



SUNDHEDSKONSEKVENSVURDERING

- FRA TEORI TIL PRAKSIS

2008

Sundhedskonsekvensvurdering – fra teori til praksis

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:

Gabriel Gulis

Peter Gry

Stella R.J Kræmer

- alle fra Forskningsenheden for Sundhedsfremme, Institut for Sundhedstjenesteforskning,
Syddansk Universitet.

Redaktion:

Marie Louise Bistrup, Mette Lolk Hanak, Anna Paldam Folker og Line Raahauge Madsen
Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse

Følgegruppe:

Arne Gårn, Region Syddanmark

Henrik Nørgaard, Horsens

Jesper Eilsø, Svendborg

Louise Weissenborn, Sønderborg

Luise Moustgaard, København

Mads Lind, København

Nina Gath, Kommunernes Landsforening

Pernille Rasmussen, Næstved

Sille Kloppenborg, Vejen

Islands Brygge 67

2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord:

Sundhedskonsekvens; Forebyggelse; Planlægning; Sundhedsfremme

Kategori:

Orientering

Copyright:

Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Oplag:

2000

Grafisk tilrettelæggelse og tryk:

Schultz Grafisk

Udgivet af Sundhedsstyrelsen november 2008

Rekvireres ved henvendelse til Schultz Grafisk

ISBN: 978-87-7676-793-8 (elektronisk)

ISBN: 978-87-7676-794-5 (trykt)

Sundhedskonsekvensvurdering

– fra teori til praksis

Forord

En *sundhedskonsekvensvurdering* er et redskab, der sætter sundhed på den politiske dagsorden. Sundhedskonsekvensvurderinger tydeliggør sundhedseffekter af aktiviteter på andre fagområder end sundhed og giver hermed mulighed for samarbejde mellem flere forskellige fagområder, forvaltninger og sektorer. Kommunerne kan anvende sundhedskonsekvensvurderinger til at udarbejde kvalificerede, systematiske og så vidt muligt evidensbaserede vurderinger af politikkers, planers og projekters virkninger på borgernes sundhed. Sundhedskonsekvensvurderinger kan bidrage til at politiske og administrative beslutninger bliver taget på det bedst mulige grundlag.

Både internationalt og nationalt er der i stigende grad fokus på at samarbejde på tværs af sektorer er nødvendigt for at fremme befolkningens sundhed. Netop tværsektorielt samarbejde er afgørende for at sikre de bedst mulige betingelser for og effekter af det kommunale arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse. Kommunalreformens øgede fokus på sundhedsfremme og forebyggelse har skabt en efterspørgsel efter metoder og redskaber, som kan anvendes i den kommunale planlægning.

Sundhedsstyrelsen ønsker med denne rapport at give kommunerne viden og inspiration til, hvordan man kommer i gang med at arbejde med sundhedskonsekvensvurderinger. Rapporten indeholder ikke konkrete værktøjer og redskaber til gennemførelse af sundhedskonsekvensvurderinger, men beskriver processen trin for trin og giver anvisning til relevante hjemmesider, hvor der kan hentes mere viden om emnet.

Tak til følgegruppen for deres konstruktive bidrag til denne rapport.

Centerchef



Else Smith

Indhold

Forord	2
Indhold	3
Indledning og Formål	4
Kommunernes nye opgaver og sundhedsforhold	4
Definition	6
SKV og andre typer konsekvensvurderinger	7
Faser i SKV	9
1. Screening	10
2. Udformning	13
3. Risikovurdering og risikoafvejning	16
4. Rapportering – dokumentering af SKV	22
5. anbefalinger	22
6. Opfølgning og evaluering	23
Hvordan forankres SKV?	24
Kompetenceudvikling	25
Forslag til forankring på kommunalt niveau	26
Påvirkes politiske og administrative beslutninger af SKV?	27
Referenceliste	29
Bilag I	31
Bilag II	32

Indledning og formål

Hvad er en sundhedskonsekvensvurdering?

En sundhedskonsekvensvurdering (SKV) er et redskab, som kommunerne kan anvende til at udarbejde kvalificerede, evidensbaserede vurderinger af politikkers, planers og projekters fremtidige virkninger på folkesundheden, således at politiske og administrative beslutninger tages på bedst muligt grundlag. En SKV anvendes især til at vurdere de sundhedsmæssige konsekvenser af aktiviteter uden for sundhedssektoren så som social-, bolig-, miljø-, undervisnings- eller trafiksektoren samt den fysiske planlægning.

En SKV er en vurdering af et politisk forslags virkning på sundhed i bred forstand, som det kommer til udtryk i WHO's definition af sundhed som: "en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende og ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse" (1). Sundhed kan ses som en tilstand, men også som en ressource, der giver mulighed for at modstå og mestre daglige udfordringer og belastninger (2).

Formålet med at gennemføre en SKV er at:

- Sikre at politikforslag, strategier, programmer, planer og projekter ikke har uønskede virkninger på folkesundheden
- Opnå den størst mulige sundhedsmæssige effekt for de anvendte midler
- Skabe et godt grundlag for politiske beslutninger af betydning for folkesundheden
- Fremme sundhed og lighed i sundhed i befolkningen (3).

For at kunne gennemføre en SKV må der være eller skabes politisk, administrativ og økonomisk opbakning. Det at iværksætte en SKV kan i sig selv bidrage til at skabe opmærksomhed om sundhed og sætte øget politisk fokus på at styrke forebyggende og sundhedsfremmende indsatser.

Brugen af SKV kan sikre, at sundhedsmæssige konsekvenser (positive såvel som negative), er belyst og kan indgå i beslutningsgrundlaget forud for en politisk vedtagelse af en given politik, projekt eller plan. At gennemføre en SKV bidrager til beslutningsprocessen, men det betyder ikke nødvendigvis, at sundheden i alle tilfælde vil være det dominerende eller eneste målepunkt i den kommunalpolitiske praksis.

Kommunernes nye opgaver og sundhedsforhold

Sundhedsloven (4) har givet kommunerne et øget ansvar for sygdomsforebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering samt for at tilrettelægge kommunens virksomhed, så den skaber bedst mulige rammer for borgernes sundhed. Sundhedsloven giver den enkelte kommune gode muligheder for at anlægge en helhedsbetragtning på sundhedsfremme- og forebyggelsesopgaven og at sætte fokus på sundhed i forbindelse med indsatser i andre sektorer, fx på

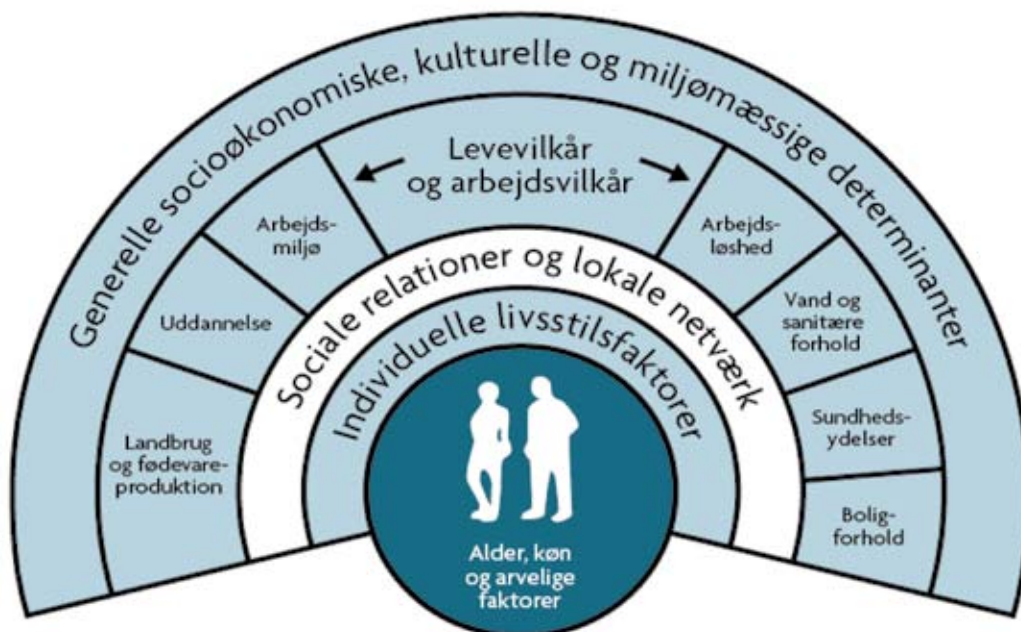
miljø-, arbejdsmiljø-, trafik-, beskæftigelses- og undervisningsområdet. SKV er et redskab, der kan tilvejebringe en platform for at arbejde tværsektorielt og dermed skabe bedre rammer for sundhed.

Kommunerne har fx ansvar for kommune- og lokalplanlægning, byplanlægning, kvarterløft, planlægning af trafik, landbrug og natur, miljøbeskyttelse, visse undervisningsforhold og sociale ydelser – alle sektorer som har en betydelig indflydelse på borgernes sundhed. De fysiske omgivelser har fx stor indflydelse på borgernes livsstil, idet de udgør rammer for fritidsaktiviteter, transportmuligheder og adgang til sundhedsfaciliteter osv.. Det er dog ikke altid, at aktiviteter i de nævnte sektorer bliver vurderet i forhold til deres indvirkning på borgernes sundhed.

Kommunernes mulighed for at planlægge indsatser kan med fordel ske ud fra det brede sundhedsbegreb, som blev lanceret i "Sundhed for alle" i 1978 af WHO (1) og som blev fulgt op med Ottawa Charteret om sundhedsfremme (2). Disse dokumenter fra WHO pointerer de samfundsmæssige sektors ansvar for at bidrage til sundhed og markerer dermed et paradigmeskifte fra individbaseret sundhed til befolkningsbaseret sundhed. Nye begrebsmodeller for opfattelse af sundhed blev udviklet bl.a. af Dahlgren and Whitehead (5) i et "sundhedshjul", figur 1, som illustrerer hvilke forhold, der direkte og indirekte påvirker sundheden.



Figur 1: Model over sundhedsdeterminanter (5)



Befolkningen og det enkelte menneskes sundhedstilstand er afhængig af en lang række forhold. Den individuelle livsstil og sundhedsadfærd har stor betydning, men mindst ligeså afgørende er de levekår, vi lever under. De generelle samfundsforhold og levekår – fx uddannelsesmuligheder, indkomst, boligforhold, arbejdsmiljø og andre miljøfaktorer og sundhedsvæsenets indretning har stor betydning for den enkeltes mulighed for at leve sundt. Andre risikofaktorer er knyttet til køn, alder, arvelige faktorer. Endelig har den måde, det enkelte menneske forvalter sit liv på – herunder livsstil, sociale relationer og netværk – også betydning for den enkeltes sundhed. Væsentlige forbedringer af folkesundheden vil derfor ofte kræve en indsats på flere niveauer som vist i figur 1. Determinanter med betydning for befolkningens sundhed kan derfor ikke afgrænses til en enkelt sektors ansvar. Forebyggelse og sundhedsfremme er en tværsektoriel opgave.

I det danske planlovssystem er det fastlagt, at en kommuneplan skal beskrive, hvilke mål kommunalbestyrelsen har for, hvordan kommunen bør udvikles over de kommende 12 år, og kommuneplanen bliver evalueret og fornyet hvert fjerde år (6). Anvendelse af en SKV kan bidrage til at kommune- og lokalplaner får fokus på indsatser, som er sundhedsfremmende og begrænser sundhedsskadelige tiltag.

Definition

Sundhedsstyrelsen har valgt følgende definition af SKV (7, 3):

En SKV er en samlet vurdering af de fremtidige direkte eller indirekte sundhedsmæssige virkninger på borgerne af:

- Et politikforslag (herunder lovforslag)
- En strategi
- Et program eller plan
- Et projekt

Kort sagt bidrager en SKV med information eller viden, som kan anvendes til at vurdere forskellige løsningsmodeller i forhold til hinanden, når en beslutning skal tages. SKV er rettet mod politiske beslutninger i og især uden for sundhedssektoren (8). En SKV kan bidrage til at placere sundhed som et afgørende element i kommunens udvikling af rammer for borgernes trivsel og bidrage til at fremme lighed i sundhed.

Anerkendte nøgleværdier i SKV er demokrati, lighed, bæredygtig udvikling og etisk forsvarlig anvendelse af evidens (7). Demokratibegrebet kan omfatte åbenhed i beslutningsprocessen, borgerinddragelse og diskussion. Lighed er knyttet til at en SKV kan fokusere på, hvordan forskellige aktiviteter virker på forskellige befolkningsgruppers sundhed og hermed bidrage til, at der træffes beslutninger med fokus på at reducere ulighed i sundhed. Bæredygtig udvikling er generelt accepteret som en nødvendig forudsætning i enhver beslutningsproces på lokalt, regionalt og nationalt niveau. Brug af bedst, tilgængelige evidens er også et kernepunkt der skal sikre, at SKV'en bygger på bedst muligt vidensgrundlag. Vægtningen og relevansen af de nævnte nøglebegreber afhænger af konteksten og planlægningen af SKV'en.

SKV og andre typer konsekvensvurderinger

En SKV er ikke den eneste type af konsekvensvurdering, en kommune kan anvende. Inden for andre fagområder er forskellige typer af konsekvensvurdering blevet udviklet som metoder til at vurdere indvirkninger af fremtidige planer eller investeringsprojekter. Oversigten i bilag 1 opidser de internationalt kendte typer af konsekvensvurderinger og beskriver kort, hvad forskellene er i forhold til SKV.

I Danmark er der pligt til parallelt med planlægning af større anlæg at gennemføre en "Vurdering af Virkning på Miljøet" (VVM). En lang række anlægsprojekter er omfattet af VVM-reglerne. VVM-reglerne omfatter blandt andet:

- Anlæg til energiproduktion,
- Råstofindvinding,
- Landbrug, skovbrug og akvakultur,
- Kemisk industri
- Fødevareindustri
- Infrastruktur

VVM-proceduren indebærer, at der skal gennemføres en vurdering af det påtænkte anlægs virkning på miljøet og der skal vedtages et tillæg til kommuneplanen inden det pågældende anlægsprojekt igangsættes (9).

Desuden skal der udarbejdes en miljøvurdering af planer og programmer (Strategisk Miljø Vurdering) og Regering og Folketing skal vurdere de miljømæssige virkninger af lovforslag.¹

Det er ikke lovpligtigt at skulle udføre en SKV, og det er ikke hensigten, at SKV skal afløse andre typer vurderinger. Der kan tværtimod være perspektiv i at forsøge at samordne forskellige typer af vurderinger, fx vurderinger af hhv. miljømæssige og sundhedsmæssige virkninger af forslag. Metoder og overvejelser fra SKV-processen kan også indarbejdes i miljøkonsekvens-vurderinger eller VVM'er.

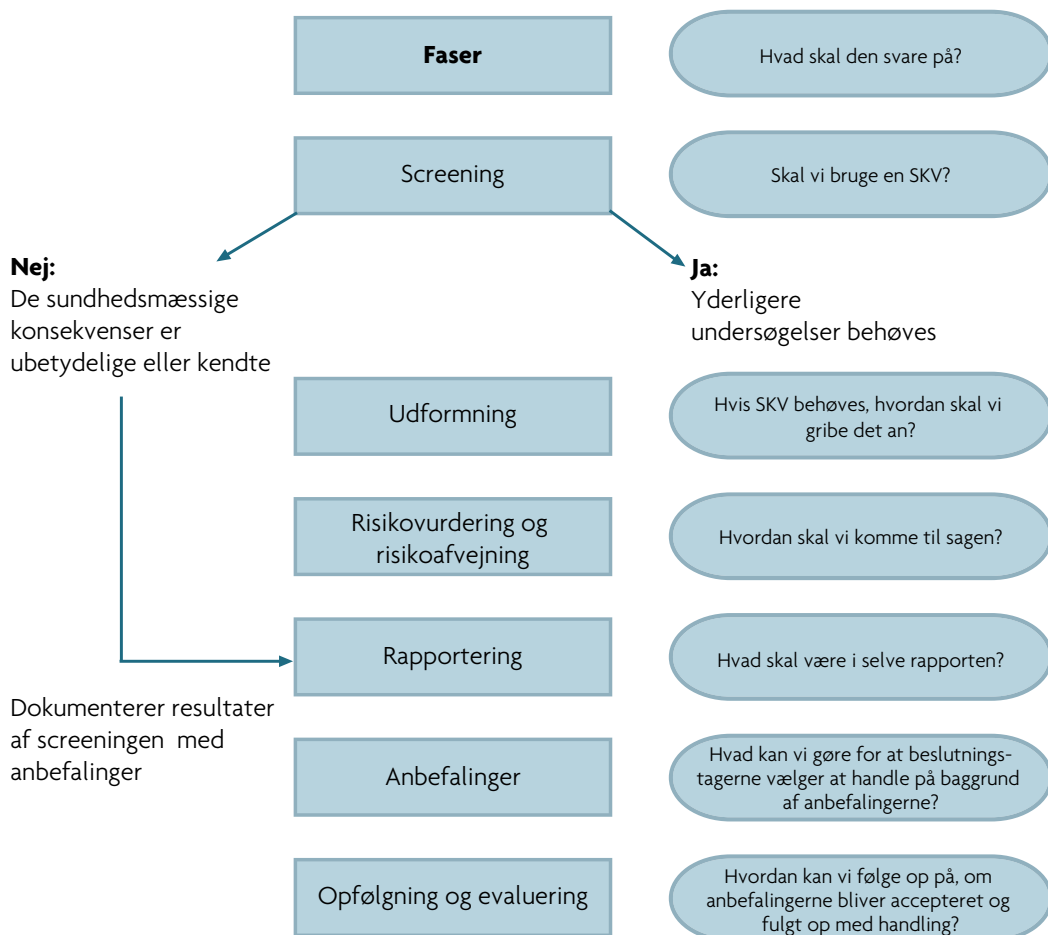
1 Se <http://www.blst.dk/planlaegning/miljoekonsekvenser/miljoevurderingplaner/>

Faser i SKV

En SKV skal bruges til sagsfremstilling til det politiske niveau. Når man planlægger at gennemføre en SKV, er det vigtigt, at de ressourcer der afsættes til SKV'en er afstemt med det politiske forslags betydning og omfang. Der vil være stor forskel på i hvilke tilfælde en komplet SKV er anbefalelsesværdig og i hvilke tilfælde en screening af det politiske forslag er tilstrækkeligt.

Der er forskellige fremgangsmåder, der kan følges, når en SKV skal udarbejdes, men denne rapport præsenterer den model, der oftest henvises til internationalt. Figur 2 viser flowet i SKV-processen med en oversigt over de grundlæggende faser og hovedopgaver (10):

Figur 2: Model over SKV procedure



Opdraget til at gennemføre en SKV kan opstå på mange forskellige niveauer. Uanset hvor initiativet kommer fra, er første skridt i en SKV en **screening** af det politiske forslag til en strategi, program, plan eller projekt. Screeningen kan ideelt set udføres af en kommunal sagsbehandler² i den forvaltning, som forslaget er tilknyttet. Det anbefales, at sagsbehandleren deltager i et kursus eller et undervisningsforløb, der kvalificerer til udførsel af første skridt i SKV'en, som er en 'screening'. **Screeningen** kan gennemføres ved brug af et afprøvet screeningsværktøj. Resultatet af screeningen afgør, om der er behov for at fortsætte til næste fase i en SKV (se figur 2). Hvis det på baggrund af resultaterne i screeningen beslutes, at der ikke er behov for en komplet SKV, anbefales sagsbehandleren at udarbejde et kort notat om resultaterne af screeningen. Efter screeningen kan sagsbehandleren, fx i samarbejde med kommunens sundheds-, planlægnings- eller økonomiafdeling, fastlægge omfanget af **udformningsfasen**. I udformningsfasen nedsættes en projektgruppe der diskuterer opgavens omfang og indholdet afgrænses til entydige spørgsmål, der skal behandles i risikovurderingen og risikoafvejningen (se afsnit 3). Efter udformningsfasen tager projektgruppen lederskab af SKV'en og fokuserer på **risikovurderings- og risikoafvejningsfasen**. Risikovurderingen kan gennemføres af projektgruppen eller kan udliciteres til eksperter, som giver input til vurderings- og prioriteringsprocessen. Herefter udarbejder projektgruppen en dokumentationsrapport, som også rummer **anbefalingerne** til beslutningstagerne. Hele processen kan følges op med en procesevaluering og en evt. handlingsplan for opfølgning af de sundhedsmæssige konsekvenser.

I de følgende afsnit beskrives de enkelte faser i en SKV trin for trin.

1. Screening

Første fase i en SKV er en **screening**. En screening er en forundersøgelse, som har til formål at besvare spørgsmålet, om der er grund til at fortsætte gennemførelse af SKV'en og på hvilket niveau SKV'en skal gennemføres. Det primære sigte med at udføre en SKV er at kvalificere grundlaget til en politisk beslutningsproces. En SKV er derfor et redskab, som anvendes forud for en politisk beslutning.³ Der er selvfølgelig situationer, hvor der ikke er brug for en komplet SKV, fx når sundhedskonsekvenserne er kendte, ubetydelige, ikke eksisterer, eller når der af forskellige årsager er begrænset eller ingen mulighed for at påvirke en plan, politik eller et projekt (eksempelvis på grund af politisk pres, samfundsrioritet osv.). I disse tilfælde afsluttes screeningen med et kort notat, der redegør for, hvorfor det ikke anbefales, at der gennemføres en komplet SKV.

Screeningsprocessen ledes typisk af en kommunal sagsbehandler og kan anvendes på rutinebasis på alle relevante politiske forslag eller for udvalgte forslag. Et screeningsværktøj bør derfor være enkelt at bruge, kort og præcist, sådan at hovedspørgsmålene bliver tydelige og hurtigt kan besvares, så det bliver nemt at beslutte, om der er behov for at udarbejde en komplet SKV (se bilag II for eksempel på et dansk screeningsredskab og arbejdsflow i screeningsprocessen).

2 Ordet sagsbehandler er i denne rapport brugt som fællesbetegnelse for planlægger, projektleder, sundhedskonsulent, fuldmægtig mv.

3 En SKV kan i særlige tilfælde også anvendes sideløbende fx ved implementering af en beslutning. Eller retrospektivt dvs. som vurdering af de sundhedsmæssige konsekvenser af en beslutning som er implementeret. En retrospektiv SKV kan bidrage til læring om processer og beslutninger, udvikling af kompetencer og systematisering af erfaringer med SKV.

Boks 1 sammenfatter de hovedpunkter, som et screeningsværktøj bør belyse:

Boks 1

- Vigtigheden af forslaget som kan have en konsekvens for
 - Økonomi, mennesker, samfund, sundhed og investeringers omfang
 - Hvilke sundhedsdeterminanter er i spil
 - Miljø (fysisk, social, økonomi), adfærd mfl.
 - Omfang og hyppighed af konsekvenser for sundhed
 - Enkelte eller flere, kort- eller langsigtede
 - Befolkningsgrupper
 - Samme konsekvens for hele befolkningen eller på enkelte befolkningsgrupper
 - Tilgængelige ressourcer
 - Økonomisk, data, mandskab, osv..
-

I princippet er der tre forskellige former for screeningsværktøj (se boks 2 for links):

- En tjekliste med simple spørgsmål, som kan besvares med ja eller nej. Hvert spørgsmål er relateret til emner i det samlede forslag, og en afsluttende evaluering bliver udført ved at opsummere antallet af ja/nej
- Et spørgeskema med detaljerede spørgsmål, som skal have fyldestgørende svar
- En vægtet tabel, som kan besvares med et ja/nej svar. De enkelte svar er vægtet på forhånd og skemaet summerer selv en samlet score som giver svaret på, hvorvidt en SKV bør gennemføres eller ej

Hvis en kommune ønsker at udvikle et nyt screeningsværktøj, er det nødvendigt at teste dets anvendelighed. For at afprøve om et eksisterende screeningsværktøj er anvendeligt i kommunen, kan sagsbehandleren for SKV'en bede repræsentanter for de relevante forvaltningsafdelinger om at afprøve screeningsværktøjet og på denne baggrund finde frem til det bedste værktøj. Det anbefales, at prioritere overskuelighed og entydighed af spørgsmålene, så der kan svares ja/nej og således kun er brug for ganske få beskrivelser.

Der findes en del internationale screeningsværktøjer, og mange er tilgængelige på internettet (se eksempler i boks 2). Det anbefales, at det screeningsværktøj, som den enkelte kommune vælger, er tilpasset lokale procedurer og behov. Udvikling af screeningsværktøjet som et samarbejdsprojekt mellem flere forvaltninger/afdelinger kan skabe grobund for ejerskab til værktøjet. Både hvis man i den enkelte kommune vælger at anvende et eksisterende screeningsværktøj eller vælger at udvikle ét selv, så er udvikling eller valg af screeningsværktøj et vigtigt element i den kompetenceudvikling, som brug af SKV forudsætter.

Oftest vil initiativet til at udvikle et screeningsværktøj komme fra den forvaltning eller afdeling, som har ansvaret for sundhedsområdet. Kollegaer fra andre forvaltninger og afdelinger kan inviteres til et kursus i brug af metoden og herigennem blive introduceret til kommunens sundhedsbegreb, sundhedsdeterminanter, muligheder for anvendelse af screening og de øvrige faser i SKV-redskabet. Resultatet kan evt. blive dannelsen af en SKV-enhed eller -gruppe i kommunen.

Boks 2

Links til screeningsværktøj

Tjekliste med ja/nej svar:

<http://meridian.mi.us/forms/Health%20Impact%20Assessment.pdf>

Spørgeskema:

http://www.london.gov.uk/mayor/health_commission/reports/hia_draft_hia_screen.pdf

To danske eksempler på tabeller med vægtning:

Esbjerg kommune:

[http://www.dinsundhed.esbjergkommune.dk/Sundhedskonsekvensvurdering/Hvad%20er%20en%20sundheds-konsekvensvurdering%20\(HIA\)/HIA-metode/Screening.aspx](http://www.dinsundhed.esbjergkommune.dk/Sundhedskonsekvensvurdering/Hvad%20er%20en%20sundheds-konsekvensvurdering%20(HIA)/HIA-metode/Screening.aspx)

Sønderborg kommune:

<http://www.sonderborg.dk/Sundhed/Sundhedskonsekvensvurdering.aspx>

Generelle internationale screeningsværktøjer:

<http://www.apho.org.uk/resource/view.aspx?RID=44541>

Det er altid en god idé at gennemføre en screening også selvom sundhedsmæssige konsekvenser er kendte eller indgår i det pågældende forslag til et projekt, en plan eller en politik.

En veludført screening kan altid bidrage til at identificere de vigtigste elementer i forslaget i forhold til hvordan det kan påvirke sundhedsdeterminanter eller borgere, samt til at beskrive de mest sandsynlige sundhedskonsekvenser.

Boks 3 beskriver et forslag til etablering af vejbump som en simpel og ofte anvendt intervention til at reducere risikoen for trafikuheld i kommunen. Forslaget er et eksempel på en sag, hvor der tilsyneladende ikke er brug for at foretage en SKV, men hvor den efterfølgende screening afdækker, at der alligevel er et behov for en SKV.



Boks 3

Kommune Z overvejer at anlægge vejbumpe på kommunens veje, så førere af motorkøretøjer tvinges til at nedsætte hastigheden og dermed reducere risikoen for trafikuheld. En screening af forslaget afdækker forøget luftforurening som en mulig langvarig negativ konsekvens af forslaget. Chaufførerne i de offentlige transportmidler, som kører på vejene mange gange i løbet af en dag, bliver indkredset som en vigtig gruppe, fordi de har en forøget risiko for lændesmerter pga. rystelser i køretøjet henover vejbumpene. Dette er en anden negativ konsekvens af forslaget, som ellers synes indlysende at være en god ide i forhold til reduktion af ulykker pga. for høj fart. En sag der tilsyneladende var nem at gennemskue viste sig at indeholde flere uforudsete konsekvenser end først antaget.

2. Udformning

Udformning er den næste fase i en SKV. Hvis resultatet af screeningen var at anbefale en gennemførelse af en SKV, er næste skridt at fastlægge, hvordan denne SKV bedst muligt kan gennemføres i den givne situation. Udformningsfasen igangsættes typisk af den sagsbehandler fra den forvaltning/afdeling, som er ansvarlig for screeningen og dem som har ansvaret for

SKV generelt i kommunen. Sagsbehandleren bør inddrage personer fra de relevante kommunale afdelinger og forvaltninger, som det politiske forslag vedrører. Det kan være en god ide at etablere en projektgruppe, der kan beskrive det konkrete indhold og planen for resten af SKV processen. Udformningsfasen skal resultere i en dækkende beskrivelse af arbejdsprocessen (ansvarsfordeling, ressourceallokering mv.) og en konkret formulering af de temaer, der skal undersøges i SKV'en. Den projektgruppe som nedsættes i udformningsfasen vil typisk være ansvarlig for gennemførelsen af de øvrige faser i SKV'en.

Hvordan skal arbejdet organiseres?

Projektgruppens formål er at drive processen, sikre den ledelsesmæssige opbakning til processen, dokumentere processen og udarbejde den rapport, som anbefalingerne udspringer af (se mere om dette i afsnit 4). Resultaterne fra screeningen er retningsgivende for, hvilke forvaltninger/afdelinger projektgruppens medlemmer skal udpeges fra, samt om eksperter og interessenter bør inviteres til at deltage i projektgruppens arbejde. Før projektgruppen bliver etableret, er det en god ide at forholde sig til følgende punkter:

- Hvem skal inviteres og hvordan skal ansvaret fordeles?
- Hvilke eksperter skal evt. inddrages i processen?
- Afklaring af tidsforløb og deadlines mv.
- Hvilket personale og økonomiske ressourcer kræver arbejdet?
- Klarlægning af hvilke lovmæssige anliggender der er knyttet til forslaget
- Hvilke interessenter bør involveres (beslutningstagere, relevante personer fra øvrige forvaltninger, berørte borgergrupper, osv.), hvordan og i hvilket omfang?
- Hvordan skal interessenterne konsulteres vedrørende deres meninger, erfaringer og ekspertise?
- Opridse en plan for præsentation og formidling af resultater til beslutningstagere

Hvilke spørgsmål skal SKV'en besvare?

En SKV gennemføres for at vurdere de sundhedsmæssige konsekvenser af et forslag til en politik, en plan eller et projekt, og indgår derfor i en specifik politisk, kulturel og samfundsmæssig kontekst. Det er derfor vigtigt, at projektgruppen præciserer forslagets sammenhæng til omverdenen. Det vil være relevant at beskrive:

Indhold

- Hvad er formålet og hensigten med SKV'en?
- På hvilken måde kan SKV'en bidrage til at kvalificere beslutningsgrundlaget?
- Hvilke aspekter viste screeningen, at der er behov for at undersøge?
- Hvilke specifikke sundhedskonsekvenser bør SKV'en fokusere på?
- Andre vurderinger, som er relateret til forslaget?

Demografi og sundhedsprofil

- Hvilke informationer om borgernes sundhedstilstand findes der i kommunen? Er der udarbejdet en sundhedsprofil?
- Hvilket geografisk område afdækker SKV'en?
- Hvilke borgere eller samfundsgrupper vil blive påvirket af forslaget/planen/ /projektet?

Politiske mål og tilgængelig evidens

- Hvilken dokumentation og viden foreligger, og hvor solid og velunderbygget er evidensen for de mulige sundhedskonsekvenser?
- Hvordan passer forslaget ind i øvrige politiske målsætninger for området?
- Hvilke fælles sundhedspolitiske mål findes for de enkelte forvaltninger og hvordan passer SKV'en ind i disse?

Boks 4 indeholder et eksempel på udformning af en SKV vedrørende et forslag til en ny idrætshal.

Boks 4

Følgende områder blev fremhævet:

Afgrænsning af det geografiske areal, hvor den nye idrætshal skal placeres (fx i forhold til placering af øvrige idrætshaller i området)

Stisystemer som muliggør aktiv transport til idrætshallen

Sundhedsstatus for borgere, som bor omkring den nye idrætshal

Øget trafik til og fra hallen

Kunne borgere i andre bydele eller områder af kommunen have mere gavn af en idrætshal?

Hvilke interesser i forslaget har lokale idrætsforeninger, skoler, fritidsordninger, ungdomsklubber, kantineudbydere og miljøgrupper?

Hvilke nationale politikker kan påvirke forslaget lokalt?

FOTO: MURIEL DE SEZE PETERSEN/SCANPIX





FOTO: SCANPIX

Hvilke spørgsmål skal besvares i næste fase?

Det tredje element af udformningsfasen er formulering af de vigtigste spørgsmål for den næste fase i en SKV: risikovurdering og risikoafvejning. Eksempler kan være formulering af de determinanter konsekvenserne skal vurderes i forhold til, og hvordan man vil kvantificere de forventede konsekvenser i forhold til hinanden. Ud over at afdække disse fokusområder, bør projektgruppen også forholde sig til følgende punkter:

- Hvilke metoder vil blive brugt til risikovurderingen og hvorfor?
- Hvilke kriterier skal bruges til at udvælge de konsekvenser, som bør være genstand for en dybdegående vurdering?
- Findes der studier med resultater hvor data og evidens er sammenlignelige og hvordan kan data fra studierne anvendes i den aktuelle SKV?
- Er der behov for og ressourcer til at indsamle nye data?
- Hvordan vil SKV'en blive fulgt og evalueret?

For at afdække de relevante temaer i udformningsfasen kan der i lighed med screening udvikles et udformningsværktøj i kommunen⁴. Redskaber nævnt i den internationale litteratur skal sandsynligvis tilpasses danske kommunale forhold, idet der oftest vil være forskel i SKV'ens indhold fx i forhold til forvaltningsstruktur og arbejds gange.

3. Risikovurdering og risikoafvejning

Risikovurderings- og risikoafvejningsfasen er en vigtig del af en komplet SKV. Her vurderes de indkredsede konsekvenser i kvalitative eller kvantitative termer. Dette består af to dele:

⁴ Eksempler på scopings (udformning) tjeklister kan findes på http://www.euro.who.int/Document/Hcp/HIA_toolkit_1.pdf i Annex II.

- En serie af enkelte *risikovurderinger* af hver af de udvalgte risikofaktorer, der påvirker sundhedstilstanden for de borgere, der bliver berørt af det politiske forslag.
- En *risikoafvejning* hvor resultatet af de enkelte risikovurderinger sammenlignes, afbalanceres og prioriteres. Risikoafvejningen gennemføres typisk af SKV projektgruppen.

Den følgende tabel indeholder et eksempel, der illustrerer forskellen mellem risikovurdering og risikoafvejning i en sag, der omhandler en planlagt skolelukning.

Tabel 1: Eksempel på risikovurderinger

Risikovurdering		
Borgere →	Risikofaktor, eksponering →	Sundhedseffekt
Skolebørn	Øget afstand til skolen	Mindre fritid
Skolebørn	Cykel- og trafikikkerhed	Flere trafikuheld
Skolebørn	Kvaliteten af uddannelsesforløb	uddannelse = bedre sundhedsviden
Beslutningstagere	Skoleomkostninger	Bedre Kvalitet af uddannelsesforløb
Lærere	Arbejdsstress	Fald i sundhedsstatus

Tabel 1 præsenterer seks enkelte risikovurderinger. Altså sammenhængen mellem borgere, risikofaktor/eksponering og den forventede påvirkning af sundhedstilstanden. Disse risikovurderinger har ikke alle lige stor konsekvens for de berørte borgeres sundhedstilstand. Det er derfor nødvendigt at foretage en afvejning af risikovurderingerne. Afvejningen vurderer de samlede konsekvenser på basis af værdier og prioriteringer i en kommune (fx korttidseffekter er vigtigere end langtidseffekter) eller omfanget af effekten (fx forebyggelse af dødsulykker er vigtigere end ”små ulykker”) eller andre kriterier.

Risikoafvejning rummer både de positive og negative sider af hver risikovurdering, mens prioritering er en rangering, som også tager højde for andre lokale forhold end sammenhæng mellem eksponering og effekt. I tabel 2 er de seks risikovurderinger afvejnet ud fra et fokus på hvilke effekter forslaget om at nedlægge en skole har for skolebørn i området. Risikoafvejningen vil således fokusere på at afveje de mulige risici og fordele i forhold hertil.

Tabel 2: Eksempel på risikoafvejning af risikovurderinger

Risikovurdering			Risikoafvejning
Borgere →	Risikofaktor, eksponering →	Sundhedseffekt →	Prioritering
Skolebørn	Øget afstand til skolen	Mindre fritid	2
Skolebørn	Cykel- og trafikikkerhed	Flere trafikuheld	1
Skolebørn	Kvaliteten af uddannelsesforløb	Bedre uddannelse = bedre sundhedsviden	3
Beslutningstagere	Omkostninger ved skoledrift	Bedre kvalitet af uddannelsesforløb	4
Lærere	Arbejdsstress	Fald i sundhedsstatus	5

Når man overvejer at erstatte et forslag med et andet, er det vigtigt at være opmærksom på, at risikovurdering sandsynligvis aldrig vil ende med et udfald der lyder: 'ingen risiko'. De sundhedsmæssige risici, som elimineres ved at vedtage en skolelukning, giver sandsynligvis anledning til nye sundhedsmæssige risici. Risikovurderinger kan både gøres op i kvantitative og kvalitative termer. Kvalitative vurderinger formidler information omkring retningen af effekten dvs. demonstrerer, hvorvidt der er en øget, mindsket eller uændret risiko. Kvantitative vurderinger kvantificerer risiko i form af tal baseret på eksisterende årsags-virknings forhold, beskrevet i epidemiologi eller i studier inden for den bredere folkesundhedslitteratur. Boks 5 indeholder tænkte eksempler, der demonstrerer både kvalitative og kvantitative vurderinger sat i relation til gennemførelse af en SKV af et forslag til skolelukning.

Boks 5

Kvalitativ og kvantitativ vurdering

Som en del af et forslag til en skolelukning er der blevet foretaget en SKV af både positive og negative sundhedskonsekvenser af skolelukningen. Både kvalitative og kvantitative påvirkninger er vurderet i risikoafvejningen. De følgende kvalitative påvirkninger bliver fremhævet:

- Kvaliteten af uddannelsesforløb – større skoleklasser mindsker den tid, som kan blive brugt på den enkelte elev. På langt sigt kan dette betyde en lav kvalitet af uddannelsesforløbet og som følge heraf skolebørn, som er mindre rustet til det videre forløb – negativ konsekvens for folkesundheden.
- Større stress for lærerne – negativ konsekvens forventes
- Bedre fagligt miljø for lærerne – øget viden

Inden for den samme risikoafvejning, er der også følgende kvantitative påvirkninger:

- Afstand til skolen – den gennemsnitlige afstand til skolen vil stige fra ca. 500 meter til 1 km. Risikoen for trafikuheld mht. brug af cykel kan stige fra de nuværende 2.5/100 000 skolebørn/dage til ca. 3.3/100 000 (CI 95%, 2.9–3.9).
- Tiden brugt på transport til skolen – den gennemsnitlige tid brugt på at tage til skolen vil fordobles fra de nuværende 15 minutter til ca. 30 minutter. Det vil resultere i mindre tid (fritid) og kan føre til en nedgang i den totale tid, som er brugt på fysisk aktivitet både blandt børn og til en vis grad blandt forældrene (hvis de kører børnene i bil til skolen). Fedmeniveauet, målt gennem BMI, kan stige fra det nuværende gennemsnitlige niveau 23 til ca. 24.
- De totale skoleomkostninger i kommunen er antaget til at falde fra 2,5 millioner kr. pr. år til 2,1 millioner kr. pr. år.

Valget af kvalitative og/eller kvantitative data i risikovurdering har betydning for behovet for ressourcer til at gennemføre en SKV. Hvis projektgruppen vælger selv at gennemføre risikovurderingerne, bør gruppen være sammensat, så den er i stand til at udføre kvantitative og oftest også kvalitative risikovurderinger af de udvalgte risikofaktorer. Findes de kompetencer ikke i projektgruppen (eller i kommunen), kan udførelsen af risikovurderingerne med fordel udliciteres til epidemiologer, forskere eller folkesundhedseksperter, som rapporterer deres resultater tilbage til projektgruppen. Der skal afsættes økonomi til denne opgave.

Hvordan udføres en risikoafvejning?

Der er stor forskel på, hvor meget tid og hvor mange penge, det er nødvendigt at afsætte til en risikoafvejningsproces. En risikoafvejning kan gennemføres på fire forskellige niveauer; en hurtig, en mini, en medium eller en omfattende risikoafvejning.

Hurtig risikoafvejning udføres i tilfælde, hvor det drejer sig om relativt simple projekter eller forslag. Den knytter sig til enkle og veldefinerede sundhedskonsekvenser, fx rygning er skadeligt, anlæg af cykelstier understøtter cykling osv. I sådanne tilfælde kan en kommune nemt udføre en risikoafvejning på egen hånd inden for en dag.

Mini risikoafvejning knytter sig til enkle og veldefinerede sundhedskonsekvenser, for hvilke gode data er tilgængelige (registre, epidemiologiske data, publicerede rapporter), og hvor konsekvenserne er begrænset til enkelte sundhedsdeterminanter. Her er data stadig nemt tilgængelige fra datakilder såsom lokale, regionale og nationale statistiske enheder, databaser samt registre. Hele processen kan udføres inden for en til to uger.

Medium risikoafvejning udføres, når forslaget involverer mange sundhedsdeterminanter med komplekse sundhedsmæssige konsekvenser. Nogle gange er det nødvendigt at indsamle nye data i form af kvalitative interviews, spørgeskemaer eller andet, men størstedelen af arbejdet kan udføres inden for en kommune med begrænset ekspertbistand udefra. Processen kan udføres inden for en måned.

Omfattende risikoafvejning er nødvendig, når det drejer sig om forslag til komplekse projekter eller planer, der involverer mange forskellige sundhedsdeterminanter og indeholder flere komplekse sundhedskonsekvenser. Register, epidemiologiske eller publicerede data kan også bruges, men der er oftest et behov for at indsamle nye skræddersyede data, hvilket kan øge tids- og ressourceforbruget. En omfattende risikoafvejning udføres ofte bedst med ekstern ekspertbistand.

Tabel 3: Skema over typer af risikoafvejninger

Niveau af vurdering	Hurtig	Mini	Medium	Omfattende
Type af vurdering	Oftest kvalitativ	Både kvalitativ og kvantitativ	Både kvalitativ og kvantitativ	Oftest kvantitative
Tid	En dag	En til to uger	En måned eller længere	Måneder op til et år
Ressourcer	Få arbejdstimer til en sagsbehandler	Arbejdstimer til en sagsbehandler	Arbejdstimer til sagsbehandler evt. økonomi til ekstern hjælp	Timer og økonomi til intern projektgruppe og ekstern ekspert hjælp
Evidens styrke	Basal årsagssammenhæng	Bedst tilgængelig evidens	Bedst tilgængelig evidens	Kausal eller bedst tilgængelige
Data behov	Entydige data	Let tilgængeligt data	Let tilgængelige data	Skræddersyet dataindsamling nødvendig
Konsekvenser	Enkelte og veldefineret estimat	Estimat delvis sikkert	Estimat delvis usikkert	Estimat kræver ny analyse
Projektgruppe eller kommunale personale kapaciteter	En person	Projektgruppe	Projektgruppe og evt. ekspert hjælp	Ekspert hjælp
Involverede sundhedsdeterminanter	Få	Flere	Flere	Mange og komplekse sammenhænge

Hvilke data kan bruges i en SKV?

Da formålet med en SKV er at understøtte det politisk administrative system til at træffe beslutninger på et informeret grundlag, skal en SKV være baseret på den bedst tilgængelige viden og på evidens om de emner, der behandles i SKV'en (11). Baggrundsdata lige så vel som styrken af evidens (årsagssammenhæng, kausalitet) bør være vurderet og klart formuleret i en SKV. I tilfælde, hvor evidens ikke er tilgængelig fra traditionelle videnskabelige kilder, kan ekspertudsagn, offentligt kendte holdninger og sammenlignelige risikoopfattelser anvendes. Dette skal fremgå af SKV'ens risikoafvejningsproces.

Data kan være kvalitative eller kvantitative, kan komme fra egne kilder i kommunen så som sundhedsprofiler og data om forbrug af service, eller fra centrale kilder så som befolkningsundersøgelser, person- eller klientdata, fra sygesikrings-, ulykkes- og uheldsstatistik, fra læger eller lægemiddelstatistikdata om medicinforbrug, kemikaliedata⁵.

Også interviews eller selvrapporteringer via spørgeskemaer med kategorier, der belyser selv-vurderet helbred, tilfredshed med en bestemt serviceydelse eller livskvalitet kan anvendes.

5 Se Sundhedsstyrelsens hjemmeside: http://www.sst.dk/publ/Publ2007/CFF/Kommune/Sundreg_befolkningsundersogelse.pdf

Nationalt udførte surveys af befolkningens sygelighed og sundhed og registerbaserede data rummer baggrundsdata på befolkningsniveau med oplysninger om sygelighed og dødelighed, dødsårsager m.v., og sådanne kan anvendes som data til brug for sundhedsprofiler, regionale og nationale trends samt til prognoser (3).

Følgende kilder er eksempler på tilgængelige kvantitative data:

- Dødsårsagsregister
- Sygdomsregistre, herunder særlige registre fx vedr. kræft, sclerose m.v.
- Indlæggelsesstatistik fra Landspatientregistret
- Uheldsstatistik så som færdselsuheldsstatistik
- Demografiske data

Endvidere kan en række sammensatte problemstillinger kræve videnskabelige metoder så som:

- Epidemiologi
- Prognoseberegninger
- Simulationsmodeller
- Sundhedsøkonomiske beregninger
- Særlige målinger, fx af miljøfaktorer
- Sekundær dataanalyse
- Reviews af videnskabelig litteratur

Der er tale om metoder, der kræver særlig ekspertise at anvende.

En række andre metoder kan anvendes:

- Skøn kan være baseret på den foreliggende viden hos forskellige interessenter
- Skøn baseret på tidligere erfaringer fra lignende situationer
- Udsagn fra eksperter og ressourcepersoner
- Spørgeskemabaserede eller semistrukturerede interviews
- Selvadministrerede spørgeskemaer
- Surveys baseret på kobling af eksisterende data og indhentede selvrapporterede oplysninger.

Kvalitative data er som hovedregel tæt knyttet til den kontekst, hvor data er indsamlet. Er der ikke ressourcer til dette kan det være en mulighed at søge internationalt efter kvalitative data, indsamlet i forbindelse med en gennemførsel af SKV'er. Disse kan indeholde specifik information, der kan være relevant i en dansk SKV. Af generelle databaser, som indeholder studier med kvalitative data, kan der fx nævnes pubmed⁶ eller litteraturdatabasen på Dansk Sundhedsinstitut⁷. Kvalitative data kan indsamles af projektgruppen eller ved eksperthjælp ved at udføre kvalitative interviews, fokusgruppeinterviews eller kvalitativt orienterede spørgeskemaer som besvares af de berørte borgergrupper.

6 Se www.pubmedcentral.nih.gov

7 Se www.dsi.dk

4. Rapportering – dokumentering af SKV

Hvis en SKV afsluttes efter screeningen, består rapporteringen i et kort notat om, hvorfor det ikke anbefales at gennemføre en SKV. Gennemføres de øvrige faser i SKV'en skal det samlede arbejde opsummeres i en afsluttende rapport. Rapporten bør være kort og indeholde følgende elementer:

- Kort beskrivelse af det undersøgte forslag til politik, strategi, program, plan eller projekt
- Reference til det screeningsværktøj der er anvendt; hvis der er udviklet et nyt screeningsværktøj, kan det vedlægges som bilag
- Resultatet af screening med begrundelse for, hvorfor det var nødvendigt at gennemføre en komplet SKV
- Kort beskrivelse af udformnings- og risikoafvejningsprocessen (projektgruppe, indhold, hvem udførte risikovurderingen og risikoafvejningen)
- Anbefalinger til beslutningstagerne
- Forslag til opfølgning på anbefalingernes implementering, monitorering af de faktiske konsekvenser og evaluering af SKV'en

Boks 6 beskriver de vigtigste tekniske elementer, der bør overvejes under udarbejdelse af rapporteringen af en SKV:

Boks 6

Sprog – bør være let tilgængeligt

Rapportens struktur, længde – gør det kort

Design – bør være let at læse

Datapræsentation, tabeller, figurer skal være klart formuleret

Formidling – til ledelse og politisk niveau

Beskrivelse af økonomi– angiv et samlet budget

Interessekonflikter og andre etiske problemstillinger

Ejerskab – blev der skabt ejerskab til processen i projektgruppen?

5. Anbefalinger

På baggrund af risikoafvejningen formuleres de anbefalinger, som skal indgå i den politiske beslutningsproces. Det er vigtigt, at anbefalingerne bliver formuleret i rette tid i forhold til at indgå i den politiske og administrative beslutningsproces. Der skal også være klarhed om politiske bindinger og forpligtelser for at præsentere klare anbefalinger.

Anbefalingerne skal forholde sig til formålet med SKV'en, hvilke valg der blev truffet undervejs, og at en anbefaling om 'ingen handling' også er en mulighed. Det skal fremgå af anbe-

falingerne, hvis de medfører negative konsekvenser, og hvordan man i givet fald kan mindske disse. Eller hvordan man kan forstærke de positive konsekvenser med henblik på at opveje de negative.

Anbefalingerne til beslutningstagerne kan på det generelle plan være en af følgende tre muligheder:

- De sundhedsmæssige konsekvenser af at gennemføre forslaget er positive og har en positiv virkning på de berørte borgere.
- Forslaget har i overvejende grad positiv virkning på de berørte borgere, men enkelte dele bør justeres.
- Forslaget har negative virkninger på folkesundheden, og man bør genoverveje forslaget i sin nuværende form. Evt. bør alternativt forslag udarbejdes.

6. Opfølgning og evaluering

Sidste fase i en SKV er opfølgning og evaluering. Dels kan man evaluere selve SKV-processen, dels kan der følges op på anbefalingerne. Procesevaluering fokuserer på udførelsen af en SKV, etablering af projektgruppen, indsats, ressourceforbrug, type data anvendt, involvering af beslutningstagere, og dokumentationsgrundlag for anbefalingerne til beslutningstagerne.

Evaluering af anbefalingerne vedrørende sundhedsmæssige konsekvenser vil fokusere på to elementer: Dels hvordan SKV'ens anbefalinger blev brugt i beslutningsprocessen. Og dels på en systematisk opfølgning af de faktiske konsekvenser af forslagets virkning på de berørte borgers sundhed.

Det er vigtigt at bruge procesevaluering fremadrettet i forhold til både positive og negative erfaringer med SKV-processen. Det er lige så vigtigt at undersøge, hvilken indvirkning anbefalingerne har på vedtagelsen af det politiske forslag. Projektgruppen kan foretage en procesevaluering, men en ekstern evaluering kan også være nyttig.

Såfremt kommunen ønsker at følge op på de faktiske sundhedsmæssige konsekvenser af det gennemførte forslag, skal dette aftales med den enhed i kommunen, som kan blive ansvarlig for monitoreringen af en langtidseffekt, fx en data- eller statistisk enhed. Monitorering af det vedtagne forslags virkninger over tid kan være en vanskelig proces. Det kan tage mange år, før virkninger viser sig, eller virkningerne kan være så små, at de ikke kan måles, og andre forandringer i eksponeringer kan sløre billedet.

Hvordan forankres SKV?

SKV må betragtes som et redskab, de fleste forvaltnings- eller kommunale afdelinger kan anvende til at belyse, om kommunalpolitiske forslag vil kunne fremme eller forringe borgernes sundhed. Det er ikke lovpligtigt at skulle gennemføre SKV'er, og det er derfor op til den enkelte kommune, om og hvordan man ønsker at indføre brug af SKV. I opstartsfasen er det en god ide at gennemtænke, hvilke mulige eksisterende procedurer SKV'en kan kobles sammen med, da dette vil øge chancerne for at redskabet vil blive brugt og være til nytte.

Som det fremgår af denne rapport kan gennemførelse af en SKV være en omfattende proces, som kræver ekstra ressourcer og klar ansvarsfordeling mellem de enkelte forvaltninger. Dele af en SKV kan imidlertid også gennemføres ved brug af få ekstra ressourcer og stadig være med til at sætte sundhed på den politiske dagsorden. Hvor mange ressourcer der skal afsættes til en SKV vil afhænge af det politiske forslags betydning og omfang.

I EU-projektet: "Health impact assessment in new member states and accession countries" (HIA-NMAC) (12) har projektets partnere udviklet et sæt af kriterier, som bør overvejes, hvis en administrativ enhed ønsker at introducere SKV som arbejdsmetode. På kommunalt niveau kan punkterne i boks 7 anvendes til at identificere "optimale forhold", når SKV skal forankres succesfuldt.

Boks 7

- Kender kommunens ansatte sundhedsdeterminanter, risikohåndterings- og konsekvensvurderingsprincipper?
 - Tillader deres "kultur" mulighed for diskussion og samstemmighed, som er baseret på tværsektoral arbejde, som lægger op til gennemsigtigheds- og deltagelsesprincipper?
 - Er der en enhed, der kan påtage sig ansvaret for en introduktion af SKV? Er enheden endvidere i stand til at sørge for intern undervisning og hjælpe med risikoafvejningsdelen af SKV (fx sundhedsdirektør i en kommune eller faglige chefer)?
 - Er der dataressourcer tilgængelige, som kan anvendes til gennemførelsen af SKV; specielt i risikoafvejningen?
 - Er der i kommunen overblik over, hvordan en SKV hænger sammen med andre konsekvensvurderinger (fx Vurdering af Virkning på Miljøet (VVM)) og beslutningstagende redskaber og metoder?
 - Er der en klar forankringsplan for SKV, således at rollefordelingen mellem alle interessenter, emner og processer er beskrevet?
-

For at få den ønskede virkning, er det nødvendigt at have politisk opbakning til at gennemføre en SKV – herunder ønske og vilje til at anvende de anbefalinger, som SKV rapporten munder ud i. Der skal også være opbakning i det administrative system, som SKV-metoden skal indgå i.

Indførelse af en ny arbejdsprocedure med en beslutning om, at der i alle politiske forslag skal screenes for de sundhedsmæssige konsekvenser kræver, at de organisatoriske rammer for dette er afklaret. Det er vigtigt, at der er taget stilling til, hvordan SKV-metoden passer sammen med allerede eksisterende procedurer i de enkelte forvaltninger. En kommune vil således kunne beslutte, at der skal gennemføres screeninger på alle politiske beslutninger, men fx kun gennemfører komplette SKV'er på meget omfangsrige politiske forslag.

Tre nøgleelementer, der skal tages stilling til er: den organisatoriske ramme, tidsperspektiverne og kadencen i den politisk administrative sagsbehandling og tilhørende kommunikationskanaler. Den organisatoriske ramme indeholder fx normer, strukturer, kultur, tradition, ledelsestil samt åbenhed for innovation og nye ideer. For at forankringen af SKV som ny arbejdsmetode skal lykkes, kan der i en kommune være et behov for at samarbejde med et netværk af eksterne parter fra relevante forskningsmiljøer eller lokale, regionale eller nationale organisationer, som kan bidrage til gennemførelse af SKV'en. Dette gælder særligt i forhold til faserne risikovurdering/afvejning, opfølgning og evaluering.

Tid og timing er vigtige elementer i enhver beslutningsproces. Det er vigtigt, at der ikke fastlægges en for snæver ramme for, hvor lang tid forankringen af SKV-metoden og implementeringen af resultaterne bør tage. Det kan tage tid at sætte fokus på SKV som ny arbejdsmetode, og der bør afsættes tid til at centrale sagsbehandlere og ledere kan modtage undervisning og gøre sig fortrolig med SKV-metoden. Det er ligeledes vigtigt at udfyldelse af screeningsværktøjet tidsmæssigt er placeret så tidligt i den kommunale sagsbehandling, at det reelt får mulighed for at få indflydelse på den politiske beslutningsproces. Såfremt screeningen afgør, at der er behov for at fortsætte med en komplet SKV, skal der også være tid til at udarbejde de anbefalinger, der skal bruges i den politiske beslutningsproces. Procedurer for hvordan politiske forslag kommer på udvalgsdagsordenen, og hvem der skal tage anbefalingerne med på dette niveau, vil variere fra kommune til kommune.

Kompetenceudvikling

Undervisning af de sagsbehandlere og evt. ledere, som skal indføre og gennemføre en SKV, er en vigtig del af indførelse af SKV som arbejdsmetode i en kommune. Sagsbehandlernes baggrund for at kunne gennemføre en screening afhænger bl.a. af deres viden om sundhedsdeterminanter. De bør fx have forståelse for, hvad de primære sundhedsdeterminanter er, og hvordan de påvirker sundhed. Hvis disse kompetencer ikke er en del af jobbeskrivelsen, bør de udvikles gennem et kompetenceudviklingskursus fx i samarbejde med relevante forskningsinstitutioner som har specialiseret sig i dette. Der kan også vælges en model, hvor enkelte personer fra den forvaltning/afdeling i kommunen, som har ansvaret for sundhedsområdet, videreuddannes til at undervise sagsbehandlere fra øvrige forvaltninger/afdelinger i SKV. Sådan et forløb gør sagsbehandleren i stand til at udføre screeningen samt at indgå i en projektgruppe. Afhængig af kommunens størrelse vil der som minimum skulle uddannes en enkelt sagsbehandler fra relevante forvaltninger.

Forslag til forankring på kommunalt niveau

Der findes ikke én metode til forankring af SKV på kommunalt niveau, men et par overvejelser kan bidrage til den kommunale afklaring af, hvor omfattende en SKV man ønsker at foretage. Det er vigtigt, at tilrettelæggelsen af SKV'en skal stå mål med det politiske forslags betydning og omfang. Det kan således være, at der i en kommune gennemføres mange screenings på et år, men der er langt imellem beslutninger, der kræver gennemførelse af en komplet SKV med eksperthjælp. Med udgangspunkt i de kriterier, der er foreslået i boks 7, kan der være fire muligheder for forankring af SKV-metoden i en kommune, hvis det vurderes, at det ikke er realistisk at gennemføre en komplet SKV af det politiske forslag:

- **Screening alene** – hvis SKV skal være en del af kommunens arbejdsmetoder, kan man forestille sig følgende: når kommunen udvikler en ny politik, strategi, program, plan eller projekt bør sagsbehandleren for det berørte område screene det nye forslag og afgøre, om en SKV er nødvendig. Hvis det vurderes, at der ikke skal udføres en SKV, udarbejdes en kort begrundelse og SKV'en afsluttes. Hvis det vurderes, at der skal udføres en SKV, så sendes screeningsresultatet til den person eller enhed, som er nedsat i kommunen i forbindelse med indførselen af SKV som generel arbejdsmetode.
- **Screening og udformning** – hvis screeningen munder ud i en anbefaling om, at der skal udarbejdes en SKV, så skal sagsbehandleren eller den enhed som har ansvaret for sundhed i kommunen sørge for, at der oprettes en projektgruppe, som udfører udformningsfasen. I udformningsfasen bør gruppen diskutere SKV'ens omfang og fastlægge det videre arbejde. Andre dele af processen bliver måske udliciteret til faglige forvaltninger eller andre faglige institutioner, der udarbejder SKV'er (fx universiteter og forskningsinstitutioner).
- **Screening og udformning efterfulgt af en hurtig vurdering** – hvis forslaget og de tilgængelige dataressourcer opfylder betingelserne for en hurtig risikovurdering og risikoafvejning udføres dette i kommunen af en uddannet person, som er udpeget af projektgruppen.
- **Komplet SKV** – denne udgave af SKV kræver formentlig ekstern assistance i form af et forskersamarbejde og svarer til et medium eller omfattende risikoafvejningsniveau som beskrevet i tabel 4.

Den følgende tabel opsummerer behov for personale, data og ressourceforbrug de fire former for forankring kan medføre.

Tabel 4: Ressourcebehov for de nævnte typer af SKV

Implementerings-type	Personalebehov	Databehov	Tid	Omkostninger
Kun screening	Sagsbehandler (ef-ter undervisning)	Nej	Under en dag	Ingen yderligere omkostninger
Screening og ud-formning	Sagsbehandler samt støtte fra evt. sundhedsenhed	Nej	En til to uger	Minimalt øgede omkostninger
Screening, udform-ning og en hurtig risikoafvejning	Komplet projekt-gruppe	Let tilgængelige data	Øget tidsramme, dog inden for 3 måneder	Øgede omkostnin-ger i forbindelse med projektgruppe-møder og adgang til data fra registre og databaser
Komplet SKV	Projektgruppe med eksternt ekspert-hjælp	Rutinemæssigt indsamlede samt specifikke, register, og skrædder-syet dataindsamling nødvendige	Måneder/år	Øgede omkostnin-ger forbundet med 3–4 projektgrup-pemøder, adgang til registre, databaser og mest sandsyn-ligt indsamling af skræddersyet data via spørgeskemaun-dersøgelser

FOTO: THOMAS NYKROG/SCANPIX



Påvirkedes politiske og administrative beslutninger af SKV?

Det er rimeligt at undersøge, hvad udbyttet er ved at anvende SKV. Virkningen af at anvende SKV afhænger til dels af, hvad forventningerne er til at anvende SKV. Det antages, at der blandt politikere, sagsbehandlere, øvrige fagfolk og borgere er forskellig viden om SKV, og dermed også forskellige forventninger til, hvad en SKV kan betyde for de kommunale beslutningsprocesser.

En politiker kan forvente, at der vises en direkte positiv effekt på sundhedsstatus ved brugen af SKV. Sagsbehandlere forventer måske mere gennemsigtighed og brug af faglig viden i beslutningsprocessen, mens forskere forventer øget brug af evidens i beslutningsprocessen.

Der er endnu ikke publiceret danske studier, som viser effekten af brug af SKV i Danmark. Men et europæisk studie (13) har konkluderet, at SKV virker i forhold til:

- **Sundhed** – hjælper med at placere sundhed højt på den politiske dagsorden; forbedrer både den generelle befolknings og de forskellige befolkningsgruppers viden om sundhed; øger og præciserer den rolle sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse kan spille i udviklingen af politikker, strategier, programmer m.v.
- **Lighed** – ved at analysere konsekvenserne for forskellige befolkningsgrupper kan SKV bidrage til at indkredse forskellige former for ulighed i sundhed og foreslå metoder til at mindske ulighederne.
- **Lokalsamfund** – ved at bruge principper om borger- og interessentdeltagelse i udførelsen af SKV, kan der skabes reelt tværsektorielt samarbejde hen over forskellige områder af et lokalsamfund. SKV kan dermed bidrage til at opbygge gensidig tillid og partnerskaber i et lokalsamfund.

Endelig vurderes det, at en SKV medvirker til at indkredse huller i eksisterende data – måske især data om sundhed og sundhedsdeterminanter – og kan således bidrage til at videreudvikle fx lokale sundhedsprofiler.

Boks 8: Mere information om SKV

Foruden de nævnte hjemmesider i boks 3 kan følgende hjemmesider indeholde nyttige informationer omhandlende SKV:

- "Værktøjskasse" til brug på lokalt niveau – http://www.euro.who.int/healthy-cities/phase/20040719_1 – denne "værktøjskasse" indeholder en detaljeret beskrivelse af SKV, en kortfattet brochure for politikere om hvorfor SKV er nødvendig, en træningsmanual for SKV inklusiv en udviklingsmodel for screeningsværktøj og to casestudier som tester "værktøjskassen" i en slovakisk og italiensk kommune.
 - Generel WHO-hjemmeside omhandlende SKV – http://www.who.int/topics/health_impact_assessment/en/ – denne side indeholder en generel beskrivelse af SKV, rapporter og erfaringer med brug af SKV og nyttige links.
 - Miljømæssige risikofaktorer og SKV – http://www.enhis.org/object_class/enhis_healthimpactassessment.html – denne hjemmeside indeholder et værktøj til at udføre en konsekvensvurdering på miljømæssige risikofaktorer, deriblandt en udvælgelse af rette indikatorer.
-

Referenceliste

1. Constitution of the World Health Organization. In: Basic documents. 45. ed. Geneva, World Health Organization, 1948 (http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, set den 19. oktober 2008).
2. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization, 1986 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, set den 19. oktober 2008).
3. Bistrup ML, Kamper-Jørgensen F. Sundhedskonsekvensvurderinger. Koncept – perspektiver – anvendelse i stat, amter og kommuner. København, Statens Institut for Folkesundhed, 2005.
4. Sundhedsloven, Lov nr. 546 af 24. juni 2005: (<http://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=114054>, set den 19. oktober 2008)
5. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, Institut for Framtidstudier, 1991.
6. Det Danske Planlovsystem: (<http://www.blst.dk/Udgivelser/Udgivelser2007/Planlovenipraksis.htm>, set den 3. november 2008)
7. Health impact assessment: main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper. Brussels, WHO European Centre for Health Policy, 1999 (<http://www.euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf>, set den 19. oktober 2008).
8. Kemm J, Parry J, Palmer S. Health impact assessment. Oxford, Oxford University Press, 2004.
9. VVM: (<http://www.blst.dk/Planlaegning/Miljoekonsekvenser/VVM/Info/Introduktion/Introduktion.htm>, set den 3. november 2008).
10. Developing health impact assessment in Wales: better health, better Wales. National Assembly for Wales, Cardiff, 1999. ISBN 0 7504 2374 9.
11. Evidens i forebyggelsen. København, Sundhedsstyrelsen, 2007.
12. Gulis G and NMAC group: HIA-NMAC technical report. Brussels, DG Health and Consumer Protection. European Commission. 2008 (http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_frep_20_en.pdf, set den 19. oktober 2008).

13. Wismar M, Blau J, Ernst K, Figueras J. The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe. København, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/e90794.pdf>, set den 19. oktober 2008).
14. Barker A, Wood CH. An evaluation of EIA system performance in eight EU countries. *Environmental Impact Assessment Review*, 1999; 19:387–404.
15. Health impact assessment: from vision to action. København, WHO Regional Office for Europe, 2005 (WHO Health Impact Assessment Toolkit, Document 1; (http://www.euro.who.int/healthy-cities/PHASE/20050806_9, set den 19. oktober 2008).
16. James, D. The application of economic techniques in environmental impact assessment, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, 1994.
17. Douma KFL, Karsenberg K, Hummel MJM, Bueno-de-Mesquita J, van Harten WH. Methodology of constructive technology assessment in health care. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 2007; 23:162–168.
18. Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering, ISBN 1399-2481, Sundhedsstyrelsen, København, december 2007.

Bilag I

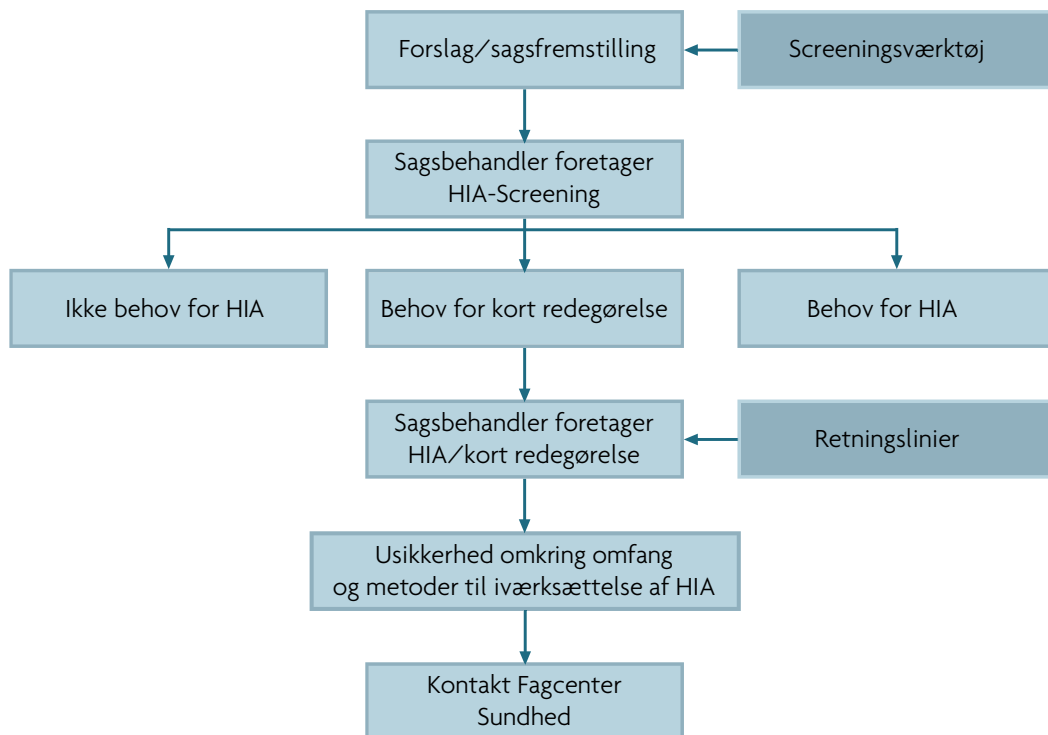
Forskellige typer af konsekvensvurderinger

Engelsk betegnelse	Dansk oversættelse	Primære determinanter	Forskelle
Environmental impact assessment (14)	Vurdering af Virkning på Miljøet (VVM)	Miljø	Fokuserer på miljødeterminanter, mest på det fysiske miljø på lokalt, regionalt eller nationalt eller internationalt niveau
Strategic environmental assessment (15)	Strategisk Miljø Vurdering	Miljø på international og strategisk niveau	Fokuserer på miljødeterminanter, mest på det fysiske miljø på internationalt, nationalt, regionalt eller lokalt niveau
Social impact assessment (15)	Vurdering af de sociale virkninger	Social	Fokuserer på de sociale determinanter
Economic impact assessment (16)	Sundhedsøkonomisk analyse	Økonomisk	Fokuserer på de økonomiske determinanter, fx cost-benefit, omkostnings-effekt og andre økonomiske analyser
Human Impact Assessment (HulA)	Vurdering af virkning på mennesker, inkluderer elementer af HIA og SIA	Alle forhold	Fokus på forhold der påvirker sundhed og velbefindende
Health technology assessment (17, 18)	Medicinsk teknologivurdering (MTV)	Medicinske teknologier	Fokuserer traditionelt på medicinske teknologier, som bruges inden for sundhedssektoren
Health system impact assessment	Sundhedssystemkonsekvens-vurdering	Sundhedssystem	Fokuserer på politikere, planer og projekters indflydelse på sundhedssystemet i et land
Health impact assessment	Sundhedskonsekvensvurdering (SKV)	Alle	Inkluderer alle determinanter, samt fokuserer på deres indvirkninger på befolkningens sundhed

Bilag II

Dette bilag viser 'Sønderborg modellen' som en lokalt udviklet måde at præsentere, hvordan de første faser i en SKV gennemføres i en kommune. Modellen beskriver i princippet de tre første måder at forankre en SKV på (tabel 5), hvor kommunen primært baserer arbejdet på interne ressourcer. Der er altså ikke tale om en model som indeholder alle trin i en komplet SKV. I dette tilfælde er sagsbehandleren den nøgleperson, som er ansvarlig for SKV'en.

Sundhedskonsekvensvurderinger (SKV)–Arbejdsflow



Sagsbehandleren i de enkelte fagcentre foretager en screening ved at udfylde screeningsskemaet (se <http://www.sonderborg.dk/Sundhed/Sundhedskonsekvensvurdering.aspx>). Herefter angiver skemaet, at der er foretaget en SKV-screening og opstiller en af tre følgende muligheder:

1. Det er vurderet, at forslaget er uden væsentlige sundhedskonsekvenser for befolkningen og/eller enkelte grupper i befolkningen.
2. Det er vurderet, at forslaget kræver en kort redegørelse for sundhedskonsekvenserne for befolkningen og enkelte grupper i befolkningen.
3. Det er vurderet, at forslaget kræver en sundhedskonsekvensvurdering.

Ad 1: Der foretages ikke yderligere.

Ad 2: Der udarbejdes en kort redegørelse med udgangspunkt i de påvirkninger og sundhedskonsekvenser, som er angivet i screeningsskemaet. Der bør ses på såvel positive som negative konsekvenser. Her kan være tale om det, der i SKV litteraturen kaldes en hurtig vurdering.

Ad 3: Iværksæt en SKV – anvend de opstillede retningslinier. Ved udarbejdelsen af en SKV tages der udgangspunkt i den foretagne screening. Det betyder, at SKV'en tager udgangspunkt i at belyse de indikatorer, som i screeningsskemaet er angivet har sundhedsmæssige konsekvenser.

Eksempel på screeningredskab fra Sønderborg kommune

SCREENINGSVÆRKTØJ TIL UDARBEJDELSE AF SUNDHEDSKONSEKVENSVURDERINGER

Besvar spørgsmålene ved at sætte bogstavet "X" i de hvide bokse. Hvis dine svar genererer en rød pil "→" ud for de gule felter, skal disse ligeledes udfyldes med bogstavet "X". Når felterne til de enkelte spørgsmål er korrekt udfyldte, vil dette kunne ses ved symbolet "✓" i den grønne boks.

Emne:

SKRIV EMNE

Forventes det, at forslaget vil have væsentlige konsekvenser for sundhedsudviklingen i forhold til belastninger og risikofaktorer i miljøet herunder:	Ja			Nej	Ved ikke
	Kortsigtede	Langsigtede	Kort- og langsigtede		
A) Det fysiske miljø/arbejds miljø					
B) Det psykosociale arbejdsmiljø					
C) Tryghed i lokalområdet					
D) Lokal forurening					
E) Trafikgener					
F) Ulykker					

Forventes det, at forslaget vil have væsentlige konsekvenser for sundhedsudviklingen i forhold til de ressourcer der findes i miljøet herunder:	Ja			Nej	Ved ikke
	Kortsigtede	Langsigtede	Kort- og langsigtede		
A) Lokalsamfundets serviceydelser					
B) Lokalsamfundets sociale miljø					

Forventes det, at forslaget vil have væsentlige konsekvenser for livsstilsfaktorer herunder:	Ja			Nej	Ved ikke
	Kortsigtede	Langsigtede	Kort- og langsigtede		
A) BMI / Sund kost					
B) Rygning					
C) Alkohol- og stofmisbrug					
D) Fysisk inaktivitet					
E) Øvrigt misbrug					

Forventes det, at forslaget vil have væsentlige konsekvenser for borgernes sociale deltagelse herunder:	Ja			Nej	Ved ikke
	Kortsigtede	Langsigtede	Kort- og langsigtede		
A) Deltagelse i foreningsliv					
B) Benyttelse af lokalområdets muligheder					
C) Socialt netværk generelt					

Forventes det, at forslaget vil have væsentlige konsekvenser for:	Ja			Nej	Ved ikke
	Kortsigtede	Langsigtede	Kort- og langsigtede		
A) Adgangen til sundhedsydelser					
B) Indkomstfordeling/-ulighed					
C) Uddannelses- og boligforhold					

Er forslaget i overensstemmelse med kommunale og nationale politiske målsætninger og servicemål (fx kommunens sundhedspolitik, Folkesundhedsprogrammet etc.)?	Ja			Nej	Ikke aktuelt

Forventes de LANGSIGTEDE konsekvenser at være positive eller negative?

Positive	Negative	Positive og negative

Forventes konsekvenserne at begrænse sig til grupper af - eller hele befolkningen?

Gruppe(r)	Befolkning	✓

Positive	Negative	Positive og negative

Gruppe(r)	Befolkning	✓

Positive	Negative	Positive og negative

Gruppe(r)	Befolkning	✓

Positive	Negative	Positive og negative

Gruppe(r)	Befolkning	✓

Positive	Negative	Positive og negative

Gruppe(r)	Befolkning	✓

RESULTAT:

Der er felter, der ikke er korrekt udfyldte.

EVENTUELLE BEMÆRKNINGER/KOMMENTARER:

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 72 22 74 00
Email sst@sst.dk
www.sst.dk