diskussion kring institutets erfarenheter med bedömning av strukturfondsprogrammet
- Diskussioner om att utveckla hälsokonsekvensbedömningar kopplade till länsstyrelsens arbete inom det alkohol- och drogförebyggande området

Länsstyrelsen Västernorrland upplever att kontakterna med Statens folkhälsoinstitut har varit värdefulla för båda parter och att samverkan fungerat utmärkt. Fortsatt samverkan i eventuellt kommande uppdrag och i övrigt känns angeläget. Förutom de personliga kontakterna har länsstyrelsen Västernorrland i hög utsträckning använt och spritt institutets publikationer och underlagsmaterial för sitt arbete med uppdraget, både internt och externt.

Framgångsfaktorer i processen

Kvalitativa bedömningar kan innebära en risk för subjektivitet, tyckande och osäkerhet. För att skapa legitimitet kring metodiken och resultaten förefaller det viktigt att föra ett öppet resonemang kring och motivera sina ställningstaganden samt att använda relevanta källor som stöd. De ansvariga tjänstemännens kunskaper i folkhälsovetenskap och erfarenhet av processhantering har varit viktiga faktorer för ett framgångsrikt genomförande av uppdraget. Arbetet har kunnat inrikta sig på fördjupad förståelse, något som också kunnat göras relativt tidseffektivt sett till omfattningen på uppdraget och resultaten av de tre ärenden som genomförts.

Den utveckling som har skett under uppdraget har noterats i ett processdokument som under arbetets gång fyllts med idéer, funderingar och erfarenheter. Dokumentet har hela tiden legat på en gemensam server och har varit till god hjälp för att skriva denna slutrapport. Fördelarna är att det är lättare att se den utveckling som skett under dessa två år – hur resonemanget utvecklats i slutet jämfört med i början. Det gör också uppdraget mindre personbundet (sårbart) om erfarenheter finns nedskrivna i stället för att lagras enbart som tyst kunskap.

En variant av processdokument är den sharepoint och maillista som kontaktpersonerna för uppdraget har tillgång till för att kommunicera mellan nätverksmötena och för att dela med sig av dokument och kunskap på området. Länsstyrelsen Västernorrland ser det som vitalt att dessa tekniska stöd kan fortsätta nyttjas. En analys/syntes av samtliga länsstyrelsernas slutrapporter för uppdraget vore intressant att genomföra. Länsstyrelsernas olika tolkning av uppdraget, och de skilda områden som valts ut för att pröva och utveckla metoden har bidragit till en mångfald av erfarenheter och exempel på användning.

För att sprida erfarenheterna av metoden och försöka göra folkhälsofrågorna än mer kända inom organisationen och externt, planerar de ansvariga vid länsstyrelsen Västernorrland att presentera de tre genomförda ärendena och slutrapporten i olika forum, såsom arbetsplatsträff, personalmöte alternativt fredagsseminarium för länsstyrelseanställda, nätverksträffar med kommunernas och landstingets hälsoplanerare, livsmiljöbokslut för länet inklusive dess referensgrupp ”Handlingslinjen livsmiljö – det goda vardagslivets län”.

De medverkandes erfarenheter

De handläggare vid länsstyrelsen Västernorrland som genom uppdraget har blivit mer medvetna om metoden och målområdena för folkhälsa är positiva till att det finns ett verktyg för att vidga sitt tänk utöver de perspektiv de vanligen anlägger på ett ärende. De har framför allt sett fördelar med att, om möjligt, upptäcka skillnader mellan hur olika befolkningsgrupper påverkas – i synnerhet ett barnperspektiv (ett perspektiv som de allra flesta på myndigheten är väl medvetna om skall genomsyra alla verksamheter och länsstyrelsebeslut). Det står dock klart att man behöver upprepade gånger träning i metoden, och göra fler hkb-ärenden än ett per område, för att bli förtrogen med metodiken och också upptäcka möjligheter att undvika fallgropar och vidareutveckla metoden. Ett exempel på hur handläggare

tagit till sig själva ”tänket” är att handläggaren för trafikärenden lagt till målområdet om säkra miljöer till den miljöbedömningsmatris som görs till varje ärende, och på en övergripande nivå kan resonera kring om beslutet innebär större eller mindre konsekvenser för någon befolkningsgrupp.

GENOMFÖRANDEPROCESSEN UR ETT METODIMPLEMENTERINGSPERSPEKTIV

Uppdraget, vare sig det var enskilt meningen att kortsiktigt pröva eller långsiktigt införa hälsokonsekvensbedömningar på länsstyrelserna, eller att i ett vidare perspektiv arbeta in folkhälsofrågorna som en del i den sociala dimensionen av hållbar utveckling och skapa en ökad medvetenhet om dem i organisationen, har gett upphov till många reflektioner. Så här i slutet på uppdraget, innan länsstyrelsen Västernorrland ännu vet *om*, och i sådana fall i vilken form, det blir ett folkhälsorelaterat uppdrag i regleringsbrevet för 2009 har reflektioner över föreliggande uppdrag gjorts ur ett implementeringsperspektiv utifrån Statens folkhälsoinstituts rapport nr 2007:20 Från nyhet till vardagsnytta – en forskningssammanställning av Karin Guldbbrandson.

Reflektioner kring uppdraget

Enligt rapporten börjar processen – steg 1 - när någon får en idé om att en ny metod kan användas för att möta ett behov eller lösa ett problem. Denna idé kan exempelvis komma från organisationen själv eller från någon annan aktör som känner till metoden och ser behovet. I detta fall kom direktiv från regeringen i form av ett regleringsbrev.

Idén presenteras, och ett beslut fattas i regel högt upp i organisationen. Vid länsstyrelsen Västernorrland fick ansvariga tjänstemän tidigt tillträde till ledningsgruppen, som beslutade vilka verksamhetsgrenar som fick i uppdrag att pröva metoden.

Steg 2 handlar om planering, förberedelser och genomförande av de aktiviteter som krävs för att uppnå den förändring som eftersträvas. Reflektioner kring det är att detta steg är avhängigt ledningsgruppens inställning till uppdraget, och möjligheterna att avsätta resurser i form av arbetstid och/eller ekonomiska resurser att genomföra uppdraget (beroende på om det ses som en rent intern angelägenhet eller om länsstyrelsen ska agera gentemot exempelvis kommuner gällande hkb). Sak- och metodkunskap på området underlättar planering, förberedelser och genomförande ytterligare. Det första året av uppdraget kan sägas ha gått åt till planering och förberedelser, exempelvis den workshop som länsstyrelsen Västernorrland arrangerade tillsammans med Statens folkhälsoinstitut. Genomförandet av de tre ärendena har skett under år 2008. Två år förefaller vara en lämplig tidsrymd för att kunna genomföra ett uppdrag av denna karaktär.

När den nya metoden har integrerats både praktiskt och organisatoriskt så sker i steg 3 en utvärdering och lokala anpassningar görs vid behov. Ett resultat i termer av att metoden är integrerad i länsstyrelsen Västernorrlands verksamheter har ännu inte uppnåtts. För det krävs ytterligare ett eller ett par års arbete (med

utgångspunkt i ett konkret folkhälsorelaterat uppdrag). Föreliggande slutrapport kan dock sägas vara en utvärdering av utvecklingen hittills, och vilka behov av anpassning/metodutvecklingsområden som länsstyrelsen Västernorrland i dagsläget kan se.

Forskning har urskiljt komponenter som har betydelse för hur bra resultatet av en implementering blir. De mest grundläggande komponenterna är:

- att det finns ett behov, och att metoden är den rätta för att hantera situationen.

Kommentar: Folkhälsofrågor som en del av socialt hållbar utveckling har inte tidigare haft någon självklar plats i länsstyrelsesfären, men länsstyrelsen Västernorrland anser att hkb-metoden varit *ett* värdefullt redskap för att börja resonera i folkhälsotermerna, och att den även kan användas för att integrera flera ”horisontella perspektiv” som länsstyrelserna har att beakta och/eller arbeta för. Det hänger även samman med fler av de grundläggande komponenterna som lyfts fram i rapporten, såsom att:

- metoden har synliga fördelar
- den stämmer med organisationens normer, värderingar och arbetssätt
- den är enkel att använda
- den kan testas i liten skala

Kommentar: De tre hkb-ärenden som länsstyrelsen Västernorrland genomfört har varit/blivit olika omfattande, men alla kan sägas vara ”i liten skala”. Länsstyrelsen ser det som en fördel att ha genomfört tre avgränsade ärenden på olika områden i stället för att enbart göra hälsokonsekvensbedömning på ett enda, men mycket omfattande, ärende. Tre ärenden medförde en längre process med mer mellanliggande utrymme för reflektioner och feedback. Samtliga medverkande handläggare är positivt inställda till metoden.

Vidare menar rapporten att dessa komponenter är viktiga:

- den kan anpassas till mottagarens behov
- den erbjuder kunskap som kan generaliseras till andra sammanhang

Kommentar: Just det sistnämnda kan ses som en mycket viktig komponent. Uppdraget har bidragit till en viktig grund för att se länsstyrelsen Västernorrland som en aktör och arena för folkhälsofrågor på regional nivå. En stor del av verksamheten har koppling till det nationella folkhälsomålet, vilket också kartläggningen som länsstyrelsen genomförde 2005 tydligt visade (dnr 700-9428-05) – men i det vardagliga arbetet är det inte självklart för alla att en del av länsstyrelsens beslut och verksamheter har konsekvenser för folkhälsan och därmed för den sociala dimensionen av hållbar utveckling i länet, eftersom denna dimension verkar uppfattas som mindre konkret än den miljömässiga och den ekonomiska dimensionen. Det finns ett behov av att diskutera länsstyrelsen Västernorrlands framtida roll när det gäller den sociala dimensionen av hållbar utveckling på regional nivå, och hur länsstyrelsen kan arbeta strategiskt med dessa frågor, enskilt och integrerat.

Hkb-metoden kan sägas erbjuda en kunskap som går att generalisera, så tillvida att man kan använda den för att beakta flera perspektiv samtidigt. Hälsoperspektivet utläses i matrisen horisontellt, men matrisen går även att utläsa vertikalt (per befolkningsgrupp) med eller utan koppling till just hälsofrågor. Utan koppling till folkhälsa kan matrisen fungera mer som ett stöd för att se hur väl det tänkta beslutet tar hänsyn till exempelvis barns behov, personer med funktionsnedsättning och om det påverkar kvinnor och män på olika sätt.

Rapporten diskuterar olika vägar för att introducera något nytt i en verksamhet. Den menar att muntlig och skriftlig information/utbildning i sig är otillräckligt, och att det i stället behövs en kombination av olika insatser, exempelvis utbildning och praktisk träning inklusive återkoppling, att tidigt involvera användarna, kontinuerligt erbjuda stöd och vägledning samt att avsätta tid och resurser. Länsstyrelsen Västernorrland stod i maj 2007 värd för en dags workshop i metoden, där handläggare från BD, AC, Y och X-län prövade egna eller fiktiva ärenden under ledning av Statens folkhälsoinstitut. Från Västernorrland deltog förutom huvudansvariga och chefen för Valfärdsavdelningen även handläggare som arbetar med trafikfrågor och skötsel/förvaltning av nationalparken. Workshopen erbjöd den grundläggande utbildning och praktiska träning som sedan låg till grund för arbetet med länsstyrelsen Västernorrlands andra hkb-ärende. I det fallet involverades användarna tidigt, vilket har bidragit till att skapa en god förståelse för frågorna hos dem. Det kontinuerliga stödet har utgjorts av de två huvudansvariga, som fungerat som förändringsagenter då de både har haft utrymme att arbeta med uppdraget och gjort det med intresse och sakkompetens. Dessa har även kunnat ge visst stöd såsom extern referensgrupp till Statens folkhälsoinstitut i arbetet med rapporten om institutets hälsokonsekvensbedömning av Strukturfondsprogrammet för Mellersta Norrland, och ett därtill hörande projekt.

En möjlig nackdel med att förändringsagenterna varit så pass drivande i arbetet kan vara att en del av erfarenheterna och kunskaperna kan komma att stanna hos dem, och att uppdraget kan ha blivit personberoende. En kontinuerlig tvärsektoriellt sammansatt arbetsgrupp för uppdraget hade eventuellt gett annat utfall i organisationen vad gäller kännedom om det nationella folkhälsomålet med tillhörande målområden. Processdokumentet som tidigare beskrivits, har dock varit till god hjälp för att belysa den kunskap som annars riskerar att förbli "tyst".

En annan viktig aspekt som rapporten tar upp är att om metoden inte ger de förväntade effekterna (eller upplevs som alltför omständlig och ineffektiv för att vara värd effekterna, länsstyrelsen Västernorrlands anm.) så bör man ställa sig frågan om det var fel på metoden eller om det brustit i implementeringen. En process innehåller både metod- och implementeringskomponenter, som måste lyckas för att få ut de förväntade effekterna. Reflektioner utifrån detta är att de som är övervägande negativa till metoden som sådan, är de som antingen inte haft förutsättningar att arbeta tillräckligt med den (det krävs att man gör ett par ärenden per område för att bli förtrogen med metoden) eller har uppfattningen att metoden bygger på tyckande snarare än kunskap. Länsstyrelsen Västernorrland ställer sig frågan om det möjligen har att göra med att

hälsokonsekvensbedömningar inte är lagstiftade, formaliserade och konkreta såsom miljökonsekvensbeskrivningar, men är medveten om att det också kan finnas andra orsaker till negativa erfarenheter av metoden.

Rapporten Från nyhet till vardagsnytta är välskriven och kan mycket väl ligga till grund för arbetet med en handlingsplan för fortsatt arbete på området. Den innehåller även en *Checklista för implementering* som får användas fritt.

Länsstyrelsen Västernorrlands förhoppning, utifrån rapportens resonemang och de erfarenheter som gjorts, är att regeringen inte har avsett uppdraget som en punktinsats. Nu när processerna är igång, finns goda möjligheter att i ett nytt uppdrag (eller som en fortsättning på detta) nå framgång. Det tar tid att förändra arbetssätt och tankemönster, men det känns angeläget att utvecklingen fortsätter i någon form.

MÖJLIGA VÄGAR TILL FORTSATT UTVECKLING AV METODEN

Länsstyrelsen Västernorrland valde för uppdraget att tillämpa den metod som beskrivs i Statens folkhälsoinstituts rapport Vägledning för hälsokonsekvensbedömningar för att se om den lämpar sig för användning inom länsstyrelsen Västernorrlands verksamheter, och om möjligt identifiera brister eller utvecklingsbehov i metoden och arbetsprocessen.

I arbetet med de tre ärenden som redovisas i bilagorna 1-3 har det blivit tydligt för länsstyrelsen Västernorrland att ordval, formuleringar och terminologi är väsentliga komponenter för hur slutsatserna av hälsokonsekvensbedömningen tas emot och tolkas/uppfattas. De som ska fatta besluten i ärenden som har en hälsokonsekvensbedömning med i underlaget, har inte alltid kunskaper om förutsättningar för folkhälsa eller folkhälsofrågornas samverkan med andra utvecklingsfrågor. Hälsomatriken har många fördelar för att ge en överskådlig bild av konsekvenserna (särskilt om den görs i färg), men att dessutom pedagogiskt presentera resultat och konsekvenser i form av text, bilder med mera är en del i processen som förtjänar att beskrivas tydligare (som en del av trappans steg fyra "Resultat och rekommendationer") för att göra metoden mer legitim och mottagaranpassad.

Att välja genomföra HKB inför beslut som syftar till att förbättra hälsan är möjligen relevant om man endast ser till hur förslagen påverkar fördelningen av hälsa. Det kan dock vara kontraproduktivt, på så sätt att hälsokonsekvensbedömningen blir en självuppfyllande profetia som bara visar på positiva förändringar. Länsstyrelsen Västernorrland ser det som angeläget att i hkb-processen ha ett öppet sinne för att handlingsalternativet inte alltid kommer att innebära (störst) förbättring. Utifrån en schematisk bild i den välanvända rapporten Vägledning för hälsokonsekvensbedömningar går det att få uppfattningen att handlingsalternativet innebär en förbättring av hälsa i jämförelse med nollalternativet, vilket inte nödvändigtvis stämmer, men som länsstyrelsen Västernorrland tror kan bidra till att man låser sig i tankearbetet kring HKB. Att välja handlingsalternativet ger heller inte nödvändigtvis hälsovinster, däremot kan det bidra till hälsopåverkan.

I ärendet som gällde hastighet på väg Y31753 stod det klart att både nollalternativet och handlingsalternativet kunde medföra försämrade förutsättningar för hälsa. Slutsatserna av detta kan beskrivas på flera sätt:

- Handlingsalternativet är *bättre* än nollalternativet
- Handlingsalternativet är *mindre dåligt* än nollalternativet
- Handlingsalternativet är *att föredra* framför nollalternativet

Men som länsstyrelsen Västernorrland ser det så räcker det inte att ett av alternativen är *relativt* bättre än ett annat. Ett kriterium för en socialt hållbar utveckling borde vara att den går mot en *absolut* förbättring av förutsättningarna för folkhälsa på sikt. Länsstyrelsen Västernorrland har funnit en brist i att folkhälsofrågor sällan ses som den tillväxtfråga de är, och menar att de med fördel kan ingå som en del i den sociala dimensionen av hållbar utveckling, på samma sätt som jämställdhet och integration.

Vanligen är hälsokonsekvensbedömningar kvalitativa bedömningar, och särskilt på övergripande programnivå. Verktuget lämpar sig, i de fall det inte finns kvantitativa data att tillgå eller prognosticera, bäst till att göra en bedömning av *fördelningen* av hälsa bland de ingående befolkningsgrupperna, snarare än att uttala sig om en framtida sammanlagd *nivå* av hälsa i befolkningen.

Det vore mycket intressant att pröva metoden inför beslut om projekt inom det regionala tillväxtprogrammet, för att se om det går att göra en mer konkret bedömning än av programmet i sig själv. Som framgår av länsstyrelsen Västernorrlands hälsokonsekvensbedömning av det regionala tillväxtprogrammet (se bilaga 3, sidan 16) använder det regionala strukturfondsprogrammet för Östra Mellansverige en guide till folkhälsa i projekt. Det vore spännande att få möjlighet att utveckla en guide/checklista för att tidigt i ansökningsprocessen bedöma tänkta projekts förutsättningar för att bidra till socialt hållbar utveckling (det vill säga påverkan på förutsättningar för folkhälsa, jämställdhet och integration). Den hälsokonsekvensbedömning som länsstyrelsen Västernorrland genomförde på ansökan om förstudie om förbättrad integration och introduktion i Region Mitt och som skickades till Svenska ESF-rådet, visar att detta är möjligt att genomföra. Det var också en värdefull erfarenhet för ansvariga på integrationsområdet inom länsstyrelsen Västernorrland eftersom processen gav dem verktyg och begrepp för att resonera vidare i termer av att deras arbete även kan ha strukturella konsekvenser för folkhälsan.

Statens folkhälsoinstitut och länsstyrelsen Västernorrland har diskuterat möjligheten att pröva att utveckla metoder för hälsokonsekvensbedömningar inför beslut om de statliga utvecklingsmedel som länsstyrelserna fördelar för förebyggande insatser utifrån de nationella handlingsplanerna mot alkohol och narkotika, och om hälsokonsekvensbedömning skulle kunna ge information som kan hjälpa till att prioritera bland ansökningar och/eller identifiera insatsernas för- och nackdelar och därmed kunna skriva tydligare beslut i ärendena – alternativt precisera den information länsstyrelsen Västernorrland efterfrågar i

ansökningsformulären. Sådana hälsokonsekvensbedömningar behöver inte begränsas till att beakta endast målområde elva (där det är meningen att insatserna som beviljas ska bidra till en förbättring), utan kan med fördel inkludera fler målområden och olika befolkningsgrupper. Ytterligare kontakter för detta ändamål är planerade.

Länsstyrelsen Västernorrland upplever ett fortsatt behov av samverkan med Statens folkhälsoinstitut för att kunna vidareutveckla metoden, exempelvis för att vara intresserade kommuner i länet till hjälp i samhällsplaneringsfrågor och den sociala dimensionen av hållbar utveckling.

Länsstyrelsen Västernorrland har lagt in utrymme för spridning av resultaten från de tre hkb-ärenden som genomförts samt av metoden, i verksamhetsplaneringen för Valfärdsavdelningen 2009. Utrymmet möjliggör även arbete med eventuellt folkhälsorelaterat uppdrag i regleringsbrevet för 2009.

Till följd av uppdraget har medvetenheten om det nationella folkhälsomålet ökat bland en del av de anställda på Länsstyrelsen Västernorrland, men det återstår arbete om själva hkb-metoden ska bli etablerad och användas som ett handläggningsverktyg inför beslut inom de verksamheter där så är befogat. De verksamheter som ansvariga för uppdraget ser som mest relevanta att genomföra hälsokonsekvensbedömningar inom, är:

- samhällsplanering inklusive infrastruktur (till exempel genom att vara kommunerna behjälpliga med metodstöd)
- regional tillväxt
- risk- och sårbarhetsanalyser
- trafikärenden (ej på individ- eller företagsnivå)
- fördelning av statsbidrag
- remissvar

Att använda och utveckla hälsokonsekvensbedömning som metod är *ett* konkret sätt, men inte *det enda* sättet att nå en ökad medvetenhet om och förändrat arbetssätt kring folkhälsofrågor på Länsstyrelsen Västernorrland.

FÖRSLAG TILL LÄNSSTYRELSEN VÄSTERNORRLANDS FORTSATTA ARBETE INOM OMRÅDET FOLKHÄLSOPOLITIK

Skrivningen i den gällande förordningen med länsstyrelseinstruktion har bidragit internt till att öka legitimiteten för/kännedomen om länsstyrelsen som en viktig aktör för folkhälsoutvecklingen i länet. Länsstyrelsen Västernorrland har ansvar för de regionala utvecklingsfrågorna, ett av områdena där länsstyrelsen enligt myndighetens instruktion ska beakta folkhälsan och bidra till uppfyllelsen av det nationella folkhälsomålet. Det är angeläget att fortsätta processen med att tillämpa och utveckla metoder för hälsokonsekvensbedömningar, dels för att om möjligt förbättra beslutsunderlag och dels för att i organisationen och resten av samhället uppnå en högre medvetenhet om folkhälsans nivå och fördelning som en viktig faktor för den sociala dimensionen av hållbar utveckling, och därmed för tillväxten i länet.

En faktor som kan underlätta arbetet i länet för en god hälsa på lika villkor och en socialt hållbar utveckling är framtagande av regionala folkhälsomål, analogt med de regionala miljömålen och de regionala jämställdhetsmålen. Länsstyrelsen Västernorrland följer vartannat år livsmiljön och den sociala utvecklingen i länet via de så kallade livsmiljöboksluten varvid kopplingar görs till vissa målområden för folkhälsan. Livsmiljöboksluten ingår även som åtgärds mål inom det regionala tillväxtprogrammet för länet.

Vad gäller Länsstyrelsen Västernorrlands interna arbete behövs en samlad strategi eller handlingsplan för arbetet med socialt hållbar utveckling inklusive folkhälsofrågor. Länsstyrelserna står inför en förändring i och med att den sociala tillsynen och kompetensen på det området övergår till socialstyrelsen 2010, och det är angeläget att definiera/formulera länsstyrelsen Västernorrlands syn på hur arbetet med den sociala dimensionen ska organiseras och bedrivs utifrån ett regionalt utvecklingsperspektiv och med koppling till skrivningarna i förordningen med länsstyrelseinstruktion. Lämpliga utgångspunkter/styrdokument kan vara den kartläggning av hur länsstyrelsens verksamheter påverkar målområdena för folkhälsan som länsstyrelsen rapporterade till socialdepartementet 2005, de regionala jämställdhetsmålen, länets regionala överenskommelse om samverkan för bättre introduktion och integration, de återkommande livsmiljöboksluten samt konventionerna om barns och kvinnors rättigheter, mänskliga rättigheter och rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Denna rapport har författats av utredare Anna Karlsson och länssamordnare Solgun Lundgren.

Bo Källstrand
Landshövding

Anna Karlsson
Utredare, Vårdsavdelningen
0611-34 91 17

HÄNVISNINGAR

Länsstyrelsen Västernorrland dnr 700-9428-05 *Länsstyrelsen Västernorrlands roll inom folkhälsoområdet*

Statens folkhälsoinstitut 2005:39 *Vägledning för hälsokonsekvensbedömningar – med fokus på social och miljömässig hållbarhet*

Statens folkhälsoinstitut 2007:20 *Från nyhet till vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst*

Statens folkhälsoinstitut *Hälsokonsekvensbedömning av Mellersta Norrlands strukturfondsprogram och projekt Destination Funäs*. Rapporten är under publicering

Stockholms läns landsting – Centrum för folkhälsa – Avdelningen för folkhälsoarbete Rapport 2008:5 *Hälsokonsekvensbedömning – beskrivning av ett utvecklingsarbete*

Slutrapport

16(55)

2008-11-26

Dnr 700-3757-07

Bilagor 1-3

Bilaga 1. Hälsokonsekvensbedömning inför beslut om medel till förstudie för förbättrad introduktion och integration i Region Mitt. Dnr 851-891-08

INLEDNING

Länsstyrelsen Västernorrland har en ambition att bredda och fördjupa arbetet med folkhälso- och livsmiljöfrågor. En utgångspunkt för detta är att utveckla sambandet mellan ekonomisk tillväxt, miljömässig och social hållbarhet.

Denna ansökan om förstudie har valts ut för att komplettera den sociala hållbarhetsdimensionen med en belysning av det planerade projektets effekter ur ett folkhälsoperspektiv. Arbetet är en del i länsstyrelsernas uppdrag att utveckla metoder för hälsokonsekvensbedömningar (HKB)¹. De nationella folkhälsopolitiska målen² utgör grunden för detta arbete på samma sätt som miljömålen indikerar den ekologiska hållbarheten. Uppdraget ger beslutsfattare möjligheter att på ett systematiskt sätt tydliggöra strategiska besluts effekter. Detta gäller effekter såväl på olika befolkningsgruppers hälsa som indirekt hälsofrågornas påverkan på tillväxten i regionen.

Ett viktigt instrument för att följa utvecklingen men också för att ta initiativ till åtgärder är Länsstyrelsen Västernorrlands återkommande livsmiljöbokslut. I bokslutet följs ett flertal indikatorer som har direkt koppling till folkhälsomålen. Ett utvecklingsområde som bokslutet³ lyfter fram, är länets behov av fler invånare i arbetsför ålder och en ökad mångfald.

Det sociala hållbarhetsperspektivet har hittills inte tydligt definierats och beaktats i samma utsträckning som de ekologiska och ekonomiska perspektiven. En fördel med en HKB är att en samlad bedömning kan göras även av horisontella perspektiv exempelvis jämställdhet, barnperspektiv och likabehandling.

BAKGRUND

Det övergripande nationella folkhälsomålet är att skapa en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Särskilt viktigt är det således att förbättra hälsan i de grupper som är mest utsatta för ohälsa. Folkhälsomålet är indelat i elva målområden vilka främst fokuserar på sociala faktorer inverkan på befolkningens hälsa.

Även om utrikes födda och framför allt grupper födda utanför Europa är en grupp som uppvisar högre risk för lägre välbefinnande och ohälsa, finns det dock variationer både mellan grupper och mellan enskilda individer. Några faktorer som påverkar är bland annat ursprungsland, ålder, familjesplittring och skäl till invandringen. Mycket tyder på att asyl- och introduktionstiden, framför allt för

¹ Länsstyrelserna har i Regleringsbrev att under åren 2007-2008 i samråd med Statens Folkhälsoinstitut i uppdrag att utveckla hälsokonsekvensbedömningar inom tre av sina verksamhetsgrenar.

² Proposition 2002/03:35 Mål för folkhälsan

³ Länsstyrelsen Västernorrland 2007:5 Livsmiljö i Västernorrland – bokslut för 2006

flyktingar, har stor betydelse för den fortsatta hälsoutvecklingen. Under denna tid upplever många mycket stress och oro, samt tvingas till ofrivillig passivitet⁴.

Socialstyrelsen har i en studie funnit att den största delen av hälsoskillnader mellan utrikes födda och de som är födda i Sverige, kan förklaras av sociala faktorer såsom ekonomi, sysselsättning och socialt stöd, vilket i sin tur skapar mer eller mindre trygghet.

Gruppen med utländsk bakgrund⁵ har en bättre ålderssammansättning ur arbetskraftssynpunkt än den övriga befolkningen, och beräknas utgöra 27 procent av befolkningen i arbetsför ålder år 2015. För regionens tillväxt är det viktigt att beakta dessa aspekter. Det är otillfredsställande, såväl ur individernas som ur samhällets synvinkel, att en stor andel av dem med utländsk bakgrund i dagsläget är beroende av transfereringar ur de sociala ersättningssystemen. Att tidigt integreras i samhället genom arbetslivet skapar förutsättningar för välbefinnande och hälsa samt tillväxt i regionen.

METOD

En hälsokonsekvensbedömning genomförs i fem steg. Inledningsvis görs en enkel bedömning om det aktuella beslutet kan anses ha konsekvenser för folkhälsan. I detta fall bedöms att den planerade insatsen är av stor betydelse för folkhälsan, varvid de följande stegen i metoden bör genomföras.

Steg två är planering, då eventuella avgränsningar och antaganden fastställs. En avgränsning görs i detta fall till två målområden och de mest relevanta bestämningsfaktorerna inom respektive målområde. En förstudie har sannolikt inte några större effekter på hälsa, varför ett antagande är att ett längre utvecklingsarbete/projekt med samma inriktning kommer att beviljas och genomföras. Ett annat antagande är att inga större förändringar avseende flyktingströmmar eller djup lågkonjunktur inverkar under tidsperioden. Tidsperspektivet som väljs i detta fall är fem år, och speglar sålunda en tänkt situation år 2013. En hälsokonsekvensbedömning förutsätter minst två alternativ: ett nollalternativ där inga insatser genomförs fram till 2013, jämfört med ett eller flera handlingsalternativ. I detta fall innebär handlingsalternativet att det tänkta projektets målområden uppfyllts.

Specifikt för HKB-metoden är att konsekvenser för olika befolkningsgrupper belyses. I detta fall bedöms även hälsokonsekvenser för gruppen barn⁶, även om planerade insatser riktar sig till nyanlända män och kvinnor i arbetsför ålder. Det får dock även konsekvenser för barnen, vilket i enlighet med barnkonventionen bör åskådliggöras. Integration kan se mycket olika ut för barn och deras föräldrar

⁴ Källan i bakgrundsavsnittet är där inte annat anges: Statens folkhälsoinstitut Välfärd, jämlikhet och folkhälsa – vetenskapligt underlag för begrepp, indikatorer (FHI 2003:12).

⁵ Terminologin skiljer sig åt mellan olika källor. Utrikes födda är den gängse termen i denna ansökan. I begreppet utländsk bakgrund inkluderas även barn som fötts i Sverige och som har en eller två utrikes födda föräldrar

⁶ Med barn avses här de barn 0-18 år, som kommer till regionen med sin familj eller någon anhörig.

och vara i olika faser. Barnen konfronteras ofta mer direkt med det svenska samhället genom skola och kamrater. Barn är också direkt beroende av sin/sina vårdnadshavares ekonomi, sociala förutsättningar och hälsa.

Av förstudieansökan framgår att gruppen kvotflyktingar innehåller en generellt större andel personer med funktionshinder, och det motiverar därför att analysera hälsokonsekvenser specifikt för funktionshindrade personer.

Steg tre och fyra innefattar en analys som åskådliggörs i en hälsomatrix samt slutsatser och rekommendationer, vilka i detta fall redovisas nedan under separata rubriker. Steg fem är en uppföljning och utvärdering, vilket inte i dagsläget är möjligt att genomföra.

ANALYS

Analysen är baserad på vetenskapligt underlag och erfarenheter från andra hälsokonsekvensbedömningar⁷⁸. Källan, där inte annat nämns, är Statens folkhälsoinstituts rapport Valfärd, jämlikhet och folkhälsa – vetenskapligt underlag för begrepp, indikatorer (FHI 2003:12).

⁷ Integrationsverket 2007. Hälsa på agendan – erfarenheter av hälsokonsekvensbedömningar inom Integrationsverkets verksamhetsområde.

⁸ FHI 2005:39 Vägledning för hälsokonsekvensbedömningar med fokus på social och miljömässig hållbarhet.

Målområden och bestämningsfaktorer	Nollalternativ; samlad hälsobedömning med oförändrade insatser. År 2013 jämfört med 2007				Handlingsalternativ; bedömt hälsoutfall med intensifierade insatser enligt projektets målsättningar. År 2013				
	Målområde 1	Män	Kvinnor	Funktionshindrade	Barn	Män	Kvinnor	Funktionshindrade	Barn
Diskriminering									
Socialt deltagande									
Målområde 2	Män	Kvinnor	Funktionshindrade	Barn	Män	Kvinnor	Funktionshindrade	Barn	
Ekonomiska villkor									
Arbetsmarknadsposition									
Tillgång till bostad									

Mycket goda förutsättningar för förbättrad hälsa i gruppen
Goda förutsättningar för förbättrad hälsa i gruppen
Vissa förutsättningar för förbättrad hälsa i gruppen
Sannolikt oförändrat hälsoläge i gruppen
Försämrade förutsättningar för hälsa i gruppen
Starkt försämrade förutsättningar för hälsa i gruppen

Underlag för bedömningar i matrisen

Målområde ett: delaktighet och inflytande i samhället.

De bestämningsfaktorer som inom detta målområde bedöms mest relevanta att analysera med avseende på gruppernas hälsa, är *diskriminering* och *socialt deltagande*.

Upplevelse av diskriminering ökar risken för ohälsa 2-2,5 gånger, jämfört med att inte uppleva sig diskriminerad. En av de vanligaste situationerna för att känna sig diskriminerad är kontakt med arbetsmarknaden och/eller arbetsförmedlingen⁹. Med oförändrade insatser bedöms hälsoläget orsakat av upplevd diskriminering för samtliga studerade grupper vara oförändrat 2013. Med intensifierade insatser enligt projektets målsättningar bedöms förutsättningarna för förbättrad hälsa hos män, personer med funktionshinder samt barn vara goda 2013. Både män och kvinnor upplever diskriminering men effekterna på hälsa har visat sig vara större för män. Ju fler diskrimineringsgrunder som en person kan relatera till, desto större konsekvenser för hälsa, exempelvis etnicitet, funktionshinder och kön. Insatser för att integrera nyanlända på arbetsmarknaden kan ge goda förutsättningar för hälsovinster inom samtliga grupper.

När det gäller socialt deltagande¹⁰ bedöms läget kunna förbättras något även utan intensifierade insatser, till följd av en förhöjd tolerans och insikt om fördelar med ökad mångfald inom både arbets- och samhällsliv. Med projektets insatser ges gruppen en ökad möjlighet att aktivt delta i det sociala samhällslivet både till följd av ett ökat nätverk och bättre ekonomiska möjligheter. Detta har visats ha positiva effekter på hälsa och välbefinnande. Mäns sociala nätverk är i högre grad än kvinnors arbetsrelaterade och formella. Att gruppen funktionshindrade inte bedöms få lika goda förutsättningar för förbättrad hälsa utifrån denna bestämningsfaktor, beror till viss del på att samhället även år 2013 inte antas vara tillräckligt anpassat för personer med funktionshinder. Även om projektet har en ambition att integrera även denna grupp på arbetsmarknaden är sannolikt förutsättningarna mindre att nå upp till samma sysselsättningsgrad som för icke funktionshindrade.

Målområde två: ekonomisk och social trygghet.

De bestämningsfaktorer som inom detta målområde bedöms mest relevanta att analysera med avseende på gruppernas hälsa, är *ekonomiska villkor*, *arbetsmarknadsposition* och *tillgång till bostad*.

Självskattad hälsa har ett starkt samband med ekonomiska villkor. Detta samband är starkare för män än för kvinnor. Inkomster har en stor betydelse för materiella villkor, exempelvis boende, vilket behandlas separat nedan. Det är väldokumenterat att en hög andel av de utrikes födda har begränsade inkomster och gruppen är överrepresenterad i de sociala ersättningssystemen. År 2013

⁹ Hälsa på lika villkor – resultat från den nationella folkhälsoenkäten. Statens folkhälsoinstitut.

¹⁰ Med socialt deltagande avses exempelvis deltagande i föreningsliv, gå på bio/teater/sportevenemang, privat fest och släktsammankomst.

bedöms nollalternativet innebära att inkomstskillnaderna ökat mellan dem som förvärvsarbetar och dem som inte gör det. Förutsättningarna för hälsa bedöms vara försämrade för samtliga grupper och särskilt för män.

Med intensifierade insatser, där en högre andel av de nyanlända förvärvsarbetar 2013, bedöms ge goda, eller mycket goda förutsättningar för en förbättrad hälsa i samtliga grupper.

Till följd av regionens kommande arbetskraftsbehov bedöms att en viss förbättring för män och kvinnor utan funktionshinder kommer till stånd även utan intensifierade insatser. Det förväntas ge vissa förutsättningar för en förbättrad hälsa. I dagsläget är många utrikes födda som har arbete överkvalificerade för sina arbetsuppgifter. Arbetsmarknadsposition har i Sverige ett relativt starkt samband med social position. Projektets ambitioner, att redan från start koppla samman den arbetslivserfarenhet som individerna har med relevanta arbetsuppgifter, bedöms ge mycket positiva effekter på hälsan.

Tillgång till bostad är starkt associerad med inkomstnivåer och tillgång till arbete. Regionen som helhet uppvisar ingen större bostadssegregation. Färre med utländsk bakgrund i Västernorrland äger dock sin bostad i jämförelse med övriga länsinvånare¹¹. År 2013 bedöms enligt nollalternativet hälsan i dessa grupper, påverkad av bostadssituation, vara i stort sett oförändrad jämfört med dagsläget. Forskning visar att utrikes födda flyttar till eget valt boende när de fått arbete. Hälsan bedöms, med intensifierade insatser för att få fler i arbete, kunna ha mycket goda förutsättningar att förbättras för samtliga grupper.

SLUTSATS OCH REKOMMENDATIONER

Utifrån en folkhälsoaspekt är slutsatsen att det planerade projektet efter förstudietiden kan anses vara väl socialt hållbart och av betydelse för tillväxten i regionen. Av matrisen framgår de positiva effekter som intensifierade insatser enligt projektets målsättningar kan skapa. Det framgår även att de förbättringar av de ekonomiska villkor som ett arbete kan ge också bedöms skapa de mest positiva hälsokonsekvenserna för gruppen nyanlända och deras barn. Baserat på detta rekommenderas att förstudien beviljas.

I framtagandet av denna hälsokonsekvensbedömning har Runa Ödlund utvecklare integration och mångfald och Göran Schmidt flyktinghandläggare från länsstyrelsens välfärdsavdelning, samt Birgitta Hult kvalificerad handläggare från arbetsförmedlingen deltagit.

Solgun Lundgren
Utredare, Välfärdsavdelningen
0611-34 91 47

Anna Karlsson
Utredare, Välfärdsavdelningen
0611-34 91 17

¹¹ Länsstyrelsen Västernorrland 2005:1 Livsmiljö i Västernorrland – bokslut för 2004

Bilaga 2. Hälsokonsekvensbedömning inför beslut om hastighet på väg Y31753, sträckan Käxed - södra entrén Skuleskogens nationalpark Dnr 700-3757-07

INLEDNING

Riksdagen har fattat beslut om nationella folkhälsopolitiska mål¹². Målen bygger på bestämningsfaktorer för hälsa. Detta innebär att de är åtgärdbara genom politiska och andra beslut. Ett sätt att åskådliggöra påverkan på hälsa av olika beslutsalternativ är att göra en hälsokonsekvensbedömning.

Länsstyrelserna har ett uppdrag att utveckla metoder för hälsokonsekvensbedömningar (HKB)¹³ för att ge planerare och beslutsfattare möjlighet att på ett systematiskt sätt tydliggöra ett besluts effekter. Detta gäller effekter såväl på olika befolkningsgruppers hälsa som indirekt hälsofrågornas påverkan på utvecklingen i regionen.

De nationella folkhälsopolitiska målen utgör grunden för social hållbarhet på samma sätt som miljömålen indikerar den ekologiska hållbarheten. Det sociala hållbarhetsperspektivet har hittills inte tydligt definierats och beaktats i samma utsträckning som de ekologiska och ekonomiska perspektiven. En fördel med en HKB är att en samlad bedömning kan göras även av horisontella perspektiv exempelvis jämställdhet, barnperspektiv och likabehandling.

Valet av detta ärende gjordes utifrån ett uttalat intresse från länsstyrelsens handläggare med ansvar för trafiksäkerhetsfrågor att ha ytterligare underlag för beslut utöver miljömålen.

BAKGRUND

Skuleskogens nationalpark är ett populärt besöksmål i länet och av betydelse för människors välbefinnande och hälsa. Här finns en storslagen och omväxlande natur med höga berg, stenformationer, rikt fågelliv och säregen flora. Sammanlagt finns 2,8 mil markerade stigar som erbjuder flera rundvandringalternativ. Antalet besökare har kontinuerligt ökat sedan bildandet av parken 1984. Parken är en strategisk del i satsningen på besöksnäringen i Högakustenområdet och ambitionen är att fördubbla antalet besökare inom en fem- till tioårsperiod. Högsäsongen är mellan första maj och sista september.

Insatser för att öka tillgängligheten till parken har bland annat inneburit satsningar på entréer till parken. Vid den södra entrén har det påbörjats anläggning av vändslinga, parkeringsfickor och servicebyggnader. En helt ny västlig entré till parken kommer sannolikt att avlasta den södra entrén till viss del.

¹² Proposition 2002/03:35 Mål för folkhälsan

¹³ Länsstyrelserna har i Regleringsbrev att under åren 2007-2008 i samråd med Statens Folkhälsoinstitut i uppdrag att utveckla hälsokonsekvensbedömningar inom tre av sina verksamhetsgrenar.

Slåttdalsskrevan, som är den mest välkända sevärdheten i parken, nås dock enklast från den södra entrén.

Det ärende som denna hälsokonsekvensbedömning gäller är en enskild väg som går mellan Käxed och parkens södra entré (se bilagor). Vägsträckan är cirka tre km. Vägen har upprustats och har nu god bärighet. Antalet mötesplatser har utökats och vägräcken finns uppsatta vid branta partier. Vägen är smal och det förekommer skarpa kurvor med begränsad sikt. Genom byn Käl, som ligger ungefär efter halva vägsträckan, är avståndet mellan vissa hus och vägen endast några meter och vägen går genom gårdsmiljöer. Käls Vägsamfällighet har till länsstyrelsen gjort en hemställan om hastighetsbegränsning på denna väg (dnr 258-2427-08).



Bild 1: Vägen går genom gårdsmiljöer med begränsad sikt. Foto: Anna Karlsson, länsstyrelsen.

Den aktuella vägen används förutom av de boende och bilburna besökare till parken även av turistbussar, timmerbilar, jordbrukstraktorer, ryttare/travekipage, cyklister och vandrare på Högakustenleden.

För att skapa naturupplevelser på väg in till parken planeras i enlighet med skötselplanen för nationalparken en siktröjning i de slänter, raviner, dalgångar som omger vägen. Den goda avsikten kan få en negativ konsekvens om fordonsförare ökar farten när sikten blir bättre.



Bild 2: Kraftigt kuperad terräng. Foto: Anna Karlsson, länsstyrelsen.

Länsstyrelsens handläggning av trafiksäkerhetsärenden

Länsstyrelsen har möjlighet att med stöd av trafikförordningen införa hastighetsbegränsning på en väg om det är motiverat av hänsyn till trafiksäkerheten, framkomligheten eller miljön. När frågan om hastighetsbegränsning prövas så ska länsstyrelsen göra en avvägning mellan kriterierna trafiksäkerhet, tillgänglighet/regional utveckling, miljö och jämställdhet. En hastighetsbegränsning ska också kännas motiverad av fordonsförare så att den respekteras.

När det gäller hastighetsbegränsning på väg Y31753 så ska eventuella hälsovinster vägas mot längre restider främst för turistnäringen. Vid en ändring av hastigheten från 70 kilometer i timmen till 50 kilometer i timmen på den enskilda vägen kommer restiden att förlängas med 1,4 minuter.

METOD

En hälsokonsekvensbedömning genomförs i fem steg. Inledningsvis görs en enkel bedömning om det aktuella beslutet kan anses ha konsekvenser för folkhälsan. I detta fall bedöms att det aktuella beslutet är av ganska liten betydelse för folkhälsan, men intressant ur ett metodutvecklingsperspektiv och därför relevant. Steg två är planering, då eventuella avgränsningar och antaganden fastställs. Tidsperspektivet som väljs i detta fall speglar en tänkt situation år 2015.

Antaganden

Skillnaden mellan de två alternativen bygger på att fordonsförarna respekterar de högsta tillåtna hastigheterna (70 respektive 50 kilometer i timmen).

Avgränsning

En avgränsning görs i detta fall till två målområden för folkhälsan och de mest relevanta bestämningsfaktorerna inom respektive målområde.

Upprustning/underhåll och trafiksäkerhet längs denna enskilda väg är ur länsstyrelsens perspektiv som parkskötselansvarig organisation en del i arbetet med att ytterligare tillgängliggöra nationalparken för besökare. Denna HKB gäller enbart vägen och innefattar inte de hälsokonsekvenser som parken och dess skötsel/förvaltning i sig genererar i form av stödjande miljöer för fysisk aktivitet, rekreation och naturupplevelser.

En hälsokonsekvensbedömning förutsätter minst två alternativ: ett nollalternativ där inga insatser genomförs fram till 2015, jämfört med ett eller flera handlingsalternativ. I detta fall innebär handlingsalternativet att hastigheten sänks till 50 kilometer i timmen.

Steg tre och fyra innefattar en analys som åskådliggörs i en hälsomatrix samt slutsatser och rekommendationer, vilka i detta fall redovisas nedan under separata rubriker. Steg fem är en uppföljning och utvärdering, vilket i dagsläget inte är möjligt att genomföra.

Specifikt för HKB-metoden är att konsekvenser för olika befolkningsgrupper belyses.

Vilka grupper ingår i denna HKB

Boende

Efter denna väg finns såväl bofast befolkning som fritidbebyggelse. Boende upplever enligt egen utsago damm och buller från trafiken som ett problem. Då vägbanan är våt så skvätter det smuts på de närliggande byggnaderna.

Oskyddade trafikanter

De oskyddade trafikanterna utgörs av såväl boende i området som besökare som vandrar efter Högakustenleden. Även cyklister, ryttare och travekipage förekommer på vägen.

Besökare via fordon

Merparten av besökarna till nationalparken kommer till södra entrén dagtid under sommarmånaderna.

De olika handlingsalternativen

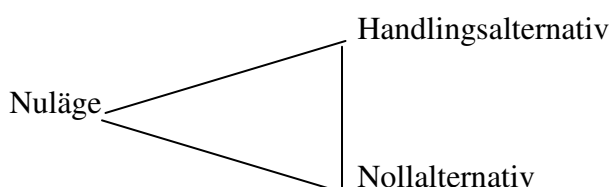
Nuläge är att den maximala hastigheten på vägen är 70 kilometer i timmen och under högsäsong i parken trafikerar i genomsnitt ca 40 fordon per dygn. En trafikräkning mellan 15 juli och 16 augusti 2007 visade på 1680 fordon. Enstaka

dygn var antalet fordon betydligt högre, upp till 100 fordon per dygn. Med en beräknad fördubbling, cirka 80 fordon per dygn, fördelat under dagtid kan det innebära ett fordon var sjunde minut om trafiken är koncentrerad till dagtid (under cirka tio timmar).

Nollalternativet innebär att inga ytterligare vägförbättringar sker och hastigheten bibehålls till 70 kilometer i timmen. Det som förändras är att antalet fordon beräknas öka till det dubbla.

Handlingsalternativet innebär inte heller några vägförbättringar men att hastigheten sänks till 50 kilometer i timmen. Den förväntade fordonsökningen är densamma som i nollalternativet.

Fig.1. Beslutsalternativ



ANALYS

Analysen är baserad på vetenskapligt underlag och erfarenheter från andra hälsokonsekvensbedömningar^{14 15}. I denna analys har en kvalitativ bedömning gjorts då begränsade kvantifierbara data finns att tillgå. Bedömningarna i matrisen är koncentrerade till ett urval av bestämningsfaktorer inom ramen för de två målområden som är mest relevanta i detta ärende.

¹⁴ Statens folkhälsoinstitut 2005:38. Hälsokonsekvensbedömning av ett vägtrafikprojekt – fallstudie väg 73.

¹⁵ FHI 2005:39 Vägledning för hälsokonsekvensbedömningar med fokus på social och miljömässig hållbarhet.

Nollalternativ

Nollalternativ 2015: max 70 kilometer i timmen , 80 till 200 fordon per dygn						
Målområden/ Grupper	Boende				Oskyddade trafikanter; barn och vuxna	Besökare via fordon
Folkhälsomål	Barn	Föräldrar, yrkes- verksamma	Äldre	Personer med funktions- nedsättning	Gående, ryttare, cyklister	Barn, Föräldrar, Yrkes- verksamma, Äldre, Personer med funktionsnedsättning
5. miljöer och produkter						
Risk för skador i trafikmiljön						
Oro/otrygghet för olycksrisker						
Buller						*
9. Fysisk aktivitet						
Stödjande miljö för fysisk aktivitet						*

* Ej relevant

Mycket bättre förutsättningar för hälsa i gruppen, jämfört med handlingsalternativet

Bättre förutsättningar för hälsa i gruppen, jämfört med handlingsalternativet

Sämare förutsättningar för hälsa i gruppen, jämfört med handlingsalternativet

Mycket sämare förutsättningar för hälsa i gruppen, jämfört med handlingsalternativet

Handlingsalternativ

Handlingsalternativ 2015: max 50 kilometer i timmen, 80 till 200 fordon per dygn						
Målområden/ Grupper	Boende				Oskyddade trafikanter; barn och vuxna	Besökare via fordon
Folkhälsomål	Barn	Föräldrar, yrkes- verksamma	Äldre	Personer med funktions- nedsättning	Gående, ryttare, cyklister	Barn, Föräldrar, Yrkes- verksamma, Äldre, Personer med funktionsnedsättning
5. miljöer och produkter						
Risk för skador i trafikmiljön						
Oro/otrygghet för olycksrisker						
Buller						*
9. Fysisk aktivitet						
Stödjande miljö för fysisk aktivitet						*

* Ej relevant

Mycket bättre förutsättningar för hälsa i gruppen, jämfört med nollalternativet
Bättre förutsättningar för hälsa i gruppen, jämfört med nollalternativet
Sämlre förutsättningar för hälsa i gruppen, jämfört med nollalternativet
Mycket sämlre förutsättningar för hälsa i gruppen, jämfört med nollalternativet

Målområde 5 Miljöer och produkter

Risk för skador i trafikmiljön

Det finns ingen parallell väg och den befintliga vägen går genom gårdsmiljöer vilket vi bedömt ger uppenbara risker för skador vid bibehållen hastighetsgräns och ett ökat antal fordon. Även antalet oskyddade trafikanter beräknas öka. Riskökningen beräknas bli större för boende och oskyddade trafikanter och något mindre för besökare som kommer med fordon. De boende utsätts för risker varje dag, besökarna kommer vid något eller några tillfällen till parken.

I handlingsalternativet med en sänkning av hastigheten har bedömts att riskökningen blir mindre i jämförelse med nollalternativet. Hastigheten är den främsta faktorn för om en olycka inträffar och i så fall skadornas allvarlighetsgrad. Ju lägre hastighet desto större möjlighet har föraren att hinna bromsa eller väja. Vid en hastighet av 30 km per timme överlever 9 av 10 oskyddade trafikanter en

kollision. Om hastigheten är 50 kilometer i timmen dör 7-9 av 10 oskyddade trafikanter vid en kollision.¹⁶

Oro/otrygghet för olycksrisker

Ovanstående gäller även för oro/otrygghet för olycksrisker i båda alternativen.

Buller

Vägtrafikbuller beror på flera faktorer; antal och typ av fordon, hastighet och körsätt, däck och vägbeläggning. Tunga fordon bullrar mer än lätta. Tydligt är att buller ökar med hastigheten. Vid hastigheter över 50 kilometer i timmen dominerar det buller som kommer från däcken.¹⁷

Bedömning i nollalternativet är att de negativa hälsokonsekvenserna av ökat buller från den ökade trafiken blir störst för barn, äldre och personer med funktionsnedsättning som bor och vistas i området dagtid, då merparten av trafiken förekommer. Buller som inte direkt skadar hörseln kan leda till psykologiska och fysiologiska stressrelaterade symtom. Det påverkar hälsa och välbefinnande. Trafikbuller stör sömnen för dem som behöver sova på dagen. Personer med hörselnedsättning påverkas då samtal försvåras. Besökare via fordon utsätts dock för en försumbar påverkan på detta vägavsnitt.

Handlingsalternativet innebär att konsekvenserna blir mindre negativa till följd av den sänkta hastigheten.

Målområde 9 Fysisk aktivitet

Stödjande miljö för fysisk aktivitet

Högakustenleden som till viss del går längs vägen är i sig en stödjande miljö för fysisk aktivitet som nyttjas av såväl boende som besökande oskyddade trafikanter. Målet har kopplingar till målområde 5 ovan. Bibehållen hastighet i kombination med ökad trafikmängd bedöms ge sämre förutsättningar för fysisk aktivitet längs vägen. För besökare via fordon är denna bestämningsfaktor ej relevant.

I handlingsalternativet ger en sänkning av hastigheten bättre förutsättningar att nyttja vägen för fysisk aktivitet jämfört med nollalternativet.

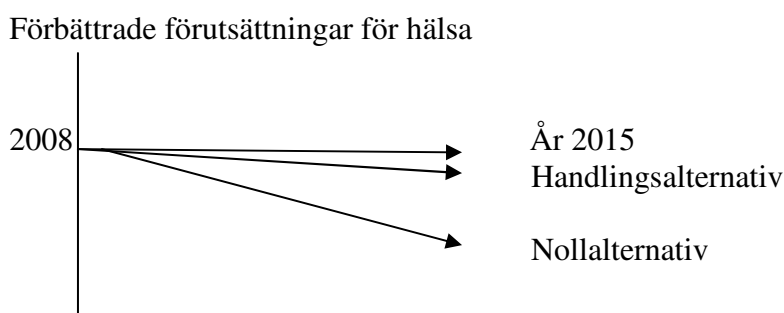
¹⁶ Muntlig uppgift Lars Rehnström NTF 08 05 12

¹⁷ www.vv.se

SLUTSATS OCH REKOMMENDATIONER

Oberoende av valt alternativ kommer trafiken på denna väg att öka markant, vilket i sig kan innebära exempelvis ökade risker för olyckor. Handlingsalternativet med en sänkning av hastigheten till 50 kilometer i timmen ger dock mindre försämrade förutsättningar och är att föredra framför nollalternativet.

Fig 2. Schematisk bild av en sammanvägning av påverkan på valda målområden för samtliga grupper



Försämrade förutsättningar för hälsa

Utifrån denna analys förordas en sänkning till 50 kilometer i timmen enligt vägsamfällighetens ansökan.

I framtagandet av denna hälsokonsekvensbedömning har byrådirektör Barbro Nyberg från länsstyrelsens förvaltningsavdelning med ansvar för trafiksäkerhetsfrågor och naturförvaltare Johan Uebel med ansvar för skötsel av Skuleskogens nationalpark deltagit.

Solgun Lundgren
Utredare, Vårdsavdelningen
0611-34 91 47

Anna Karlsson
Utredare, Vårdsavdelningen
0611-34 91 17

Bilagor, Se originalärende

Källor: Karta nummer 1 och 2 från förslaget till ny skötselplan för Skuleskogens nationalpark, karta nummer 3 från länsstyrelsens ärende dnr 258-2427-08

1. Översiktskarta över världsarvet Höga Kusten (GSD-Väggkartan) sidan 10
2. Karta över Skuleskogens nationalpark (GSD-Terrängkartan) sidan 11
3. Karta över väg Y31753 (GSD-Fastighetskartan) sidan 12

**Bilaga 3. Hälsokonsekvensbedömning av remissutgåva,
Tillväxtprogram Västernorrland 2008-2010 - ett
sektorsprogram med bas i Vision Västernorrland 2010 Dnr
700-14132-08**

Härnösand september 2008

Sammanfattning

Länsstyrelserna har ett uppdrag att med stöd av Statens folkhälsoinstitut utveckla metoder för hälsokonsekvensbedömningar (HKB). Särskilt intressanta ur detta perspektiv är beslut som rör planer, program och projekt. Utifrån detta uppdrag och nyare forskningsresultat som visar på ett tydligt samband mellan hälsa och ekonomisk utveckling valdes remissutgåvan av länets tillväxtprogram ut för analys. Förbättrad ekonomisk tillväxt leder ofta, men inte med automatik till bättre hälsa - däremot verkar sambandet vara starkare att god hälsa i befolkningen leder till ekonomisk tillväxt och utveckling.

Riksdagen beslutade 2003 om en ny och sektorsövergripande folkhälsopolitik där det övergripande målet är att utjämna hälsoskillnader mellan olika befolkningsgrupper.

Oavsett hur folkhälsan mäts; upplevd hälsa, sjukdom eller för tidig död så finns stora skillnader mellan olika befolkningsgrupper. Dessa hälsoskillnader är inte naturligt givna utan handlar om hur samhället är uppbyggt och vilka förutsättningar som ges. Den nationella folkhälsopolitiken utgår från elva målområden. Inom varje målområde finns ett flertal vetenskapligt förankrade bestämningsfaktorer, det vill säga faktorer i samhället och livsvillkor samt levnadsvanor som bidrar till hälsa eller ohälsa.

De nationella folkhälsopolitiska målen utgör en grund för arbetet med socialt hållbar utveckling på samma sätt som miljömålen indikerar den ekologiska hållbarheten. Det sociala hållbarhetsperspektivet har hittills inte tydligt definierats och beaktats i samma utsträckning som de ekologiska och ekonomiska perspektiven. En fördel med en HKB är att en samlad bedömning kan göras av "horisontella" perspektiv exempelvis jämställdhet, barnperspektiv och likabehandling, samt tydliggöra konsekvenser för olika befolkningsgrupper.

De insatsområden som lyfts fram i tillväxtprogrammet är av största betydelse för flera av folkhälsopolitikens centrala målområden och bestämningsfaktorer. I detta arbete har ett urval av målområden och bestämningsfaktorer gjorts. Utifrån detta urval har åtgärds mål och exempel på aktiviteter och med bedömda effekter på olika befolkningsgrupper inom tillväxtprogrammets tre insatsområden analyserats. Detta redovisas i tre matriser, en för varje insatsområde. En genomgripande analys av hela texten skulle troligtvis ge ytterligare kopplingar till folkhälsa. Sannolikt är insatsområde två *Västernorrland attraktivt och funktionellt* av större betydelse ur ett folkhälsoperspektiv än vad som är möjligt att bedöma utifrån den konkreta texten.

Folkhälsans nivå har förutsättningar att höjas för samtliga studerade grupper, men den ojämna fördelningen av hälsa i befolkningen riskerar att öka utifrån de mål och aktiviteter som beskrivs. I en hälsokonsekvensbedömning är redovisning av hälsopåverkan i hela befolkningen i regionen *inte* tillräcklig. Ett viktigt syfte med metoden är att identifiera skillnader mellan olika grupper. Det behövs en vidareutveckling av metoden för att på ett tydligare sätt identifiera dessa skillnader på programnivå. En annan tänkbar slutsats av detta är att det krävs

tydligare beskrivning av den sociala hållbarheten i de olika insatsområdena. Sannolikt är det i hållbarhetskriterier för kommande projektansökningar som effekter på målområden och bestämningsfaktorer kan tydliggöras.

Inriktningarna i det regionala tillväxtprogrammet kan på lång sikt och ur ett helhetsperspektiv bidra till att skapa förutsättningar för en god folkhälsa. Det kan inte nog betonas att folkhälsan är ett medel för, och investering i, länets utveckling och tillväxt - och inte enbart ett mål/resultat av insatser.

INLEDNING

Uppdraget

Länsstyrelserna har ett uppdrag att med stöd av Statens folkhälsoinstitut utveckla metoder för hälsokonsekvensbedömningar (HKB)¹⁸. Syftet är att på sikt ge planerare och beslutsfattare bättre möjlighet att på ett systematiskt sätt bedöma ett besluts hälsomässiga och sociala effekter. Detta gäller effekter såväl på olika befolkningsgruppers hälsa som indirekt hälsofrågornas påverkan på utvecklingen i regionen.

Särskilt intressanta ur ett HKB-perspektiv är beslut som rör planer, program och projekt. Då det regionala tillväxtprogrammet (RTP) utgör en grund för fleråriga satsningar på arbete och tillväxt i länet är det ett intressant område att prova HKB-metoden på.

Statens folkhälsoinstitut har bidragit med värdefulla synpunkter i processen. Till nytta för denna bedömning har också deras HKB av Strukturfondsprogrammet för Mellersta Norrland¹⁹, som är under publicering, varit.

Målgrupper

Rapporten är i första hand ämnad att läsas av tjänstemän med ansvar och intresse för regionala utvecklingsfrågor och/eller hälsokonsekvensbedömningar och folkhälsofrågor. Detta har motiverat relativt omfattande beskrivningar av sakområdena i rapporten.

BAKGRUND

Regionalt tillväxtprogram

Förslaget²⁰ till tillväxtprogram har som syfte att samordna insatser inom områden där sektorssamverkan bidrar till att utveckla hållbara lokala arbetsmarknadsregioner utifrån ett näringspolitiskt perspektiv. I Västernorrland är länsstyrelsen samordningsansvarig men programmet har växt fram i ett länspartnerskap med såväl offentliga som privata organisationer. Programmet har sin utgångspunkt i länets utvecklingsprogram *Vision 2010 – Västernorrland ger möjligheter och mångfald*. Målet för det regionala tillväxtprogrammet är *”Ökad konkurrenskraft och förnyelseförmåga för ett rikare län – mer hållbara jobb, företag och inkomster”*.

¹⁸ Länsstyrelserna har i Regleringsbrev i uppdrag att under åren 2007-2008 i samråd med Statens Folkhälsoinstitut utveckla metoder för bedömning av hälsokonsekvenser inom tre av länsstyrelsens verksamhetsgrenar.

¹⁹ Statens folkhälsoinstitut: Social hållbarhetsbedömning av strukturfondsprogram och –projekt.

²⁰ Regionalt tillväxtprogram förkortas RTP. I denna hälsokonsekvensbedömning används huvudsakligen i den fortsatta texten RTP eller enbart tillväxtprogram istället för *remissutgåva/förslag till regionalt tillväxtprogram*, detta av läsbarhetsskäl.

Andra strategier, dokument som styr inriktningen är EU:s strategiska riktlinjer, det nationella handlingsprogrammet för tillväxt och sysselsättning samt nationell strategi för konkurrenskraft, entreprenörskap och sysselsättning 2007-2013.

Programmets mål och prioriteringar har strukturerats utifrån tre insatsområden;
 Insatsområde ett; Ökad dynamik i länets näringsliv
 Insatsområde två; Västernorrland - attraktivt och funktionellt
 Insatsområde tre; Prioriterade kluster och innovationssystem

Inom de respektive insatsområdena är effektmål och åtgärds mål definierade, och dessutom finns ett stort antal exempel på aktiviteter.

I figur 1 nedan visas kopplingarna mellan prioriteringar i den Nationella strategin för regional konkurrenskraft, entreprenörskap och sysselsättning, och åtgärder i Regionalt tillväxtprogram i Västernorrland 2008-2010.

Figur 1.

Nationell strategi för regional konkurrenskraft, entreprenörskap och sysselsättning 2007-2013	Regionalt tillväxtprogram i Västernorrland 2008-2010		
	Insatsområde 1 Ökad dynamik i länets näringsliv	Insatsområde 2 Västernorrland attraktivt och funktionellt	Insatsområde 3 Prioriterade kluster och innovationssystem
Prioriteringar:	Åtgärd:	Åtgärd:	Åtgärd:
1. Innovation och förnyelse	1.2, 1.3, 1.5	2.2, 2.3, 2.4, 2.5	3.1, 3.2, 3.4, 3.5, 3.6
2. Kompetensförsörjning och ökat arbetskraftsutbud	1.1		
3. Tillgänglighet		2.1	3.3
4. Strategiskt gränsöverskridande arbete	1.4		

Folkhälsa och hållbar utveckling

Den svenska regeringen har presenterat en strategi för hållbar utveckling. Den innebär att alla politiska beslut skall ta hänsyn till sociala, miljömässiga och ekonomiska konsekvenser. De nationella folkhälsopolitiska målen²¹ utgör en grund för arbete med socialt hållbar utveckling på samma sätt som miljömålen indikerar den ekologiska hållbarheten. Att genomföra en HKB innan beslut ger möjligheter att på ett systematiskt sätt tydliggöra strategiska besluts påverkan på

²¹ Proposition 2002/03:35 Mål för folkhälsan

folkhälsa. Detta gäller effekter såväl på olika befolkningsgruppers hälsa som indirekt hälsofrågornas påverkan på tillväxten i regionen. De tre hållbarhetsdimensionerna kan ses som cirklar som till viss del integreras i varandra.

Det sociala hållbarhetsperspektivet har hittills inte tydligt definierats och beaktats i samma utsträckning som de ekologiska och ekonomiska perspektiven. En fördel med en HKB är att en samlad bedömning kan göras av ”horisontella” perspektiv exempelvis jämställdhet, barnperspektiv och likabehandling, samt tydliggöra konsekvenser för olika befolkningsgrupper.

Folkhälsa och ekonomisk utveckling

Nyare forskningsresultat visar på ett tydligt samband mellan hälsa och ekonomisk utveckling²². Förbättrad ekonomisk tillväxt leder ofta, men inte med automatik till bättre hälsa - däremot verkar sambandet vara starkare att god hälsa i befolkningen leder till ekonomisk tillväxt och utveckling. För det enskilda företaget är en god hälsa hos personalen i de flesta fall ett bra mått på framgång.

Ett kontrasterande exempel är Ryssland, som i en färsk rapport från Världsbanken beskrivs som ett land där arbetskraftens dåliga hälsa och den ekonomiska situationen påverkar varandra. Faktorer som alkoholmissbruk och låg produktivitet, låga födelsetal och höga dödstal visar sig i en stagnerad medellivslängd för kvinnor och en sjunkande medellivslängd för män, vilket resulterar i ett behov av arbetskraftsinvandring för att kompensera den skeva befolkningspyramiden²³. Att Ryssland bland annat har stora naturtillgångar som med dagens höga råvarupriser ger goda förutsättningar för en växande ekonomi kan inte fullt kompensera befolkningens roll som drivkraft för tillväxten.

Nationella folkhälsomål

För att förbättra folkhälsan²⁴ och minska skillnader mellan olika grupper i befolkningen beslutade riksdagen 2003 om en ny och sektorsövergripande folkhälsopolitik²⁵. Det övergripande målet är att utjämna skillnader i hälsa mellan olika grupper. Oavsett hur folkhälsan mäts; upplevd hälsa, sjukdom eller för tidig död så finns stora skillnader mellan olika befolkningsgrupper²⁶. Dessa hälsoskillnader är inte naturligt givna utan handlar om hur samhället är uppbyggt och vilka förutsättningar som ges. Att arbeta för en ökad jämlikhet i hälsa är naturligt om man beaktar alla människors lika värde.

Den nationella folkhälsopolitiken utgår från elva målområden, se nedan. Inom varje målområde finns ett flertal vetenskapligt förankrade bestämningsfaktorer,

²² Institutet för framtidsstudier på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut 2008: Hälsans betydelse för individens och samhällets ekonomiska utveckling.

²³ The World Bank 2008: Better outcomes through health reforms in the Russian Federation; the challenge in 2008 and beyond. Policy Note.

²⁴ Folkhälsa är ett mått på nivå och fördelning av hälsa i befolkningen medan begreppet hälsa står för en resurs för individen. Hälsa kan vara både ett mål i sig, och ett medel för att nå andra mål

²⁵ Proposition 2002/03:35 Mål för folkhälsan

²⁶ Statens folkhälsoinstitut 2005. Folkhälsopolitisk rapport

det vill säga faktorer i samhället och livsvillkor samt levnadsvanor som bidrar till hälsa eller ohälsa. Fördelen med att utgå från bestämningsfaktorer jämfört med att utgå från sjukdom och ohälsa är att bestämningsfaktorer är tillgängliga för politiska beslut eller andra samhällsinsatser. Det betyder att folkhälsa inte enbart skall ses som en fråga för hälso- och sjukvården.

Bestämningsfaktorerna involverar många politikområden och det innebär att länsstyrelsens verksamhet är av betydelse såväl direkt som indirekt för ett flertal av dessa bestämningsfaktorer. Av Länsstyrelseinstruktionen²⁷ framgår att; *länsstyrelsen skall verka för att det av riksdagen fastställda nationella folkhälsomålet uppnås genom att folkhälsan beaktas inom länsstyrelsernas arbete med **regional tillväxt**, samhällsplanering, krishantering samt alkohol och tobak.*

Det övergripande målet för folkhälsoarbetet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Målområden

1. Delaktighet och inflytande i samhället
2. Ekonomiska och sociala förutsättningar
3. Barns och ungas uppväxtvillkor
4. Hälsa i arbetslivet
5. Miljöer och produkter
6. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård
7. Skydd mot smittspridning
8. Sexualitet och reproduktiv hälsa
9. Fysisk aktivitet
10. Matvanor och livsmedel
11. Tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel

METOD

Fem steg i en hälsokonsekvensbedömning

Inledningsvis görs en enkel bedömning (*screening*) om det aktuella beslutet kan anses innebära konsekvenser för folkhälsan. I detta fall bedöms att programmet enligt föreliggande förslag är av betydelse för folkhälsan, varvid de följande stegen i metoden bör genomföras.

Steg två är *planering*, då eventuella avgränsningar och antaganden fastställs, se nedan. En hälsokonsekvensbedömning förutsätter vanligen minst två alternativ: ett nollalternativ som innebär ett framtidsscenario där insatsen inte genomförs, jämfört med ett eller flera handlingsalternativ.

Steg tre och fyra innefattar en *analys* som åskådliggörs i så kallade hälsomatriser (se bilagor) samt *slutsatser*, vilka i detta fall redovisas nedan under separata rubriker. Steg fem är en *uppföljning och utvärdering*, vilket inte i dagsläget är möjligt att genomföra.

²⁷ SFS 2007:825 Förordning med länsstyrelseinstruktion

Avgränsningar och antaganden i denna HKB

Tillväxtprogrammets har i detta arbete analyserats utifrån ett urval av folkhälsopolitikens målområden och bestämningsfaktorer. En genomgripande analys av hela texten skulle sannolikt ge ytterligare kopplingar till folkhälsa men begränsningar har gjorts till åtgärds mål och exempel på aktiviteter inom tillväxtprogrammets tre insatsområden, eftersom det är åtgärds målen som styr insatser och som är möjliga att följa upp under och efter programperioden. Exempelvis är sannolikt insatsområde två *Västernorrland attraktivt och funktionellt* av större betydelse ur ett folkhälsoperspektiv än vad som är möjligt att bedöma utifrån den konkreta texten.

Tillväxtprogrammet har en första tidshorisont till 2010, med en utblick mot 2013. Förutsättningar som gäller för analysen är att de föreslagna åtgärds målen är uppfyllda 2013 och att inga dramatiska samhällsförändringar sker under perioden.

I denna bedömning finns inget nollalternativ enligt den gängse HKB-metoden. Det är inte meningsfullt att simulera en situation där ett regionalt tillväxtprogram inte existerar. I stället används nuläget²⁸ som referens. Samtliga bedömningar är kvalitativa då det förefaller ineffektivt – om ens möjligt - att i dagsläget mäta eller uppskatta storleken på effekter utifrån remissutgåvan.

Bedömningar av folkhälsans målområden, bestämningsfaktorer och olika befolkningsgrupper i förhållande till tillväxtprogrammets tre insatsområden framgår av matriser, se bilagorna 1-3.

VAL OCH BEDÖMNING UTIFRÅN MÅLOMRÅDESPERSPEKTIV

I de matriser som använts för att göra bedömningen finns folkhälsans utvalda målområden med bestämningsfaktorer lodrätt och bedömda effekter på de olika befolkningsgrupperna vågrätt.

Teckenförklaring i matriserna

+ innebär att åtgärds mål och/eller exempel på aktiviteter påverkan på respektive bestämningsfaktor för hälsa för de markerade befolkningsgrupperna bedöms bli positiv

0/+ betecknar att denna påverkan både kan komma att utebli/vara marginell eller positiv

0/- indikerar att denna påverkan både kan komma att utebli/vara marginell eller negativ

+/- visar att denna påverkan är svårbedömd och kan tolkas som antingen positiv eller negativ, beroende på sammanhang

- markerar att åtgärds mål och/eller exempel på aktiviteter påverkan på respektive bestämningsfaktor för hälsa sannolikt blir negativ för aktuella befolkningsgrupper.

²⁸ Nuläget definieras som den beskrivning som finns i kapitel två i förslaget till RTP

Tomma rutor i matrisen betyder att det regionala tillväxtprogrammets åtgärds mål och exempel på aktiviteter inte bedöms ha någon påverkan på respektive bestämningsfaktor för hälsa för aktuell befolkningsgrupp, utifrån programförslagets nuvarande formuleringar.

Val och bedömning av målområden och bestämningsfaktorer

De insatsområden som lyfts fram i tillväxtprogrammet är också av största betydelse för flera av folkhälsopolitikens centrala målområden och bestämningsfaktorer. Programmets åtgärder är därigenom av vikt även för hälsans utveckling i länet. Nedan följer de utvalda målområdena med respektive bestämningsfaktorer.

Delaktighet och inflytande i samhället

De bestämningsfaktorer som inom detta målområde bedöms som mest relevanta att analysera med avseende på grupperns hälsa är *jämställdhet, diskriminering, demokratiskt och socialt deltagande samt socialt stöd och tillgänglighet*.

Jämställdhet

Skillnader i hälsa/ohälsa mellan kvinnor och män är stora. Dessa skillnader sammanhänger till stor del med sociala och kulturella faktorer även om vissa biologiska skillnader också finns. De strukturella skillnader som finns i samhället medför att villkoren i arbetslivet och familjelivet ser mycket olika ut för kvinnor och män. Ekonomiskt finns också en obalans mellan könen.

Två av Västernorrlands regionala jämställdhetsmål²⁹; att bryta traditionella könsroller och tillvarata intressen och kompetens oavsett kön samt skapa likvärdiga förutsättningar för utbildning, arbete och företagande, har en tydlig koppling till tillväxtprogrammet.

Inom insatsområdena ett och tre i tillväxtprogrammet finns jämställdhet mellan kvinnor och män beaktat. Inget mål eller exempel på aktivitet finns tydligt angivet i insatsområde två.

Diskriminering

Bestämningsfaktorn diskriminering begränsas i denna rapport till etnisk diskriminering då utrikes födda kvinnor och män är en prioriterad grupp i tillväxtprogrammet. Diskriminering minskar människors möjlighet till delaktighet och inflytande i samhället. Särskilt allvarligt är det om människor utestängs från arbetsmarknaden eller särbehandlas i arbetslivet. För de flesta utrikes födda är arbete grunden för en lyckad integration och ett hälsosamt liv.

Upplevelse av diskriminering ökar risken för ohälsa 2-2,5 gånger, jämfört med att inte uppleva sig diskriminerad. Ju fler diskrimineringsgrunder en person kan relatera till, desto större negativa konsekvenser för hälsa, exempelvis etnicitet,

²⁹ Länsstyrelsen Västernorrland: Västernorrlands Jämställdhetsmål 2008-2010

funktionsnedsättning, kön. En av de vanligaste situationerna att känna sig diskriminerad är kontakt med arbetsmarknaden och/eller arbetsförmedlingen³⁰.

Att öka sysselsättningsgraden för utrikes födda och motverka etnicitetssegregerad arbetsmarknad finns tydligt beaktat i såväl målformuleringar som exempel på aktiviteter i insatsområde ett i tillväxtprogrammet.

Demokratiskt och socialt deltagande samt socialt stöd

Brist på makt och möjligheter att påverka har ett starkt samband med ohälsa. Socialt stöd kan vara emotionellt, informativt eller materiellt och av betydelse för hälsa genom att minska individers utsatthet för stress.

Inom insatsområde två finns flera exempel på aktiviteter som kan relateras till dessa bestämningsfaktorer exempelvis; utveckla lokal delaktighet, medborgarenkäter, ungdomsbarometrar, utveckling inom kulturområdet mm.

Tillgänglighet och service

Bestämningsfaktorn tillgänglighet är en grundläggande förutsättning för delaktighet i samhället. I Västernorrland med gles befolkningsstruktur och i vissa fall långa avstånd till arbete är tillgänglighetsfrågorna särskilt viktiga. Denna bestämningsfaktor belyses därför för alla befolkningsgrupper i analysen och begränsas inte enbart till personer med funktionsnedsättning.

Betydelsen av goda kommunikationer, transporter och IT-tillgänglighet är väl belyst i tillväxtprogrammet under insatsområde två. Mobiltelefoni med hög täckningsgrad i hela länet är ur folkhälsosynpunkt viktigt, inte minst för den trygghet som mobiltelefoner utgör. En annan viktig del av tillgängligheten är serviceutbudet främst utanför tätorter. En HKB som är under framtagande i samarbete mellan länsstyrelserna i Kalmar och Kronobergs län inom ramen för regleringsbrevsuppdraget visar att tillgång till landsbygdsbutikernas utbud och service utgör en möjlighet att bo kvar på orten, och att butikerna är viktiga även som mötespunkt och som indirekt social kontroll³¹.

Ekonomiska och sociala förutsättningar

De bestämningsfaktorer som inom detta målområde bedöms som mest relevanta att analysera med avseende på grupperns hälsa, är *ekonomiska villkor, tillgång till sysselsättning och tillgång till utbildning*

Ekonomiska villkor

Människors hälsa, både den fysiska och psykiska, förbättras med ökade inkomster men i avtagande grad ju högre inkomsten blir³². Självskattad hälsa har ett starkt

³⁰ Statens folkhälsoinstitut: Hälsa på lika villkor - resultat från den nationella folkhälsoenkäten.

³¹ Länsstyrelserna i Kalmar och Kronobergs län: Bevara landsbygdshandeln – för hälsans skull. Arbetsmaterial 2008

³² Statens folkhälsoinstitut 2003:12 Valfärd, jämlikhet, folkhälsa – vetenskapligt underlag för begrepp, mått och indikatorer.

samband med ekonomiska villkor, god ekonomi ger god hälsa och en ekonomiskt utsatt situation, om den inte är tillfällig, är negativ för hälsan. Sambandet självskattad hälsa och ekonomiska villkor framgår för länets del av återkommande befolkningsenkäter. Hälsan följer samma socioekonomiska mönster i Västernorrland som i riket³³.

De ekonomiska villkoren påverkar många andra faktorer av betydelse för hälsa; exempelvis boende, fritidsaktiviteter, rekreation och val av mat.

Övergripande för tillväxtprogrammet är arbete för ekonomisk utveckling vilket i huvudsak är positivt för folkhälsan även om en risk finns att ojämlikhet mellan grupper vidmakthålls eller till och med förstärks. I synnerhet bedöms gruppen utrikes födda kvinnor och mäns ekonomiska villkor kunna förbättras utifrån programmets åtgärd 1.1.

Tillgång till sysselsättning

Bestämningsfaktorn tillgång till sysselsättning har ett tydligt statistiskt samband med hälsa. Även det motsatta sambandet arbetslöshet och ohälsa är väl belagt. Tillgång till arbete är inte bara av ekonomiskt intresse utan också av betydelse för människors sociala kontaktnät, och utanförskap innebär en riskfaktor för ohälsa. Särskilt allvarligt är det om utanförskapet blir långvarigt³⁴.

Att nå det övergripande målet att skapa tillväxt och förhoppningsvis ökad sysselsättning utgör en av de viktigaste hälsofrämjande insatserna som kan göras i länet. Tillgång till sysselsättning hör till de bestämningsfaktorer som är mest frekvent förekommande i matriserna.

Tillgång till utbildning

Det finns ett starkt samband mellan utbildningsnivå och hälsa. Ju högre utbildning desto bättre hälsa på gruppnivå. Det kan förklaras med att utbildningsnivån avgör individens position på arbetsmarknaden och därigenom tillgång till materiella resurser. Även hälsorelaterade levnadsvanor följer utbildningsnivå.

I tillväxtprogrammet framgår av naturliga skäl inte så mycket satsningar på grundutbildning men lärlingsutbildningar öppnar möjligheter att komma in på arbetsmarknaden och är därför av betydelse för hälsa. Ett flertal förslag till utbildning av företagare stärker sannolikt företagen och företagarna i länet och har indirekt positiva konsekvenser ur folkhälsosynpunkt.

Hälsa i arbetslivet

De bestämningsfaktorer som inom detta målområde bedöms som mest relevanta att analysera med avseende på grupperns hälsa är *anställningstrygghet* och arbetsmiljöfaktorn *rehabilitering*.

³³ Länsstyrelsen Västernorrland 2007:5 Livsmiljöbokslut 2006.

³⁴ Prop. 2002/03:35 Mål för folkhälsan

Anställningstrygghet

I grunden är anställningstrygghet positivt ur hälsosynpunkt även om tryggheten i vissa fall kan leda till inlåsnings effekter och begränsad rörlighet på arbetsmarknaden. Bristfällig anställningstrygghet förekommer främst i den unga gruppen, och kan skapa otrygghet och negativa hälsoeffekter. Det finns också könsskillnader med en kraftig överrepresentation av kvinnor i tim-, behovs- och vikariatsanställningar³⁵.

För både kvinnor och män tycks försämrade anställningstrygghet bidra till psykisk ohälsa. En satsning på besöks- och servicenäringen i insatsområde tre är exempel på en bransch med många unga medarbetare och som inte alltid kan erbjuda fasta heltidsanställningar. Det kan för unga också vara en positiv möjlighet med säsongarbete under studieuppehåll eller tim/deltidsarbete vid sidan av studier. Därav görs bedömningen att anställningstrygghet kan komma att påverkas i både positiv och negativ riktning.

Rehabilitering

Arbetsmiljöfaktorer innefattar ett flertal indikatorer men i denna analys har rehabilitering valts ut. Inget åtgärds mål finns, men att genomföra målinriktade rehabiliteringsinsatser är uttalat som exempel på aktivitet i insatsområde ett. Givetvis är rehabiliteringsinsatser viktiga men intressantare ur ett folkhälsoperspektiv är tydligare fokus på insatser för "ett friskare arbetsliv" för att begränsa att ohälsa, sjukskrivningar och rehabiliteringsbehov uppstår. Erfarenheter av hälsofrämjande insatser på arbetsplatserna borde lyftas fram tydligare. Arbete för en god hälsa hos personalen inom ett företag/organisation är en god investering. Det är i de flesta fall mer kostnadseffektivt att förebygga ohälsa än att åtgärda den.

Miljöer och produkter

Inom målområde fem bedöms främst bestämningsfaktorerna *buller, luftföroreningar* och *miljöer som kan relateras till skador* påverkas av åtgärds mål och exempel på aktiviteter inom det regionala tillväxtprogrammet. En ökad användning av IT är en faktor som kan minska behovet av resor och transporter, medan exempelvis en ökad satsning på besöksnäringen i länet leder till fler resor och transporter – något som inverkar negativt på bullernivåer, luftkvalitet och ökar riskerna för olyckor och skador i trafiken. Satsningar på en ökad andel kollektivt resande är också positiva ur miljöhänseende. Det är därför svårt att ge någon entydig bild av hur RTP kan komma att inverka på miljön i länet. Barn och äldre är de befolkningsgrupper som kan ha mest att vinna/förlora. Dels eftersom barn och äldre (samt personer med vissa funktionsnedsättningar) är känsligare för buller och luftföroreningar, dels eftersom de utgör grupper som är överrepresenterade i trafikolycksfallsstatistiken³⁶.

³⁵ Statens folkhälsoinstitut 2008:8 Folkhälsofrågor ur ett genusperspektiv

³⁶ Statens folkhälsoinstitut: HKB på Strukturprogram för Mellersta Norrland, arbetsmaterial 2008.

VAL OCH BEDÖMNING UTIFRÅN BEFOLKNINGSGRUPPER

Här definieras och motiveras de befolkningsgrupper som valts ut att ingå i hälsokonsekvensbedömningen. Syftet med urvalet är att granska hur det regionala tillväxtprogrammet påverkar jämlikheten i hälsa, och om de relativa skillnaderna i hälsa mellan grupper kan komma att öka eller minska. De faktorer som vanligen står i fokus är kön, ålder (barn, äldre), etnicitet, funktionsnedsättning, socioekonomi och sexuell läggning.

I denna HKB definieras etnicitet som utrikes födda eftersom det är den gängse termen i RTP, men i vissa referenser förekommer även begreppet utländsk bakgrund³⁷. Grupperna företagare/blivande företagare samt den så kallade arbetskraftspotentialen har identifierats och lagts till.

Med arbetskraftspotential avses i detta fall grupper som står utanför arbetsmarknaden men som med adekvata åtgärder på olika sätt och i olika utsträckning anses kunna utföra arbetsuppgifter. Det gäller ofrivilligt deltidsarbetande, personer med sjuk- och aktivitetsersättning, arbetssökande, ungdomar som inte etablerat sig helt på arbetsmarknaden och långtidssjukskrivna som kan arbetsträna. I ett vidare perspektiv ingår i denna grupp även de utrikes födda som står utan jobb samt relativt nyblivna pensionärer som skulle vilja fortsätta att arbeta.

Förutom grupperna flickor och pojkar och arbetskraftspotentialen antas övriga grupper nedan ha arbete i någon form.

Flickor och pojkar

Gruppen barn har i bedömningen delats upp i flickor och pojkar vilket ger möjligheter att synliggöra eventuella skillnader mellan könen. Ett barnperspektiv ska alltid genomsyra länsstyrelsens verksamhet/ansvarsområden. Skola och utbildning är mycket viktigt för denna grupps framtida förutsättningar för god hälsa. Barn och ungdomar är också mer känsliga än vuxna för luftföroreningar, buller och andra miljöfaktorer.

Åtgärds mål och exempel på aktiviteter inom samtliga tre insatsområden har i flera avseenden tydliga konsekvenser för barn. Specifikt positivt är tillgång till utbildning riktade till barn, såsom mer fokus på entreprenörskap i grundskolan. Andra insatser ger generellt positiva konsekvenser för barn liksom för andra befolkningsgrupper, såsom förbättrade möjligheter till delaktighet via ökade satsningar på kommunikation och tillgång till offentlig och privat service för de barn som bor utanför tätorterna. Ett barnperspektiv, i det avseende att barn får komma till tals i frågor som berör dem som individer eller som grupp, kan möjliggöras i föreliggande tillväxtprogram via satsningar på lokal demokrati.

Barnen i länet kommer, liksom övriga befolkningen, att påverkas av de konsekvenser som programmets åtgärds mål och exempel på aktiviteter i olika

³⁷ Begreppet utländsk bakgrund innefattar även personer som är födda i Sverige men där en eller båda föräldrarna är födda utomlands.

avseenden får för miljön. Det är dock svårt att ge en entydig bild av detta, eftersom denna kvalitativa analys inte är avsedd att mäta storleksordningen på de positiva respektive negativa effekter som kan uppstå på befolkningen via miljön.

Inga skillnader mellan pojkar och flickor har noterats.

Ungdomar och unga vuxna; 16-30 år

Denna heterogena grupp är mycket intressant ur det regionala tillväxtprogrammets perspektiv. Utbildning och matchning på arbetsmarknaden bidrar till hälsotillståndet för unga vuxna. Den psykiska /o/hälsan har under de senaste åren haft en oroväckande tendens i gruppen, inte minst bland unga kvinnor³⁸. En uppdelning har gjorts inom gruppen för att om möjligt analysera skillnader i programmets påverkan på dem *med* respektive *utan* eftergymnasial utbildning. Eftergymnasial utbildning definieras här som genomförd kvalificerad yrkesutbildning - eller högskoleutbildning.

Ungdomar beskrivs i början av tillväxtprogrammet som en prioriterad grupp, då ungdomsperspektiv är ett av urvalskriterierna för kommande projektsatsningar. Av matriserna framgår att åtgärds mål och aktiviteter bedöms påverka både de ungdomar som har, och de som inte har, eftergymnasial utbildning. För den sistnämnda gruppen är det i högre grad fråga om insatser inom alla tre insatsområden för att ge tillgång till utbildning, medan tillgång till sysselsättning är något vanligare förekommande riktat till de ungdomar och unga vuxna som har eftergymnasial utbildning.

Kvinnor och män 31-60 år

Personer i åldrarna 31-60 år utgör en stor del av befolkningen och är synnerligen intressanta ur ett regionalt tillväxtperspektiv eftersom de i hög utsträckning arbetar. En uppdelning har gjorts inom gruppen för att om möjligt analysera skillnader i programmets påverkan på dem *med* respektive *utan* eftergymnasial utbildning.

När det gäller denna åldersgrupp bedöms skillnaderna i påverkan mellan dem som har, respektive inte har, eftergymnasial utbildning vara mindre jämfört med gruppen ungdomar och unga vuxna.

Kvinnor och män; 61-70 år

Det finns en stor potential i att äldre bibehåller sin hälsa och vitalitet i sådan utsträckning att de kan stanna kvar på arbetsmarknaden i någon form även efter 65 års ålder. Många mellan 61 och 65 år har på grund av sitt hälsotillstånd sjuk- och aktivitetsersättning (tidigare kallat förtidspension).

I insatsområde ett nämns att det är viktigt att genomföra insatser för att få fler äldre att stanna kvar på arbetsmarknaden längre. Satsningen på besöksnäringen i insatsområde tre bedöms vara den mest konkreta åtgärden som kan tillämpas på denna befolkningsgrupp, i och med att den kan generera säsongs- eller

³⁸ Statens folkhälsoinstitut: Hälsa på lika villkor, resultat från den nationella folkhälsoenkäten.

deltidsbetonade arbeten som kan locka dem som vill ha alternativ till heltids/helårssysselsättning eller vill ägna tid åt att arbeta i den sociala ekonomin/föreningar inriktade på upplevelser och besöksnäring. I övrigt bedöms förutsättningarna för hälsa i denna grupp endast påverkas via de områden som påverkar hela befolkningen.

Service på landsbygden är, enligt en hälsokonsekvensbedömning som för närvarande utarbetas i samverkan mellan länsstyrelserna i Kalmar och Kronobergs län, särskilt viktig för gruppen äldres hälsa, trygghet och möjligheter att leva ett självständigt liv³⁹.

Kvinnor och män med funktionsnedsättning

Personer med funktionsnedsättning har en lägre sysselsättningsgrad och skattar sin hälsa lägre än den övriga befolkningen⁴⁰. Funktionsnedsättning kan många gånger kompenseras med personens övriga förmågor och/eller anpassning av arbetet till exempel med hjälpmedel så att personen kan ha arbetsförmåga. Tillgänglighet i olika bemärkelser är betydelsefullt för personer med funktionsnedsättning och deras möjlighet till hälsa på lika villkor.

Åtgärder som konkret påverkar bestämningsfaktorer för hälsa för personer med funktionsnedsättning finns i insatsområde ett. I övriga insatsområden bedöms förutsättningarna för hälsa i denna grupp endast påverkas via de områden som påverkar hela befolkningen.

Utrikes födda kvinnor och män

Gruppen med utländsk bakgrund har en bättre ålderssammansättning ur arbetskraftssynpunkt än den övriga befolkningen, och beräknas utgöra 27 procent av befolkningen i arbetsför ålder år 2015. För regionens tillväxt är det viktigt att beakta dessa aspekter. Det är otillfredsställande, såväl ur individernas som ur samhällets synvinkel, att en del av de utrikes födda i dagsläget är beroende av transfereringar ur de sociala ersättningsystemen. Att tidigt integreras i samhället genom arbetslivet skapar förutsättningar för välbefinnande och hälsa samt tillväxt i regionen. Många i denna grupp har arbete som inte motsvarar deras utbildning/kompetens.

Det är lika vanligt att utrikes födda som inrikes födda är företagare, sett till hela befolkningen. Ser man till sysselsättningen bland unga (18-30 år) så är det något vanligare att de utrikes födda driver företag än att inrikes födda ungdomar gör det⁴¹.

Självupplevd hälsa skiljer sig åt mellan utrikes födda och personer födda i Sverige⁴². Det finns dock stora variationer inom gruppen utrikes födda. Vanligtvis

³⁹ Länsstyrelserna i Kalmar och Kronobergs län: Bevara landsbygdshandeln – för hälsans skull. Arbetsmaterial 2008

⁴⁰ Statens folkhälsoinstitut: Hälsa på lika villkor

⁴¹ Ungdomsstyrelsen 2008:5 UNG idag 2008 – en beskrivning av ungdomars villkor

⁴² Statens folkhälsoinstitut: Hälsa på lika villkor

står hälsosituationen i proportion till det ekonomiska, geografiska och kulturella avståndet från Sverige.

Utrikes födda är en strategisk grupp ur regionalt tillväxtperspektiv. De åtgärds mål och aktiviteter som i störst utsträckning påverkar bestämningsfaktorer för utrikes föddas hälsa återfinns inom insatsområde ett, såsom ekonomiska villkor, tillgång till sysselsättning och utbildning. Inom ramen för insatsområde två bedöms förutsättningarna för utrikes födda påverkas i likadan utsträckning som för den övriga befolkningen i länet, medan endast ett åtgärds mål/aktivitet inom insatsområde tre har uttalad påverkan på gruppen utrikes födda.

Företagare och blivande företagare

Företagare är, liksom ungdomar, en mycket heterogen grupp. Många små företag står inför en generationsväxling. En betydande del av länets företagare utgörs av lantbrukare. Företagare och blivande företagare är en viktig grupp för det regionala tillväxtprogrammet. Särskilt satsas på att få fler kvinnor att starta företag och skapa positiva attityder till otraditionella branscher, såsom företag inom vård- och omsorgssektorn. Insatser för att påverka attityder hos ungdomar till företagande är viktigt för framtiden men det är svårt att bedöma dess effekter på kort sikt. Ungdomar i Mellersta Norrland tillhörde 2007⁴³ dem med mest positiv inställning till eget företagande.

Inom alla insatsområden innebär åtgärds målen och exemplen på aktiviteter i hög utsträckning påverkan på hälsans bestämningsfaktorer för företagare och blivande företagare.

Arbetskraftspotentialen

Att inte ha ett arbete, trots att man skulle kunna utföra ett, är ofta negativt för både individen och dennes omgivning. Inkomsten påverkar materiella villkor, såsom kvaliteten på boendet, konsumtion av mat och kläder, transportmöjligheter, rekreation och fysiska aktiviteter. Socioekonomiskt svaga grupper har en sämre hälsa än befolkningen i övrigt. Ohälsotalet har under en rad av år varit högre i Västernorrland än riksgenomsnittet⁴⁴.

Arbetskraftspotentialen är förhållandevis lite berörd i åtgärds mål och exempel på aktiviteter, både i insatsområde ett och två. Rehabilitering framstår som en viktig insats. I insatsområde tre kan inga specifika kopplingar till denna grupp utläsas, och påverkan på respektive bestämningsfaktor för hälsa för denna grupp, bedöms därför uteslutande ske utifrån miljöfaktorer.

SLUTSATSER

Erfarenheter av metoden

I en hälsokonsekvensbedömning är redovisning av hälsopåverkan i hela befolkningen i regionen *inte* tillräcklig. Ett viktigt syfte med metoden är att

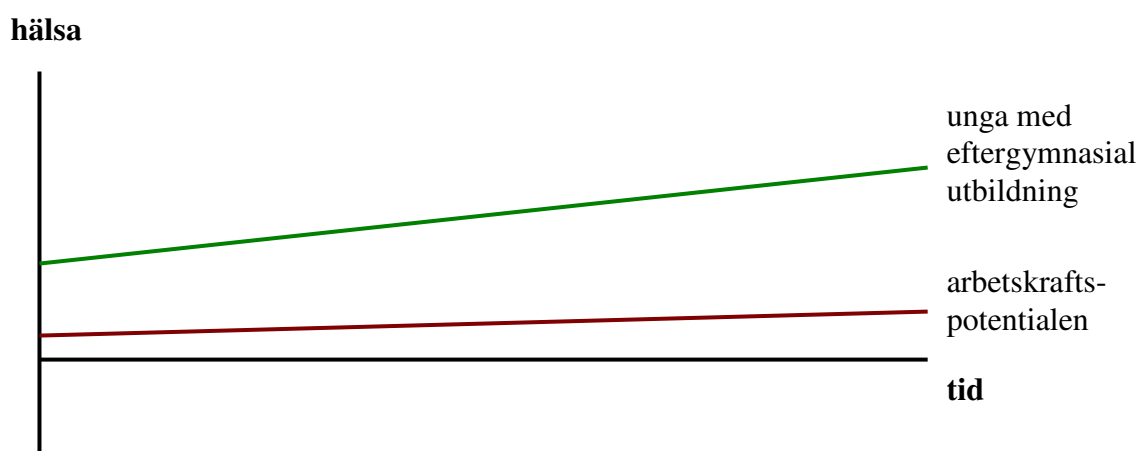
⁴³ Ungdomsstyrelsen 2008:5 UNG idag 2008 – en beskrivning av ungdomars villkor

⁴⁴ Länsstyrelsen Västernorrland 2007:5 Livsmiljöbokslut 2006.

identifiera skillnader mellan olika grupper. Det behövs en vidareutveckling av metoden för att på ett tydligare sätt identifiera dessa skillnader på programnivå. En annan tänkbar slutsats av detta är att det krävs tydligare beskrivning av den sociala hållbarheten i de olika insatsområdena.

I figur 2 åskådliggörs i en schematisk bild hur hälsan kan komma att förändras över tid för två exempelgrupper till följd av RTP. Folkhälsans nivå har förutsättningar att höjas för samtliga studerade grupper, men den ojämna fördelningen av hälsa i befolkningen riskerar att öka utifrån de mål och aktiviteter som beskrivs.

Figur 2.



Det hade sannolikt inte varit möjligt att se eller komma fram till detta resultat (det vill säga i huvudsak positiva effekter 2013, med reservation för miljöpåverkan samt en varning för ökade skillnader mellan olika befolkningsgrupper) utan att göra denna HKB och processa fram bedömningarna i matriserna.

Stora matriser med många grupper och bestämningsfaktorer medförde att bedömningarna beskrevs både vågrätt (per bestämningsfaktor) och lodrätt (per befolkningsgrupp) för att försöka underlätta läsbarhet och "röd tråd" för läsare som är ovana vid metoden. Matriserna gjorde sig bäst som bilagor, och förhoppningen är att de inte ses som mindre viktiga för att de lyfts ur texten.

Det är på projektnivå/direkt åtgärdsnivå som vikten av metoder för att bedöma effekter på bestämningsfaktorer för folkhälsa förefaller störst i och med att projektnivån är mer konkret än programnivån. Ett tänkbart utvecklingsarbete är att genomföra en eller flera hälsokonsekvensbedömningar inför beslut om tilldelning av medel till kommande projekt inom RTP.

Effekter på folkhälsa

Inriktningarna i det regionala tillväxtprogrammet kan på lång sikt och ur ett helhetsperspektiv bidra till att skapa förutsättningar för en god folkhälsa. Det kan inte nog betonas att folkhälsan är ett medel för, och investering i, länets utveckling och tillväxt - och inte enbart ett mål/resultat av insatser. I och med att

en hälsokonsekvensbedömning gjorts med utgångspunkt i programmet, är det lätt att tro att orsakssambandet går i den riktningen enbart. Men hälsan i befolkningen och dess undergrupper har också klar betydelse för programmets möjligheter till framgång.

Det regionala tillväxtprogrammet är relevant för folkhälsan i länet på flera sätt och nivåer/led. Programmet förväntas år 2013 ha bidragit till både direkta och indirekta konsekvenser för hälsan i olika befolkningsgrupper. De flesta effekterna bedöms bli positiva, medan negativ påverkan kan ske via miljön, risker för trafikolycksfall och möjligen bristande anställningstrygghet. Det finns dock en risk att klyftorna ökar mellan de som har arbete och de som står utanför. I tillväxtprogrammet är det av naturliga skäl den resursstarka befolkningen som hamnar i fokus. För en sammanhållet god folkhälsa är det viktigt att se till fördelningen, och inte enbart den genomsnittliga nivån. HKB är ett sätt att skapa medvetenhet om detta fenomen inför beslut, så att lämpliga åtgärder kan planeras och vidtas.

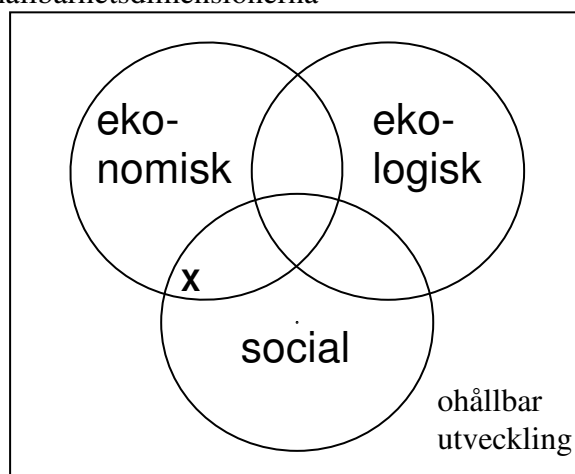
Missivet som medföljer remissutgåvan efterlyser idéer kring hur ungdomar i långt större utsträckning kan ges plats i den produktiva arbetsmarknaden. Att ungdomar inte kommer in på arbetsmarknaden är ett problem som också finns med som en svaghet i SWOT-analysen i RTP. Arbetsmarknadens krav ökar och en grupp unga saknar såväl tillräcklig kunskapsmässig som social kompetens. Det krävs sociala investeringar i framtida produktionsförmåga och hälsa, något som borde betraktas på samma sätt som tekniska och fysiska investeringar.

Slutsatser ur ett RTP-perspektiv

Att nå det övergripande målet att skapa tillväxt och förhoppningsvis ökad sysselsättning utgör samtidigt en av de viktigaste hälsofrämjande insatserna som kan göras i länet. Resurssamordning ger viktiga synergieffekter, vilket också är en grundtanke inom RTP.

Att göra en HKB på RTP har visat att en god folkhälsa inte enbart innebär social hållbarhet, utan ligger i den integrerade zonen mellan social och ekonomiskt hållbar utveckling, se figur 3 på nästa sida.

Figur 3: De tre hållbarhetsdimensionerna



I detta specifika fall kan förslaget till RTP innebära att varken folkhälsan eller den ekonomiska tillväxten utvecklas optimalt, i och med att satsningarna på vissa befolkningsgrupper gör att framför allt arbetskraftpotentialen riskerar att "halka efter". Därav har X placerats lite närmare kanterna än mitten i figur 3. Ytan som ligger inom ramen men utanför de integrerade cirkelarna kan sägas stå för det som är ohållbart ur alla aspekter. Miljöaspekter har visserligen beaktats inom ramen för målområde fem, men att X inte placerats inom cirkeln för ekologiskt hållbar utveckling i figuren ska tolkas som att miljöområdet är mer omfattande än buller och luft, och därför kan behöva studeras närmare än vad som gjorts i detta fall. Det ska *inte* tolkas som att RTP är ohållbart ur miljöhänseende.

Att folkhälsa är integrerat i regionala utvecklingsfrågor på detta sätt, snarare än ett isolerat politik- och verksamhetsområde, visar också behovet av att så kallade horisontella perspektiv än mer mainstreamas i beslutsfattandet. Jämställdhetsarbetet har kommit en bit på denna väg, med jämställdhetsintegrering som strategi för att uppnå målen genom förändrade arbetssätt, vilket har bidragit till att medvetandegöra och dra nytta av genusperspektivet.

Genom att uppmärksamma folkhälsomålen och denna hälsokonsekvensbedömning i den slutliga revideringen av RTP kan länsstyrelsen sägas ha kommit en bra bit på väg avseende länsstyrelseinstruktionen om att beakta folkhälsa inom arbetet med regional tillväxt.

Förslag till RTP

1. Lägg till folkhälsa i form av ett urval av de nationella målområdena, dels allmänt som en tillväxtskapande del i den sociala dimensionen av hållbar utveckling och dels i hållbarhetskriterierna för projekt (exempelvis som en fråga i stil med om projektet bidrar till ökade eller minskade skillnader i hälsa i befolkningen? Eller hur det påverkar vissa utvalda målområden/bestämningsfaktorer?).

Ett exempel på hur det skulle kunna se ut är NUTEK´s guide till dem som vill söka medel ur det regionala strukturfondsprogrammet för Östra Mellansverige, där sökanden bland annat måste ange hur projektets resultat och effekter kommer att påverka folkhälsan hos olika grupper, exempelvis hur projektet påverkar en ökad hälsa i arbetslivet⁴⁵.

2. För in begreppet *socialt driven tillväxt*, analogt med miljödriven tillväxt. I begreppet ryms en stor potential av entreprenöriell service både i tätort och på landsbygd. Otraditionella driftsformer för hälsovård, omsorg och rehabilitering är en sektor som kan utvecklas, och som i likhet med miljödriven tillväxt gynnar samhället på mer än ett sätt. Det är också en bransch som kan locka fler unga och kvinnor att bli entreprenörer och som därmed är viktig för tillväxten. Kanske är det också lämpligt att göra socialt driven tillväxt till ett kluster.

Solgun Lundgren
Länssamordnare
Välfärdsavdelningen
0611-34 91 47

Anna Karlsson
Utredare, folkhälso- och livsmiljöfrågor
Välfärdsavdelningen
0611-34 91 17

⁴⁵ http://www.nutek.se/content/1/c4/64/18/Guide%20Folkh%E4lsa_080618.pdf senast nedladdad 080917

Slutrapport

55(55)

2008-11-26

Dnr 700-3757-07