

Kommunenes rolle i å utjevne sosiale helseforskjeller – Norge som eksempel

Elisabeth Fosse

Professor, Universitetet i Bergen, HEMIL-senteret. E-post: elisabeth.fosse@uib.no.

Denne artikkelen tar utgangspunkt i implementeringen av den norske folkehelseloven i kommunene, som trådte i kraft i 2012. Den overordnede målsetningen for folkehelseloven er å redusere sosiale forskjeller i helse gjennom en "helse i alt vi gjør" strategi og utjevning av den sosiale gradienten. Norske kommuner har hovedansvaret for helse- og velferdstjenester til befolkningen og er dermed sentrale i implementeringen av loven. Likevel ligger mange virkemidler utenfor kommunenes kontroll. Implementeringen av loven er studert gjennom kvantitative og kvalitative metoder. Funnene viser at mange kommuner har ansatt folkehelserådgivere, og det tverrsektorielle samarbeidet er i utvikling, men fortsatt er helsesektoren den viktigste aktøren. Et mindretall av kommunene har så langt inkludert utjevning av sosiale helseforskjeller i planer og politiske prioriteringer.

The Norwegian public health act was adopted in 2012. The overall aim of the act is to reduce social inequalities in health by adopting a "Health in all policies" strategy and levelling the social gradient. Norwegian municipalities have the main responsibility for providing health and welfare services, and are central in the implementation of the act. Still, many instruments lie outside the jurisdiction of local authorities. This paper studies the implementation of the act by applying quantitative and qualitative methods. Findings indicate that many municipalities have employed public health coordinators and inter-sectoral collaboration has increased. However, the health sector is still the main player. Few municipalities have so far included levelling of the social gradient in policies and plans.

Introduksjon

I 2012 fikk Norge sin folkehelselov, der en av hovedmålsettingene er å utjevne sosiale helseforskjeller (<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>). Loven kom som det foreløpige sluttresultatet av en 10 år lang prosess der de nasjonale myndigheter i økende grad hadde satt temadet sosiale ulikheter i helse på den politiske dagsorden. I løpet av disse årene ble sosiale ulikheter omdefinert fra å være et fattigdomsproblem som angikk relativt få marginaliserte grupper til å ha et fokus på den sosiale gradienten (Fosse 2009).

Denne utviklingen var inspirert bl.a. av Marmot kommisjonen, som poengterte at Sosial ulikhet ikke er et problem for de få fattige, men noe som berører alle (Marmot 2007, WHO 2008). Marmot (2010) bruker begrepet ”proporsjonell universalisme” (proportionate universalism) om gradienttilnærmingen. Dette innebærer et hovedprinsipp om universelle ordninger, som må kombinere med en ekstra målrettet innsats for utsatte grupper.

Endringen mot et gradientperspektiv hadde sin spede begynnelse med Stortingsmeldingen ”Resept for et sunnere Norge”, som kom i 2003 (St. meld.nr.16 (2002-2003)). Den hadde et eget kapittel om å redusere sosiale ulikheter i helse. Det viktigste uttrykket for satsingen var at det skulle opprettes en egen enhet i Helsedirektoratet som skulle ha ansvar for dette politikkområdet.

I januar 2005 kom Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan ”Gradi-

entutfordringen” (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Som tittelen antyder, innebar handlingsplanen et skifte av fokus, fra utsatte grupper til den sosiale gradienten. Formålet med handlingsplanen var at den skulle legge grunnlaget for Sosial- og helsedirektoratets arbeid med sosiale ulikheter i helse. Vekten ble lagt på strategier som fokuserte på strukturelle tiltak. Det er rimelig å hevde at strategiene representerte en revitalisering av universelle strategier der generelle velferdsordninger er viktigere enn innsats rettet mot spesielle målgrupper (Fosse 2009, Fosse og Strand 2010).

Som en oppfølging av handlingsplanen la regjeringen i februar 2007 fram en stortingsmelding. Tittelen på meldingen er Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (St. meld. nr. 20 (2006-2007)). I første avsnitt i meldingen heter det (s.5):

”Den norske befolkningens helse er god. Men gjennomsnittstallene skjuler store systematiske forskjeller. Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen. Vi må erkjenne at vi har et lagdelt samfunn – der de som er mest privilegert økonomisk også har best helse. Disse helseforskjellene er sosialt skapt, urettferdige og mulige å gjøre noe med. Regjeringen vil derfor sette i verk en bred og langsiktig strategi for å utjevne de sosiale helseforskjellene.”

Arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller fortsatte å ha prioritet på nasjonalt nivå, og i 2011 vedtok Stortinget Folkehelseloven, som følger opp ideologien i Stortingsmeldingen. Loven bygger på fem grunnprinsipper, der de to følgende angir hoved-

prinsippene i loven:

- Sosial rettferdighet i helse: Sosiale ulikheter oppstår av samfunnsforholdene mennesker er født i, vokser opp i og lever i. Sosiale ulikheter i helse former en gradient i befolkningen. Å utjevne den sosiale gradienten ved å rette innsatsen mot helsens determinanter er en kjerneoppgave for folkehelsearbeidet.
- Helse i alt vi gjør ("Health in all policies," Leppo m.fl. 2013): Helsekonsekvenser må vurderes når politikk og tiltak blir utviklet og iverksatt i alle sektorer. Felles styring og tverrsektorielt samarbeid er nøkkelen for å redusere ulikheter i helse. De tre andre prinsippene er bærekraftig utvikling, føre var prinsippet og deltakelse. "Rettferdig fordeling er god folkehelsepolitikk" kan sies å være et mantra for loven (Fosse og Helgesen 2015.)

Kommunene har fått en særlig viktig rolle i iverksettingen av loven, og de viktigste prinsippene for organisering er de følgende:

- Ansvar for folkehelsearbeid legges til kommunen som sådan og ikke til helsetjenesten som tidligere. Forslaget innebærer at kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren.
- Kommunene har ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer og at disse blir konkretisert slik at de får et tydelig bilde av hva som er de lokale helseutfordringer i den enkelte kommune.

- Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet egnet for å møte kommunens egne helseutfordringer. Mål og strategier skal forankres i planprosessen etter plan og bygningsloven. Plan- og bygningsloven er det viktigste plandokumentet kommunene har, og de prioriteringer og innsatser som vedtas er forpliktende for kommunene utvikling av politikk og tjenester.
- Kommunene skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer.
- Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene skal gjøre opplysninger tilgjengelig og understøtte kommunene. En drøfting av kommunens helseutfordringer skal blant annet danne grunnlag for lokal planstrategi. På samme måte skal en drøfting av fylkets helseutfordringer inngå i regional planstrategi.

Tradisjonelt står ideologien om det kommunale selvstyret svært sterkt i Norge, og i den norske konteksten kan det argumenteres for at det er rimelig at kommunene får en framskutt rolle i iverksettingen av loven. De norske kommunene er et administrativt nivå i styringskjeden, men også et selvstendig politisk nivå. Samtidig har kommunene også ansvar for mange tjenester for befolkningen, som primærhelsetjenesten, sosialtjenester, eldreomsorg, barnehager, grunnskole, fritidsaktiviteter og fysisk planlegging. Hvordan tjenestene organiseres vil selvsagt ha betydning for befolkningens levekår. Å ha et fordelings-

perspektiv på disse tjenestene vil bli et viktig virkemiddel for å utjevne sosiale helseforskjeller. For eksempel vet vi at barn som ikke behersker norsk språk når de begynner på skolen har større risiko enn andre for ikke å gjennomføre videregående skole. Å sette i verk støttende tiltak i barnehagen vil da vært et godt virkemiddel for å utjevne de sosiale forskjellene mellom dem som fullfører og dem som ikke fullfører videregående skole.

Imidlertid er sosiale helseforskjeller et komplekst fenomen og et komplekst problemområde, og mange av virkemidlene for å utjevne de sosiale helseforskjellene ligger utenfor kommunenes ansvarsområde. Hvis vi tar utgangspunkt i Dahlgren og Whiteheads (1991) regnbuemodell, skisserer de hvordan mange nivåer bidrar til å skape sosiale forskjeller, fra individuelle særtrekk, via familie, arbeidsliv og lokalsamfunn til nasjonal og internasjonal politikk. Sosiale forskjeller beskrives ofte som et "wicked" problem, et problem som er komplekst, og hvor det også finnes motstridende interesser (Rittel & Webber 1973, Fosse m.fl. 2014). Å utjevne de sosiale forskjellene globalt, nasjonalt og lokalt vil kreve politiske valg med vekt på omfordeling av makt og ressurser mellom sosiale grupper. De nordiske velferdsstatene ble utviklet som en del av den sosialdemokratiske bevegelsen i mellomkrigstiden, og de viktigste målene var en omfordeling mellom sosiale grupper og utvikling av et sosialt sikkerhetsnett (Esping-Andersen 1990). Skattepolitikk, boligpolitikk, arbeidsmarkedspolitikk og utdanningspolitikk ble,

i tillegg til helse- og sosialpolitikken, viktige virkemidler i utviklingen av de nordiske velferdsstatene.

Å redusere den sosiale gradienten krever helhetlige strategier som påvirker alle samfunnslag. Dette vil være mer kontroversiell politikk enn å utvikle tiltak rettet mot utsatte grupper, fordi det vil kreve en bevissthet om fordelingspolitikk og politikk i mange sektorer av samfunnet (WHO 2008). Å sette fokus på den sosiale gradienten vil bidra til å politisere folkehelsepolitikken. Det er derfor ikke helt uproblematisk når hovedansvaret for å utjevne de sosiale forskjellene blir et kommunalt ansvar.

I det følgende skal jeg presentere funn fra to prosjekter som har studert iverksettingen av folkehelseloven i norske kommuner. På grunnlag av funn fra dette prosjektet vil jeg diskutere hvilke muligheter og begrensinger kommunene har for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Kommunenes rolle

Om prosjektene, problemstillinger og metode

En av problemstillingene for denne forskningen har vært å studere hvordan kommunene kan bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Ifølge loven skal dette skje gjennom en "helse i alt vi gjør" tilnærming. Dette vil kreve tverrsektorielt samarbeid og en forankring av folkehelsearbeidet i budsjett og planer. Dette vil innebære at kommunens politiske og administrative ledelse tar ledelsen og er aktivt involvert.

Metode

Både kvantitative og kvalitative data har blitt brukt i forskningen. Det ble sendt ut spørreskjema undersøkelser til alle kommuner høsten 2011 og våren 2014. Undersøkelsen i 2011 var en baseline studie, som ble sendt ut noen måneder før folkehelseloven trådte i kraft. Denne ble sendt til Norges 430 kommuner og de 15 delvis selvstyrte bydelene i Oslo. Et elektronisk spørreskjema ble sendt til alle rådmenn/administrasjonssjefer. Disse svarte på spørsmålene selv, eller sendte det videre til en person som var kompetent til å svare på skjemaet. Totalt svarte 361 kommuner og bydeler på skjemaet, som gir en svarprosent på 87%. De minste og minst sentrale kommunene var de som i størst grad ikke svarte på skjemaet (Helgesen og Hofstad 2012). Den andre spørreskjema undersøkelsen ble sendt ut våren 2014. Også denne gangen ble skjemaet sendt til administrative ledere i de 420¹ kommunene og bydelene i Oslo. Svarprosenten var 73%. Også denne gangen var det de minste og minst sentrale kommunene som ikke svarte.

Spørreskjemaene inneholdt spørsmål om folkehelse var en del av de kommunale planene, hvilke temaer som ble prioritert, hvilke målgrupper som ble prioritert og hvordan det tverrsektorielle samarbeidet ble prioritert. Det ble også spurt om kommunen hadde ansatt en folkehelsekoordinator og hvor denne var administrativt plassert, ut fra en antakelse om at en plassering i stabfunksjon er viktig om en koordinator skal kunne fylle

rollen sin.

Spørreskjemaundersøkelsen i 2014 var en videreutvikling av 2011 skjemaet og inkluderte også spesifikke spørsmål om iverksetting av loven (Schou, Helgesen & Hofstad 2014).

Det ble også foretatt personlige intervjuer med administrativt ansatte og politikere i seks kommuner. Kommunene ble strategisk valgt, der ett inklusjonskriterium var at det hadde startet arbeidet med å iverksette loven og hadde fokus på sosiale helseforskjeller. Vi intervjuet seks til åtte personer i hver kommune.

Funn: Kommunenes rolle som utviklingsagenter

Ansettelse av en folkehelsekoordinator har fungert som en viktig indikator for kommunenes prioritering av folkehelsearbeidet. I 2011 hadde 74% av kommunene folkehelsekoordinator (N=258), og i 2014 hadde tallet steget til 85% (N=239).

Både i 2011 (34%, N= 209) og i 2014 (27%, N=237) var de fleste folkehelsekoordinatorene administrativt plassert i helsesektoren. Andelen som jobbet i administrasjonssjefens stab var 36% i 2011, men hadde sunket til 27% i 2014. Imidlertid hadde andelen som arbeidet i planavdelingen steget noe, fra 3% i 2011 til 7% i 2014.

I 2014 spurte vi om kommunene hadde utarbeidet oversikt over helse-tilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer i kommunen, som de er pålagt etter folkehelselove. Av de 213 som svarte på dette, svarte 38% ja, mens 48% svarte at de var i ferd

¹ I 2014 var det 420 kommuner totalt.

med å starte dette arbeidet. Vi spurte også om kommunene hadde etablert interne tverrsektorielle arbeidsgrupper som arbeider med folkehelse. Av de 281 som svarte på dette, hadde 62% etablert slike grupper, mens 17% i ferd med å etablere grupper.

Vi spurte også om hvilke områder kommunene hadde som sin hovedprioritet i folkehelsearbeidet. I 2011 svarte 303 på dette og i 2014 svarte 441. Det er fortsatt flest som prioriterer levevaner, i 2011 var tallet 34% og i 2014 52%. Imidlertid ser vi en økning når det gjelder fokus på utsatte grupper, 12% svarte dette i 2011, i 2014 hadde det steget til 26%. Begrepet levekår fanger opp den sosioøkonomiske dimensjonen, og når det gjelder levekår oppga 6% at dette var en prioritet i 2011, mens dette har steget til 31% i 2014.

Vi spurte videre om kommunene hadde inkludert fordelingshensyn i sin virksomhet. Dette vil innebære at kommunen vurderer hvordan politikk, planer og tiltak vil påvirke bl.a. ulike sosiale grupper i befolkningen. Når det gjelder kommuneplanen svarte 42% ja til dette (N=262). For sektor- og virksomhetsplaner svarte 45% ja (N=257). Når det gjelder framstillinger til politiske beslutninger svarte 38% ja (N=261), og når det gjelder tiltak rettet mot folkehelse og forebygging svarte 71% ja (N=264).

Vi hadde også et generelt spørsmål, der vi spurte om informantene mener at kommunene kan bidra til å redusere sosial ulikhet i helse. 83% av de 272 som svarte på dette, svarte ja på spørsmålet.

Som resultatene fra spørreskje-

maundersøkelsene viser, kan det spores en viss utvikling i retning av økt fokus på levekår og utjevning av sosiale helseforskjeller. Vi kan også se at en del kommuner er i ferd med å få området inkludert i kommunal politikk og planer.

Gjennom intervjuene med ansatte i kommunene fikk vi et mer nyansert bilde og en dypere forståelse av prosessen. For eksempel kan den følgende samtalen stå som en illustrasjon på forståelsen i mange kommuner. Intervjueren spurte ordføreren i kommunen hvordan kommunen hadde tenkt å arbeide for å utjevne sosiale helseforskjeller:

”Ordfører: Jeg vet ikke helt hva du mener med sosiale helseforskjeller?”

Intervjuer: For eksempel lav utdanning, dårlig råd, familier som ikke kan være med på ting på grunn av økonomi.

Ordfører: Nå skjønner jeg hvordan du tenker, et mantra for oss er tidlig ute. Da kan du egentlig begynne med personnummer på mor eller far og da vet du hvordan det har vært i den familien. Det er noe som går på gener også tror jeg, og det miljøet man er oppvokst i”

Det var ganske typisk at de vi intervjuet ikke hadde en forståelse av den sosiale gradienten, eller hvilke tiltak som var viktige for å utjevne denne. Men samtidig sa alle de mente at både universelle og målrettede tiltak var viktig, som en annen informant uttrykte det:

”Hvordan vi gjør det, er en utfordring, ikke sant, men det handler om å la kommunens tilbud være omtrent like tilgjengelig for alle, men det handler også om behovsprøving i forhold til behov”

I prinsippet støtter informantene prinsippet om proporsjonell universalisme, men det knyttes sjelden til folkehelseovens målsetning om å utjevne sosiale helseforskjeller. Mange av velferdsstatens – og kommunenes – tjenester er universelle. I Norge har alle rett til en barnehageplass til en overkommelig pris, og alle har rett til samme skole- og helsetjenester. Dette er et innarbeidet prinsipp og slik sett ikke nytt. Men bevisstheten om at universelle tjenester bidrar til å utjevne den sosiale gradienten finner vi ikke.

Når det gjelder utvikling av tverrsektorielt samarbeid, fungerer dette ulikt i kommunene. Noen kommuner har hatt en høy bevissthet rundt dette over lengre tid, mens andre har startet arbeidet etter at folkehelseoven trådte i kraft.

I en kommune jobbet folkehelsekoordinatoren i rådmannens stab og lederne i alle sektorer hadde ansvaret for folkehelsearbeidet:

”Jeg tror det er utrolig viktig at folkehelsekoordinatoren sitter der han sitter, i rådmannens stab. For det gjør at det blir hele tiden fokus på folkehelse”

I en annen kommune har de fortsatt problemer med å få til en tverrsektoriell organisering av folkehelseområdet:

”Vi har en veldig sektordelt kommune. Generelt er nok folkehelsefeltet fortsatt litt for tungt preget av helse- og sosialsektoren. Vi har jobbet over tid med bredere forankring i vår kommune og er nok kommet et stykke på vei.”

Noen får informanter er opptatt av at å utjevne sosiale helseforskjeller innebærer politiske valg og prioriteringer:

”Men det er jo også veldig politisk, og det synes jeg har vært for lite problematisert. For når vi prøvde å skrive dette inn i vår egen lokale plan, så hørte du at det var vanskelig å si nei til, men i praksis, så har ikke vi et politisk regime som nødvendigvis synes det er god politikk, for å si det sann, så det blir ikke fulgt opp i praksis.”

Denne informanten tar opp et svært viktig tema, nemlig at å redusere sosiale helseforskjeller ved å utjevne den sosiale gradienten er et komplekst problem, et ”wicked issue”, som vil kreve politiske prioriteringer. Kommuner er ikke først og fremst preget av politiske konfrontasjoner, men snarere en konsensus kultur, der man forsøker å oppnå kompromiss. På denne bakgrunnen er det forståelig at kommunene prioriterer levevaner framfor levekår, det er lettere å bli enige om tiltak for å forbedre levevaner enn for eksempel å endre skattemessige prioriteringer, som ofte gjenspeiler høyre-venstre aksene i politikken.

Intervjusitatene handler her mest om substansen i folkehelsepolitikken og illustrerer at retorikken om å utjevne den sosiale gradienten ikke helt har funnet gjenklang i kommunene. I det følgende skal jeg diskutere funnene litt nærmere i lys av spørsmålet om hva kommunen kan bidra med, og hva som er et ansvar for andre administrative nivåer og aktører.

Diskusjon og konklusjon

Kommunene i Norge har en viktig rolle i folkehelsearbeidet generelt og også når det gjelder å utjevne sosiale

helseforskjeller. Som det går fram av spørreskjemaundersøkelsene mener også kommunene dette selv, og mange kommuner er i en prosess der loven er i ferd med å bli iverksatt, gjennom forankring i planer og politikk.

Imidlertid har kommunene en selvstendig stilling, og selv om staten kan følge opp kommunenes planer, er det får virkemidler til stede for å fremme iverksetting i kommunen. Det bevilges ingen penger over statsbudsjettet til folkehelsearbeidet i kommunene, og det vi ser er at kommunene må søke prosjektmidler for å kunne satse ekstra, for eksempel på tiltak for å utjevne sosiale helseforskjeller (Fosse og Helgesen 2015). Dette kan føre til at noen kommuner prioriterer dette høyt, mens andre gjør mindre.

Kommunene har kontroll over en god del virkemidler når det gjelder å utjevne sosiale forskjeller. Hvis dette perspektivet er inkludert i planlegging og prioriteringer, kan kommunene bidra til dette.

Utjevning av den sosiale gradienten vil imidlertid også kreve politiske virkemidler, som kommunene ikke rår over. Skattepolitikk, boligpolitikk, arbeidsmarkedspolitikk og utdanningspolitikk vil være sentrale virkemidler, men disse virkemidlene vil kreve prioriteringer på nasjonalt nivå.

Utjevning av den sosiale gradienten må med andre ord også være prioritert på nasjonalt nivå. Den nåværende folkehelsepolitikken ble initiert og gjennomført av en venstreorientert regjering. Fra 2013 har Norge en konservativ regjering, og generelt sett er erfaringen at en høyreorientert regjering ikke er like opptatt av temaet so-

siale forskjeller (Fosse 2011 og 2012). Dette er nok tilfellet også med den nåværende regjeringen. Selv om det sies at folkehelsepolitikken står fast, viser de siste politiske dokumentene at vekten forflyttes i retning av større fokus på individuelle strategier. (St. meld. 19 (2014-2015). Hvordan disse endringene slår ut i kommunene er det foreløpig vanskelig å si noe om, men vi kan anta at forskjellene mellom kommunene vil øke. For å utjevne den sosiale gradienten, vil det være behov for at dette fortsatt signaliseres som et viktig tema fra statlige myndigheter, samtidig med at kommunene øker sin forståelse og ser viktigheten av at dette prioriteres. I Norge gjelder en kommuneplanperiode i fire år, fra ett kommunevalg til det neste. Den nåværende perioden startet høsten 2015, og prosessen fram til neste kommunevalg i 2019 vil sannsynligvis gi en god pekepinn på hvordan utjevningen av sosiale helseforskjeller vil utvikles i kommunene.

Finansiering av forskning

Forskningen som er presentert i denne artikkelen er finansiert av Norges forskningsråd, som del av prosjektene “Addressing the social determinants of health. Multilevel governance of policies aimed at families with children” (SODEMIFA) (Prosjekt nr.213841/H10) og “Evaluering av samhandlingsreformen. Reformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforbyggende aktør med et spesielt blikk på innvandrerrike kommuner» (EVASAM) (Prosjekt nr. 229628).

Referanser

- Dahlgren, G. og Whitehead, M. 1991. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health, Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
- Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Polity Press.
- Folkhelsemeldingen – Mestring og muligheter, Meld. St. 19 (2014-2015). Helse- og omsorgsdepartementet.
- Fosse, E (2009). Norwegian public health policy – revitalisation of the social democratic welfare state? *International Journal of Health Services*. Vol.13, no.22009
- Fosse, E. og Strand, M. (2010). Politikk for å redusere sosiale ulikheter i helse i Norge: Fornyet politisering av folkehelse spørsmål, *Tidsskrift for Velferdsforskning*, nr. 1, 2 010.
- Fosse, E. (2011): Different welfare states, different policies? An analysis of the substance of national health promotion policies in countries representing four European welfare states. *International Journal of Health Services*, Vol.41, No.20:255-271.
- Fosse, E. (2012): Norwegian Health Promotion policy: The pendulum swings of 1984 to 2007. In Samdal, O. and Wold, B. (eds): *An ecological perspective on health promotion: systems, settings and social processes*. Bentham Science Publishers.
- Fosse, E. Bull, T., Burström, B. and Frtitzell, S. (2014): Family policy and inequalities in health in different welfare states, *International Journal of Health Services*, vol.44(2) 233-251.
- Fosse, E. and Helgesen, M. K. (2015): How can local governments level the social gradient in health among families with children? The case of Norway. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, Vol 6, No 2: 328-346.
- Helgesen, M. K. og Hofstad, H. (2012): Regionalt og lokalt folkehelsearbeid- Ressurser, organisering og koordinering En baselineundersøkelse. NIBR-rapport 2012:13 .
- Leppo, K., Ollila, E., Peña, Wismar, M. and Cook, S. (2013): Health in all Policies. Seizing opportunities, implementing policies. Finnish Ministry of Social Affairs and Health.
- Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Vedtatt i Stortinget 240611. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Marmot, M. (2007): Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet* 370:1153-63.
- Marmot, M. (2010). *The Marmot Review. Fair Society, Healthy Lives. Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010*.
- Helsedirektoratets handlingsplan ”Gradientutfordringen”. Sosial- og helsedirektoratet 2005.
- St.meld.nr.16 (2002-2003): Resept for et sunnere Norge. Oslo: Helsedepartementet.
- Rittel, H.W.J. & Webber, M.M. (1973): Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences* 4:155-169.
- St.meld. nr. 20 (2006-2007)). Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Schou, A., Helgesen, M. K. og Hofstad, H. (2014): Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. NIBR-rapport 2014:21.
- World Health Organization (2008): Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report from Commission on Social Determinants of health, Geneva, WHO.