

Vad har hänt med HKB användningen i Sverige? En metod för jämlikhet i hälsa

Karin Berensson, Per Tillgren

Karin Berensson, MPH, tidigare utredare vid Sveriges Kommuner och Landsting.

E-post: kberensson@gmail.com.

Per Tillgren, Senior professor, Mälardalens högskola, Akademin för hälsa, vård och välfärd,

Västerås. E-post: per.tillgren@mdh.se.

För att få fördjupad kunskap om utvecklingen och användningen av HKB och närliggande metoder i Sveriges kommuner och landsting genomfördes våren 2016 telefonintervjuer med folkhälsoansvariga. Intervjuerna visar att HKB ses som positivt, men att användningen har minskat. HKB har anpassats till lokala behov och fler perspektiv. Samarbete inom organisationen framhålls som positivt medan politiska och organisatoriska förändringar varit negativt men också att det numera finns liten kunskap om HKB. Fördelar är att konsekvenser av politiska beslut för olika grupper i befolkningen tydliggörs, vilket bidrar till medvetna beslut. Perspektivträngsel och att HKB är krävande tas upp som negativt. HKB-arbetet ses som ett sätt att lyfta kunskapsnivån i folkhälsoarbetet och att öka förståelsen för sociala bestämningsfaktorer och den ojämlika hälsan.

To gain deeper knowledge about the development and use of HIA and related methods in Sweden's municipalities and county councils, telephone interviews were conducted with public health officials in 2016. The interviews show that HIA is viewed as beneficial, but that its use has decreased. HIA has been adapted to meet local needs and to reflect different related perspectives. Cooperation within the organization is emphasized as positive, while political changes and reorganizations have been negative, as is the current lack of knowledge about HIA. An advantage is that the consequences of political decisions for different groups in the population are clarified, which contributes to the making of informed decisions. The requirement of taking different broad perspectives into account in the decision making process is mentioned as a disadvantage, as is the fact that HIA is demanding in itself. Working with HIA is seen as a way to raise the level of knowledge in public health work, and to improve the understanding of social determinants and health inequalities.

Bakgrund

Hälsokonsekvensbeskrivningar/hälsokonsekvensbedömningar (HKB) har utvecklats världen över sedan 90-talet som en metod för att bedöma konsekvenser för befolkningens hälsa. HKB har lyfts fram både av Europeiska Unionen och av WHO:s Europa region (1). Göteborg Consensus Paper tar upp rätten för medborgare att delta i HKB-processen och jämlikhet som två centrala värden som är särskilt viktiga för HKB (2). Rätten att delta för medborgare i HKB-processen har dock visat sig vara svår att genomföra (3).

I senare delen av 90-talet utvecklades HKB i Sverige av Folkhälsoprogrammet, en programberedning för folkhälsa vid dåvarande Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, nuvarande Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Målet för HKB var bl.a. att bidra till att minska ojämlikheten i hälsa och att sätta folkhälsofrågorna på den politiska dagordningen. Ett verktyg för att kunna genomföra HKB arbetet inför politiska beslut i kommuner och landsting togs fram i samverkan mellan politiker, invånargrupper, tjänstemän och experter. Verktyget består av tre olika delar, Hälsoträskan, Hälsomatriksen och Hälsokonsekvensanalysen (4, 5). Social position och social miljö har stor betydelse för människors hälsa (6). För att verka för mer jämlik hälsa är det viktigt att ta reda på hur olika grupper påverkas av politiska beslut. De olika delarna av Folkhälsoprogrammets verktyg problematiserar hur olika gruppers hälsa och befolk-

ningens hälsa påverkas av förslag till politiska beslut. För att bidra till målet för HKB om en mer jämlik hälsa engagerades invånargrupper, bl.a. ungdomar, invandrare och arbetslösa vid framtagandet av HKB-verktyget och de diskuterade hälsobegreppet och hälsans bestämningsfaktorer (7).

Olika stimulansåtgärder genomfördes, bl. a. inrättades ett nätverk för HKB och utbildningsinsatser av politiker och tjänstemän genomfördes. Det svenska HKB-arbetet uppmärksammades i den internationella HKB-utvecklingen (8, 9). År 2000 fick Statens folkhälsoinstitut (FHI) ett regeringsuppdrag för att utveckla och pröva metoder för HKB. En principmodell för HKB utvecklades som utgick från Nationella folkhälsokommitténs förslag till hälsomål som hade formulerats med utgångspunkt från hälsans bestämningsfaktorer (10). FHI tog över det nationella ansvaret för HKB och genomförde 2004 och 2007/2008 två olika uppföljningar om HKB-användningen i Sveriges kommuner och landsting (11). FHI genomförde även ett antal fallstudier och medverkade i internationella projekt. Enligt Regeringens strategi för hållbar utveckling från år 2004, utgör hållbar utveckling ett övergripande mål för regeringens politik. Det gäller alla politikområden (12).

SKL har också gjort studier kring HKB-användningen. En enkätundersökning till alla kommuner och landsting/regioner (fortsättningsvis landsting) genomfördes hösten 2001. Den studien visade att 10 av 289 kommuner använde HKB. Och att 55 kommuner hade beslutat att

använda HKB eller hade påbörjat en införandeprocess. Motsvarande uppgifter från landstingen var att 10 av 21 landsting använde HKB (13). En ny enkätundersökning genomfördes 2013 till ett strategiskt urval. I urvalet ingick 36 folkhälsostrategier eller personer med motsvarande funktion i kommuner och som var medlemmar i fyra olika nätverk för folkhälsa och barnkonventionens genomförande samt folkhälsochefer i samtliga 21 landsting (14). Studien visade att 9 kommuner och 4 landsting använde HKB och närliggande metoder (hållbarhetsanalyser, barnkonsekvensanalyser och andra analyser).

Femton år efter implementering av HKB i Sverige, som initialt ansågs vara lyckad, används HKB i liten utsträckning, särskilt i landstingen (14). Denna utveckling bekräftas av de uppföljningar som FHI tidigare har gjort (11). Däremot var det trots ett begränsat urval i 2013 års studie en högre andel kommuninvånare i landet som omfattades av HKB tillämpningen, än vid den totalstudie som genomfördes 2001. Att HKB används i liten utsträckning idag diskuteras i en kommande artikel (14) och det finns flera tänkbara orsaker till detta, bl.a. den politiska kontexten, skiftet i ansvar för HKB på den nationella nivån samt nya roller i folkhälsoarbetet för kommuner och landsting under de senaste decennierna. Motsvarande utveckling med svårigheter att implementera och vidmakthålla HKB i praktisk tillämpning i kommuner och landsting har också visats i studier från Danmark och Norge (15, 16).

För att få fördjupad kunskap om

utvecklingen och användningen av HKB och närliggande metoder i Sveriges kommuner och landsting genomfördes våren 2016 telefonintervjuer med nio folkhälsoansvariga från kommuner och landsting som besvarat enkäten 2013. Samtliga intervjuade har många års erfarenhet av folkhälsoarbete. Svaren från de transkriberade intervjuerna har därefter analyserats utifrån principer för deduktiv tematisk innehållsanalys (17). Syftet med denna artikel är att ge folkhälsoansvarigas perspektiv och erfarenheter av arbetet med HKB i kommuner och landsting.

Resultat

Resultatet från intervjuerna ska ses utifrån den strukturella och kontextuella förändring som skett i kommuner och landsting mellan 2001 och 2016 och som är den tidsperiod denna studie omfattar. Vissa landsting har blivit regioner, andra diskuterar och genomför regionbildningar. Många kommuner har blivit mer aktiva på folkhälsoområdet, vissa landsting mindre aktiva. Beslut om det nationella folkhälsomålet togs år 2003. Därtill har nya styrformer introducerats utifrån främst principer från New Public Management, NPM, men också ett flertal organisationsförändringar har genomförts (14). Utifrån analysen av intervjuernas teman utkristalliserades kategorier och underkategorier som framgår av rubriker och underrubriker i följande text.

HKB för folkhälsoarbete är positivt, men används mindre idag

Intresset för folkhälsofrågor ses som stort av de flesta informanter, även om intresset för hållbarhetsfrågor kanske är större idag.

Den allmänna uppfattningen om HKB och närliggande metoder för folkhälsoarbete är positiv. En informant säger ”Jag tycker att det känns bra att vi gör hälsokonsekvensbedömningar och beskriver vad det får för konsekvenser för befolkningen med olika beslut”. Men det framkommer också att det är mycket att gå igenom för att kunna göra en riktig HKB. En informant säger ”Väldigt bra i teorin, men jag vet inte riktigt hur bra det blir i praktiken”.

Flera informanter påpekar att HKB används i mindre utsträckning idag än tidigare. Beslut om HKB har i många fall tagits av kommun- resp. landstingsstyrelser. En informant säger att det är beslutat att HKB ska göras på alla politiska beslut, men det går inte. En annan säger att HKB görs enbart på speciella satsningar. En informant har frågat nämndsekreterare hur mycket de uppfattar att HKB används och dom svarar nästan inte alls.

Vad gör, är ... HKB?

HKB kan öka förståelsen för sociala bestämningsfaktorer och den ojämlika hälsan. En informant säger ”Är det någonting som HKB måste kunna göra så är det att visa på ojämlikheten” och nämner också att HKB-verktyget inte bidrog till handläggningen, men ökade kunskapen. ”Man gör ingen stor sak av det, man kallar det inte

HKB. HKB-arbetet har varit ett sätt att lyfta kunskapsnivån i folkhälsoarbetet.”

”Att tänka efter före” och att man fått ett nytt tankemönster framhålls också i intervjuerna men också att det är svårt att ge sig in i tankebanor, som man är ovan vid. Det fanns också oklarhet vad som var syftet med HKB och politikerna i ett landsting hade trots att HKB handlat om att bevisa värdeeffekter av olika insatser, t.ex. hälsovinster av ett vaccinationsprogram.

HKB i organisationen

Samarbete/samverkan med andra handläggare/enheter/avdelningar inom organisationen framhålls som mycket positivt av informanterna, särskilt när det har initierats av andra. Närhet till kollegor som arbetar t.ex. med samhällsplanering lyfts fram. Utbildning av andra handläggare och samtal med förvaltningschefer vid införandet av HKB ses som positivt. Vissa menar dock att de inte fått återkoppling trots engagerande utbildning och positivt gensvar. Någon menar att det gjort det svårt att förutsätta att man ska slå sig samman för att göra HKB. Det framkommer också från intervjuerna att HKBs tillämpningsområde har utökats och konkretiserats som t. ex vid arbete med samhällsplanering i form av översiktsplaner, stadsplanering etc. Ett annat exempel är att i ett landsting används HKB vid fördelning av organisationsbidrag i länet och enligt informanten har detta haft en stor effekt på hur avtalen har utformats för olika grupper. På vissa håll ingår HKB och

närliggande metoder i rutiner i den ordinarie handläggningen.

En fråga som berörs av flera av de intervjuade är tidsaspekten. En informant säger att allt ska gå så fort idag och då väljer man bort det som inte uppfattas som nödvändigt. Att avsätta två timmar för en HKB föreslås och en informant säger: ”Detta tjänar tid. Komplex ärende, en grupp sitter i två timmar och det är klart.”

Verktyg och benämning

HKB-verktyget har modifierats för att anpassas till lokala behov och fler perspektiv. Metoder för exempelvis stadsplanering har också inspirerat. Att införliva det nationella folkhälso-målet i verktyget ser vissa som ett stöd och andra som ett problem, då man använder kommunens egna mål.

Ordet hälsa i benämningarna hälsokonsekvensbeskrivning/hälsokonsekvensbedömning nämns av några informanter som ett problem, då det leder tanken till individ, hälsa och livsstil. I en kommun kallas HKB för hållbarhetsbedömningar och informanten säger att det är identiskt samma sak.

Olika perspektiv

”Perspektivträngsel” tas upp av flera informanter. Med perspektiv avses olika så kallade horisontella perspektiv, som jämställdhet och som ska beaktas inför politiska beslut. Någon av informanterna ansåg att perspektiv-tänket i sig är ett hinder, då det visar att frågorna ligger utanför vad som är viktigt. En informant framhöll att en fördel med HKB, är att HKB tar upp

fler perspektiv än hälsan. En annan informant menar att HKB kan bli så brett, att det kan bli för komplicerat och att man därmed slänger ut barnet med badvattnet. Eller som en tredje nämner att antingen blev det för stort så ingen orkade läsa eller så bockade man bara av en checklista.

Kommun- respektive landstingsperspektiv

Från intervjuerna framkom att det finns en skillnad i att tillämpa HKB i kommunernas respektive landstingens verksamhet. En informant med landstingserfarenhet menar att det är flera ärenden som är tacksamma för HKB i den kommunala sfären, än i landstingssfären. ”Ofta som det blir det stora skohornet i landstingspolitiken kan jag känna”. Att regionbildning har varit positiv för HKB framkom också.

Framgångsfaktorer och hinder vid implementering och användning av HKB

Utifrån intervjuerna kan de framgångsfaktorer som inte tidigare tagits upp i texten beskrivas på följande sätt:

- att göra HKB lokalt efter kommunens prioriteringar,
- screening för att inledningsvis göra en bedömning om det är meningsfullt att gå vidare och göra en fullvärdig HKB. Screeningmodellen som förekom i Storbritannien har inspirerat några,
- resonemangen i Marmotrapporten ”Closing the Gap” och i Malmökommissionens arbete för ett vetenskapligt perspektiv,
- att det funnits stöd i verktyg och checklistor.

Från intervjuerna framkom också att det finns hinder i det praktiska arbetet med HKB i kommuner och landsting, men det finns olika erfarenheter om detta som uttrycks på följande sätt ”Jag har inte sett något direkt hinder” till ”Jag vet inte så många som gör sådana här HKBn på beslut.”

Andra hinder som tas upp:

- att inte få in det i det ordinarie arbetet,
- politiska och organisatoriska förändringar, exempelvis att den kommitté eller motsvarande som hade ansvar för HKB lades ned och att frågorna tappade mark,
- liten kunskap om HKB. Numera har man inte den bakgrund som man hade inledningsvis.

Kunskap för nyanställda och ett modernt verktyg i digital form efterfrågas. Å andra sidan säger en informant ”man väljer bort det rutinverktyget, men man bygger in det i hela sitt sätt att agera, och det är ju kanske bättre”. Ett annat exempel på hinder är avsaknad av grundläggande syn på värdefrågor i organisationen och informanten säger: ”Hinder, det handlar mer om, tror jag, den här väldigt svårfångade grundläggande synen, alltså var finns makten och vad är det som dominerar när vi ytterst ska prioritera?”

Tidigare var det stort fokus på HKB,
men idag är det så tyst

Informanterna diskuterar varför användningen av HKB har stagnerat/gått bakåt sedan början av 2000-talet. HKB introducerades i Sverige genom en stor satsning på information och

utbildning i kommuner och landsting. Det var mycket som kom i början av 2000-talet på folkhälsoområdet, t.ex. det nationella folkhälsomålet, som kommuner och landsting skulle ta in. En informant menar att det uppstod en viss frustration när HKB inte fick fotfäste och implementeringen skulle göras i en större administration. Det fanns också väl stora förväntningar och kunskapen blev koncentrerad främst till Folkhälsoenheten eller motsvarande. En annan informant diskuterar hur ett verktyg ska kunna få en fråga att bli en maktangelägen fråga. ”När tjänstepersoner och politiker har satt sitt hopp till det nya verktyget upptäcker, att det förändrar inte de verkliga maktförhållandena i grunden. Då blir man besviken och då slutar man att använda det.”

Några av de intervjuade tar upp att HKB inte uppmärksammas idag, vare sig av Folkhälsomyndigheten eller SKL och att det är så tyst om frågan. Därtill upplevdes dålig kontinuitet mellan mandatperioderna och stor omsättning på politiker, vilket inneburit att man varit tvungen att introducera HKB-konceptet under varje ny mandatperiod.

Fördelar och nackdelar med HKB

Fördelar med HKB som förs fram är att det ger en möjlighet att tänka igenom före och att konsekvenser för olika grupper i befolkningen tydliggörs. Någon av informanterna uttrycker det på följande sätt ”att den socioekonomiska skiktningen i befolkningen är med i diskussionen och den politiska debatten idag på ett annat sätt än det var för 15 år sedan. Där kan jag nog

känna att vi haft draghjälp. En annan säger "...vi ser ju inte på ojämlikheten och det här är ett sätt att tänka på den. Det är den stora fördelen tycker jag. Och vi ser inte alltid hur de sociala faktorerna påverkar hälsan och det här är ett sätt att göra det."

Att det blir en tydlighet, att det görs ett medvetet beslut, oavsett om det är positivt eller negativt utfall, är en annan fördel. HKB har också varit en del i att träna politikerna och ju mer HKB används desto mer medvetenhet och kunskap får beslutsfattare och tjänstemän.

Några av de intervjuade ser inga nackdelar med HKB. En informant påpekar att en nackdel är om man tror att det är vetenskapligt, det är kvalificerade gissningar. Medan någon är alltmer tveksam till själva den teknik som man ville sälja in med HKB och menar att om frågan är tillräckligt viktig för att faktiskt förändra sitt handlings sätt, så kommer man nog inte dit med en mall, eller liknande. "Man kommer dit när man har övertygat tillräckligt många människor".

Sammanfattning av resultatet

Huvudfynd från intervjuerna är att HKB och närliggande metoder ses som något positivt, men att användningen av HKB har minskat. Koncept och verktyg har modifierats och anpassats efter lokala behov och fler perspektiv. Samarbete inom organisationen framhålls som positivt för tillämpningen, medan politiska och organisatoriska förändringar samt numera liten kunskap om HKB framhålls som negativt. Fördelar med

HKB är att man tydliggör konsekvenser av politiska beslut för olika grupper i befolkningen och att det görs medvetna beslut. Perspektivträngsel och att HKB är krävande tas upp som negativt. HKB-arbetet ses som ett sätt att lyfta kunskapsnivån i folkhälsoarbetet och att öka förståelsen för sociala bestämningsfaktorer och den ojämlika hälsan.

Diskussion och reflektion

Från intervjuerna framkom att användningen av HKB har minskat i landstingen, vilket är i överensstämmelse med resultaten i studien 2013 (14). Av intervjuerna framgick att kunskapen om HKB är liten idag och att ingen nationell aktör är aktiv med frågan och att det inte bedrivs en kontinuerlig utbildning. Screening, att inledningsvis göra en bedömning om det är meningsfullt att gå vidare och göra en fullvärdig HKB, skulle kunna ha varit ett sätt att stärka HKB initialt. I Göteborg Consensus Paper tas screening upp som det första och essentiella steget i en HKB. FHI påpekade vikten av screening år 2001 (10).

I denna intervjustudie tas HKB och närliggande metoder upp. Olika så kallade horisontella perspektiv är viktiga i såväl nationell som lokal politik. Hållbar utveckling och barns rätt är två perspektiv som diskuteras mycket idag. HKB har modifierats under åren bland annat till att täcka flera närliggande perspektiv. Informanterna diskuterar emellertid också perspektivträngsel, dvs. att flera horisontella perspektiv ska belysas i ärendehandlingen ibland med olika verktyg, som

ett problem. Att HKB täcker flera olika perspektiv tas också upp. Folkhälsobegreppet, som ligger till grund för HKB, är mycket brett. EU lyfter fram betydelsen av HKB och att hälsa är något som berör alla politikområden liksom WHO bland annat i *Health in All Policies* (18, 19).

Några informanter tar upp ordet hälsa i HKB som ett problem, vilket också har också gjorts i en tidigare studie (11). Det finns risk för att HKB kan missförstås som hälsoimperialism och det är möjligt att folkhälsoarbetare skulle nå längre om HKB hade en mer generell benämning (20).

Ett av målen med HKB för politiska beslut i kommuner och lands-ting som utvecklades i Sverige i senare delen av 90-talet var att bidra till minskad ojämlikhet i hälsa (4). En fråga som är lika aktuell idag och sedan 2015 har en av regeringen tillsatt kommission i uppdrag att våren 2017 lämna förslag till hur hälsoklyftorna i samhället ska minska (21). Informanterna i vår studie lyfter fram jämlikhet i hälsa som särskilt viktigt med HKB. Jämlikhet är också ett av fyra särskilt viktiga värden för HKB enligt Göteborg Consensus Paper (2). I en litteraturoversikt (22) hävdas att HKB har större fokus på jämlikhet än andra konsekvensbedömningar. En intressant fråga kanske också i Sverige, då utvecklingen går mot olika typer av konsekvensbedömningar samt större ojämlikhet i hälsa.

Lokal anpassning av HKB ses som en framgångsfaktor av informanterna. Det framhölls också vid introduktionen av HKB och underlättades genom att HKB-verktyget fanns tillgängligt

digitalt, liksom senare även kommuners och landstings olika lokala verktyg. Anpassningen av HKB-verktyget till det nationella folkhälsomålet upplevdes av vissa informanter som problematiskt, då det kunde komplicera lokal anpassning av HKB. HKB måste baseras på en förståelse av den politiska processen och tillföra värde till den. HKB måste också presentera information på ett politiskt relevant sätt (20). Om HKB ska påverka den politiska processen så måste praktiker-erna (tjänstemännen) både vara taktiska och tekniska. HKB måste vara taktiskt genom att räkna med politikens begränsningar och fokusera på aktörernas värderingar, intressen och lärande (23).

Samarbete inom organisationen framhålls av informanterna som viktig vid tillämningen av HKB. I en svensk studie om barnkonsekvensanalyser, baserad på en forskningscirkel, fann deltagarna att det inte kan vara en person som gör en sådan analys, det måste finnas en grupp med olika kompetenser som tar fram underlaget (24). Att samarbete är viktigt framkom också från en intervjustudie om HKB i Stockholms läns kommuner och där det ansågs att det var bättre vid genomförande av HKB att en grupp med olika kompetenser svarade för detta för att kunna se frågan på olika sätt (25).

Slutsats

HKB och närliggande metoder ses som positivt av informanterna i denna studie, trots att det används i mycket begränsad utsträckning inom kommunerna och särskilt inom lands-

tingen. Fördelar med HKB är att konsekvenserna av politiska beslut tydliggörs för olika grupper i befolkningen och att det görs medvetna beslut, medan perspektivträngsel och att HKB tillämpningen kan uppfattas som tidskrävande, tas upp som nega-

tivt. HKB-arbetet ses som ett sätt att lyfta kunskapsnivån i folkhälsoarbetet och att öka förståelsen för sociala bestämningfaktorer och den ojämlika hälsan.

Referenser

1. World Health Organization. Health 2020: the European policy for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013.
2. ECHP. Gothenburg Consensus Paper on Health Impact Assessment: Main concepts and suggested approach, European Centre for Health Policy. Brussels: WHO Regional Office for Europe, 1999.
3. Wright J, Parry J, Mathers J. Participation in health impact assessment: objectives, methods and core values. *Bulletin of the World Health Organisation* 2005;83(1):58-63.
4. Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet. Med fokus på hälsan. Hur kan man beskriva hälsokonsekvenser av politiska beslut? Stockholm: Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, 1998.
5. Berensson K. HIA at the local level in Sweden. In Kemm J, Parry P, Palmer S (eds.). *Health Impact Assessment*. Oxford: Oxford University Press, 2004. p. 213-222.
6. Diderichsen F. Folkhälsa och politik. I: Med fokus på hälsan. Hur kan man beskriva hälsokonsekvenser av politiska beslut? Stockholm: Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, 1998, s. 10-14.
7. Berensson K. Hälsans bestämningfaktorer definierade av invånargrupper och jämförda med folkhälsokommitténs betänkanden. Stockholm: Karolinska Institutet, 2003. KI-rapport 2003:5 (Master thesis).
8. Berensson K. Focusing on Health in the Political Arena. *Eurohealth*. 1998;4,34-36.
9. The Nordic School of Public Health. Health Impact Assessment: from theory to practice. Report on the Leo Kapiro Workshop, Gothenburg, 28-30 October, 1999 Göteborg. The Nordic School of Public Health, 2001.
10. Statens folkhälsoinstitut. Modell och metoder för hälsokonsekvensbedömningar: återrapportering av regeringsuppdrag om Folkhälsoinstitutets arbete med hälsokonsekvensbedömningar (HKB). Stockholm. Statens folkhälsoinstitut, 2001. F-serie 2001:9.
11. Statens folkhälsoinstitut. Hälsokonsekvensbedömningar i kommuner, landsting och regioner. En studie av införandet hälsokonsekvensbedömningar och behovet av stöd. Östersund: Statens folkhälsoinstitut, 2009.
12. Regeringen. Regeringens skrivelse 2003/04:129. En svensk strategi för hållbar utveckling. Stockholm: Miljö- och energidepartementet, 2004.
13. Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet. Folkhälsoprogrammet – en framsynt satsning som fått fotfäste. En uppföljning hösten 2001. Stockholm: Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, 2002.
14. Berensson K, Tillgren P. Health Impact Assessment (HIA) of political proposals at the local level. Successful introduction, but what has happened 15 years later? *Global Health Promotion*, under utgivning 2016.

15. Sund By Netværket. Sundhedskonsekvensvurdering i danske kommuner og regioner – anvendt og planlagt praksis for sundhedskonsekvensvurdering. København: Sund By Netværket, 2010.
16. Helgesen MK, Hofstad H. Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse. Oslo: Norwegian Institute for Urban and Regional Research (NIBR), 2012.
17. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008 Apr;62(1):107-15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.
18. Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E. (eds.) *Health in All Policies. Prospects and potentials* Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
19. World Health Organization, Ministry of Social Affairs and Health, Finland. *The Helsinki Statement on Health in All Policies*, 2013. Hämtad från http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf
20. Kemm J. Health Impact Assessment: a tool for Healthy Public Policy. *Health Promot. Int.* 2001;16(1):79-85.
21. Lundberg O. Kommissionen för jämlik hälsa – en kort rapport i halvtid. *Socialmedicinsk tidskrift* 2016;5:501-509.
22. Harris-Roxas B, Simpson S & Harris E. *Equity-Focused Health Impact Assessment. A Literature Review*. Sidney: Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA), 2004.
23. Harris P, Sainsbury P, Kemp L. The fit between health impact assessment and public policy. *Practices meets theory. Social Science & Medicine* 2014;108:46-53.
24. Sveriges Kommuner och Landsting. *Barnkonsekvensanalys – ett verktyg för underbyggt beslutsfattande eller omöjlig att genomföra? Resultat från en forskningscirkel*. Elizabeth Englundh. 2014. (Hämtad från <http://skl.se/demokratiledningstyrning/manskligarattigheterjamstalldhet/barnetsrattigheter/barnkonsekvensanalys.878.html>)
25. Strid U. *Hälsokonsekvensbeskrivningar i Stockholms läns kommuner. Vision eller verklighet?* Stockholm: Karolinska Institutet, 2008. (Kandidatuppsats folkhälsoprogrammet).