

# Politikk for å utjevne sosiale helseforskjeller i de skandinaviske land

Elisabeth Fosse

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

Tradisjonelt har strukturelle virkemidler i form av nasjonal politikk og universelle velferdsordninger vært et kjennetegn for de skandinaviske velferdsstatene. Men det finnes også forskjeller når det gjelder hvilke politiske virkemidler som blir prioritert. Siktemålet med denne artikkelen er å beskrive og analysere noen av disse forskjellene og hvilke konsekvenser de kan ha for arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller. Artikkelen bygger på data fra et pågående prosjekt som sammenligner nasjonal politikk for å utjevne sosiale helseforskjeller i de nordiske land. Norge og Sverige har det tydeligste fokuset på sosiale helseforskjeller og sosiale determinanter. I Danmark er det størst fokus på endring av levevaner, særlig blant grupper med lav sosioøkonomisk status. I alle tre land er kommunene sentrale i implementeringen av politikken. Norge er det eneste av de tre landene som har en egen folkehelselov. Siden loven ble vedtatt i 2012, har det vært en utvikling der loven i økende grad blir oppfattet som en lov for kommunene. Et poeng i den sentral-lokale realisjonen er at kommunene har begrenset kontroll over sentrale politikkområder. Viktige determinanter som fordelingspolitikk, skattepolitikk, arbeidsmarkedspolitikk og utdanningspolitikk ligger til det nasjonale nivået.

Traditionally, universal, structural measures is a hallmark of the Scandinavian welfare states when addressing the social determinants of health. However, there are also differences between the countries regarding measures that are prioritized. The aim of this paper was to describe and analyse some of these differences and the consequences they have for levelling social inequalities in health. The paper draws on data from a project that compared National policies in the Nordic countries. The findings from the project show that in Norway and Sweden comprehensive policies to reduce social inequalities are most developed, while in Denmark the main focus is on the role of the health sector and consequently on the individual risk factors. In all countries, the local government have a central role in developing and implementing policies. However, the municipalities only have a limited control over determinants like tax policies, labour market policies and housing policies.

## Innledning

De skandinaviske land har en lang tradisjon for å utjevne sosiale helseforskjeller gjennom å bruke politiske virkemidler og strukturelle tiltak. Ideene om å utvikle en velferdsstat ble i mellomkrigstiden drevet fram av de sosialdemokratiske partiene i de nordiske land. I folkehelsearbeidet var det fokus på samfunnsforhold som skaper god og dårlig helse, det vi dag kaller helsens determinanter. Tema var lønnspolitikk, boligpolitikk og velferdspolitik, og ved å gi arbeidere en lønn å leve av, sunne boliger og velferdsordninger som arbeidsledighetsstønad og pensjon, ville levekår og dermed folkehelsen bli bedre [1]. Etter krigen begynte utviklingen av velferdsstaten, og etter hvert bidro velferdsstaten til bedre levekår og helse i hele befolkningen, og de sosiale forskjellene ble mindre.

Fra 1980 tallet har de sosiale forskjellene økt, og dette har også påvirket den sosiale fordelingen av befolkningens helse. Årsakene til denne utviklingen er komplekse, men global liberalisering av økonomien og økt privatisering er vesentlige faktorer. Dette er selvsagt en utfordring for den nordiske velferdsmodellen, som henter legitimitet fra at den bygger på prinsipper om likhet og sosial rettferdighet. Verdens helseorganisasjon (WHO) nedsatte en global kommisjon, ledet av Professor Michael Marmot, kalt WHO commission on the social determinants of health. I sluttrapporten «Closing the gap in a generation», som ble

levert i 2008, anbefales universelle velferdsordninger, kombinert med ekstra støtte til utsatte grupper. Kommisjonen peker på de nordiske velferdsstater som et ideal for å utjevne sosiale helseforskjeller [2].

## Problemstilling

Tradisjonelt har strukturelle virkemidler i form av nasjonal politikk og universelle velferdsordninger vært et kjennetegn for de skandinaviske velferdsstatene. Men selv om det er mange likheter mellom Danmark, Norge og Sverige, finnes det også forskjeller når det gjelder hvilke politiske virkemidler som blir prioritert. Siktemålet med denne artikkelen er å beskrive og diskutere noen av disse forskjellene og hvilke konsekvenser de kan ha for arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller. Artikkelen bygger på data fra et pågående prosjekt som sammenligner nasjonal politikk for å utjevne sosiale helseforskjeller i de nordiske land.<sup>1</sup> Prosjektet bygger på et tidligere prosjekt, som særlig studerte kommunenes rolle [3]. Det prosjektet utmyntet 11 anbefalinger, og flere av disse anbefalingene danner grunnlaget for problemstillingene i det pågående prosjektet:

- *En helbetlig tilnærming*, dvs. om både universelle og målrettede tiltak blir tatt i bruk og hvordan balansen er mellom disse.
- *Tverrsektoriell tilnærming*, dvs. om det finnes formelle strukturer med ansvar for sosial ulikhet, hvilke disse er og hvilke horisontale og vertikale samar-

<sup>1</sup> Delprosjekt under projektet "Jämlik hälsa –Förutsättningar på nationell nivå," finansiert av Nordens Velfärdscenar. Prosjektet handler om Nordisk nasjonal politikk for å utjevne sosiale helseforskjeller. Prosjektet varer fra 2017-2018.

beidsstrukturer som finnes.

- *Bygge politiske ferdigheter/vertikalt samarbeid* og støttefunksjoner, dvs. hvilke støttefunksjoner i form av programmer, data osv. som finnes for kommunen i arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller.
- *Langvarig forpliktelse/lovgivning har betydning*; dvs. bakgrunnen for den nåværende nasjonale politikken.

### Metodisk tilnærming

Prosjektet er en kvalitativ studie, dokumenter og personlige intervjuer utgjør datamaterialet. Dokumentene er policy dokumenter fra hvert land, de spenner fra offisielle lov dokumenter og proposisjoner o.l. til rapporter som er laget for og utgitt av myndighetene. Foruten analyse av dokumenter har vi intervjuet personer som har ansvar for folkehelse og temaet sosial ulikhet på nasjonalt nivå. I denne artikkelen blir ikke intervjuene brukt eksplisitt, men de brukes i en gjensidig kvalitets-sikring mellom dokumenter og intervjuer, for å få til en så troverdig forståelse av situasjonen som mulig.

### Nasjonal politikk

I Danmark er *Sundhedsstyrelsen* den øverste helsefaglige myndighet. Sundhedsstyrelsen bistår ministeren med rådgivning innen sitt ansvarsområde og bidrar også med rådgivning til andre statlige, regionale og kommunale myndigheter. Innenfor Sundhedsstyrelsen er det en enhet for forebygging. Enheten ivaretar oppgaver innenfor folkehelse, inkludert tema som ulikhet i helse og.

*Kommunenes Landsforening (KL)* har

en sentral oppgave i å understøtte kommunene innen ulike områder. Center for Forebyggelse i praksis er en del av KL og har som oppgave å understøtte kommuners arbeid med å sikre kvalitet og sørge for at forebygging er evidensbasert.

I Norge er det *Lov om Folkehelsearbeid (Folkehelseloven)*, som styrer folkehelsearbeidet. *Helse- og omsorgsdepartementet* har det overordnede ansvaret. Folkehelseloven trådte i kraft i 2012 og skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder å utjevne sosiale helseforskjeller. Kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter har alle ansvar i folkehelsearbeidet og legger til rette for bedre samordning mellom forvaltningsnivåer og på tvers av sektorer. Folkehelseloven løfter fram fem grunnleggende prinsipper for folkehelsearbeidet; prinsippet om å utjevne sosiale helseforskjeller, "*helse i alt vi gjør*" (Health in All Policies), bærekraftig utvikling, føre var prinsippet og medvirkning.

I Sverige er det Socialdepartementet som har det nasjonale ansvaret, og på Regeringskanselliets hjemmeside heter det (<http://www.regeringen.se/regeringens-politik/folkhalsa-och-idrott/>):

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

Videre heter det at:

*"Regeringen arbetar även utifrån sitt långsiktiga mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation."*

*Folkhälsomyndigheten* er en statlig myndighet som ligger under Socialdepartementet. Folkhälsomyndigheten har det nasjonale ansvaret for folkehelse spørsmål og skal arbeide for en god folkehelse.

Også i Sverige har kommunene en selvstendig rolle, og de har det administrative ansvaret for folkehelseområdet.

### Nasjonale kommisjoner

Inspirert av Marmot kommisjonen, ble det opprettet lignende kommisjoner også i Danmark, Norge og Sve- rige. Kommisjonene skulle kartlegge situasjonen når det gjaldt sosiale ulikhet i helse i sine land og komme med forslag til politikk og tiltak for å utjevne forskjellene.

Danmark var først ute med å opprette en gruppe som skulle se ta for seg temaet sosial ulikhet i helse. I 2010 ga Sundhedsstyrelsen professor Finn Diderichsen ved Københavns Universitet i oppgave å lede arbeidet. En rekke eksperter bidro og i rapporten vektlegges determinantspektivet og betydningen av en helhetlig og tverrsektoriell innsats [4]. Rapporten er strukturert etter en modell, utviklet av Finn Diderichsen [5]. Modellen gir en oversikt over vesentlige mekanismer og tilhørende intervensjonspunkter i forbindelse med sosial ulikhet i helse. De ulike målgruppene og determinantene gjennomgås i rapporten, for hvert punkt foreslås tiltak, på grunnlag av dokumentert kunnskap. Det foreslås en styrking og ofte utvidelse av universelle tiltak med bidrag fra flere sektorer. I tillegg blir det også foreslått tiltak rettet mot utsatte grup-

per som vil ha behov for ekstra støtte for å utjevne forskjeller og redusere den sosiale gradienten

Den norske regjeringen initierte i 2007 en nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Som et ledd i denne strategien oppnevnte Helsedirektoratet i 2012 en kommisjon som skulle foreta en gjennomgang av faktorer som påvirker sosiale forskjeller i helse. Helsedirektoratet ga professor Espen Dahl ved Høgskolen i Oslo og Akershus oppdraget som leder av kommisjonen. Kunnskapsoversikten skulle inneholde en analyse av den sosiale fordelingen av helse, den identifisere de politikkområder og samfunnsinstitusjoner som har størst betydning for sosial ulikhet i helse, samt drøfte tiltak som kan bidra til å utjevne de sosiale helseforskjellene. Kommisjonen skulle foreta en oppsummering og analyse av tilgjengelig, forskningsbasert kunnskap. Den analytiske tilnærmingen er den samme som i den danske rapporten [4].

Rapporten kom i 2014 og gir anbefalinger om hvilke politikker og tiltak som bør prioriteres: Fokus på den sosiale gradienten, politiske tiltak som omfatter alle, tidlig innsats og tilrettelegging for gode valg [6].

I Sverige var det regjeringen som i 2015 oppnevnte en kommisjon som skulle komme med forslag til bidrag til å utjevne sosiale helseforskjeller. Kommisjonen ble ledet av professor Olle Lundberg, ved Stockholms universitet. Kommisjonen skulle ta utgangspunkt i regjeringens formulerte målsetning om å utjevne de sosiale helseforskjellene på en generasjon. To delrapporter ble levert, i henholdsvis

2016 og 2017. Sluttrapporten ble levert sommeren 2017. Oppdraget er mer omfattende enn i Danmark og Norge. Mange ulike typer aktiviteter er gjort av kommisjonen, i tillegg til å bygge på eksisterende forskning, har kommisjonen også gjort egen forskning og hatt dialoger med ulike grupper. Rapporten er strukturert på lignende måte som de to andre, men vekt på sosiale determinanter og situasjonen i ulike livsfaser. For hvert at målområdene blir det gitt konkrete anbefalinger.

I Sveriges rapport er det mer fokus på politisk styring som et virkemiddel for å oppnå sosial rettferdighet og likhet enn i de to andre landene. Den svenske rapporten er også mer konkret enn den danske og norske når det gjelder organisering av forvaltningen for å oppnå målet om å utjevne helseforskjeller og anbefaler en organisering som ivaretar behovet for sektorovergripende samarbeid og samordning. Kommisjonen tar også til orde for en endring av finansieringsmodeller i retning av et sosialt investeringsperspektiv. Den foreslår også økt satsing på forskning, samt at det skal opprettes et nasjonalt råd.

Et sentralt spørsmål er hvor mye kommisjonene har påvirket den nasjonale politikken i det enkelte land. Norge og Sverige har en nasjonal politikk med en målsetning om å utjevne sosiale helseforskjeller. I begge land er det fokus på sosiale helsedeterminanter og den sosiale gradienten. I begge land vises det til de nasjonale målsetningene i kommisjonenes rapporter, og dette øker selsvagt kommisjonenes legitimitet.

Men legitimiteten til kommisjonene kan også påvirkes av hvem oppdraget

kommer fra. I Sverige ble kommisjon oppnevnt av regjeringen, og sluttrapporten ble levert til regjeringen. I Danmark og Norge ble kommisjonene oppnevnt av henholdsvis Sundhedsstyrelsen og Helsedirektoratet, som begge er helsefaglige forvaltninger underlagt de respektive lands helsedepartementer. Denne forskjellen har også preget oppfølgingen av rapportene fra kommisjonene. I Danmark og Norge har kommisjonene ikke hatt en sentral betydning for nasjonal politikkutvikling, mens i Sverige har den dannet grunnlaget for en proposisjon til Riksdagen. I proposisjonen slutter regjeringen seg til kommisjonens vurderinger, men uten at den går inn for alle forslag.

## Diskusjon

I innledningen skisserte jeg problemstillingene som skulle belyses i det nordiske prosjektet. I det følgende skal jeg diskutere situasjonen i Danmark, Norge og Sverige basert på disse problemstillingene.

### *En helbetlig tilnærming*

I alle tre land bygger folkehelsepolitikken på universelle velferdsstatsordninger, men det er forskjell på i hvor stor grad universelle og målrettede tiltak blir brukt. Særlig i Danmark er det mest fokus på risikofaktorer, særlig når det gjelder levevaner som kosthold, mosjon, tobakk og alkohol. Tiltakene er også i stor grad rettet mot utsatte grupper, som oftest de med lav sosioøkonomisk status. Slike tiltak er også vanlige i Sverige og Norge, men disse landene tar også i bruk struktu-

relle virkemidler, som høy avgift på tobakk og alkohol, alkohol monopol, røykeforbud osv.

### **Tverrsektoriell tilnærming.**

I alle tre land er det det helsesektoren, det vil si helse- eller sosialdepartementet, som har det overordnede ansvar for folkehelsepolitikken. De underliggende institusjonene har det operative ansvaret for å sette politikk og tiltak ut i livet. Generelt sett blir det derfor helseaspektet av politikken som blir ivarettatt, mer enn de tverrsektorielle determinantene. Dette er tydelig i alle landene, men mest i Danmark, der Sundhedsstyrelsens bidrag i hovedsak er rettet mot de helsemessige risikofaktorene. I Norge og Sverige er det tydelige formulerte målsetninger om at folkehelse og arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller skal være tverrsektorielt, men når det er helsesektoren som har hovedansvaret, gjennomsyrrer ikke bidragene fra andre sektorer politikktutvikling og implementering av innsatsene.

#### *Bygge politiske ferdigheter/ vertikalt samarbeid og støttefunksjoner*

Kommunene spiller en sentral rolle i folkehelsearbeidet i alle tre land. Det er kommunene som har hovedansvaret for mange av de tjenesteområdene som er viktige for å utjevne sosiale helseforskjeller, som fysisk planlegging, barnehager, skoler og boliger. Kommunene har også stor frihet til å prioritere hva de vil satse på.

I alle land er det utviklet politikk og programmer på statlig nivå for å understøtte kommunene. Her er det

noen interessante ulikheter mellom landene. I Danmark har det blitt utviklet såkalte forebyggelsespakker til kommunene. Disse er utarbeidet av Sundhedsstyrelsen, og de har fokus på helsetjenestens rolle i å påvirke levevaner. Sosial ulikhet er inkludert, men først og fremst rettet mot utsatte grupper. I Danmark finnes det en finansiering i såkalte «sats puljer». Det er finansiering av tiltak i kommunen regjeringen ønsker å prioritere. Dette er øremerkede midler som går til kommunene i en periode for å bygge opp og styrke et område. I praksis er det stort sett prosjektbaserte tiltak på individ og gruppenivå som er prioritert. Helsetjenesten spiller en viktig rolle for å få til et såkalt forebyggingsforløp.

I Norge har Helsedirektoratet en sentral rolle i å understøtte kommunene i implementeringen av Folkehelse-loven. Et sentralt element i loven er at kommunene skal integrere folkehelse i sin kommuneplan. I planen skal de også inkludere et sosialt fordelingsaspekt, det vil si hvordan politiske prioriteringer vil påvirke ulike sosioøkonomiske grupper. Kommuneplanen er sentral i norske kommuner og danner grunnlaget for handlingsplaner og konkrete tiltak. I Norge følger det ikke med ekstra finansiering over statsbudsjettet til implementering av folkehelse-loven. Den ekstra finansiering som finnes bevilges i form av tidsavgrensede tiltak og prosjekter innen prioriterte områder.

I Sverige har organisasjonen av svenske kommuner og landsting, SKL, vært en pådriver for å sette fokus på sosial ulikhet både nasjonalt og lokalt, og i flere kommuner har det



har blitt gjort mye for å integrere dette aspektet i kommunene. Begreper som sosial bærekraft (hållbarhet) og sosiale investeringer er sentrale. Skoleeksemplet er Malmö, der disse prinsippene er satt ut i livet i organisering av forvaltningen. I Sverige står det såkalte finansieringsprinsippet sterkere enn i Danmark og Norge [7]. Prinsippet innebærer at staten ikke bør innføre nye obligatoriske oppgaver for kommuner og landsting uten at det følger med finansiering. Foreløpig har det ikke blitt vedtatt en politikk som innebærer konkrete oppdrag for kommunene, men hvis proposisjonen skal settes ut livet, bør det følge med finansiering til kommunene.

*Langvarig forpliktelse  
/forgivning har betydning*

Å utjevne sosiale helseforskjeller er et komplekst problem, og det er i høyeste grad et politisk tema. Hele velferdsstatsprosjektet hviler på en forståelse av betydningen av de sosiale determinantene for helse og betydningen av omfordeling mellom sosiale grupper, først og fremst gjennom universelle virkemidler. Velferdsstaten har blitt utfordret, og til dels uthult, på mange områder, men grunnprinsippene finnes, og i både i Danmark, Norge og Sverige betraktes den fortsatt som det viktigste virkemiddelet for å redusere sosiale helseforskjeller.

Men selv om det i prinsippet er tverrpolitisk enighet i alle land om å opprettholde velferdsstaten, er det klare ulikheter når det gjelder prioriteringer av politikk for å utjevne forskjellen. Venstreorienterte partier

har vanligvis dette temaet høyere på sin politiske dagsorden enn høyreorienterte partier, og dette har selvsagt betydning for den politikken som blir ført [8]. Det ser likevel ut til at politikken er mer politisert i Norge og Sverige enn i Danmark. Dette kan selvsagt også ha sammenheng med at den norske og svenske politikken har hatt tydelig fokus på de sosiale determinantene, mens dette perspektivet ikke har hatt gjennomslag i Danmark. I Norge satte den rødgrønne regjeringen dette på dagsorden da de kom til makten i 2005, og Folkehelseloven ble vedtatt under den samme regjeringen. Fra 2013 har Norge hatt en konservativ regjering, og fokus i den nasjonale politikken har blitt flyttet mot mer individuelle eller grupperettede tiltak, som for eksempel barn og unges mentale helse.

I Sverige lanserte en sosialdemokratisk regjering folkehelsepolitikken «Hälsa på lika villkor» i 2000 der det var sterkt fokus på sosial utjevning. Etter at den borgerlige regjeringen kom til makten i 2006, forsvant temaet sosial utjevning fra de politiske prioriteringene. De kom igjen på dagsorden da den rødgrønne regjeringen kom til makten.

Det er rimelig å hevde at Marmot kommisjonen skapte et politisk momentum, der det ble legitimt igjen å fokusere på de sosiale forskjellene i et rettferdighetsperspektiv. Men det viser også at utjevne sosiale helseforskjeller er et politisert tema, som er avhengig av politisk støtte. Det er likevel en del som tyder på at den norske folkehelseloven har betydning for at dette temaet ikke forsvinner fra den politiske dagsorden selv om det er en konservativ

majoritet. En lov er mer bindende enn andre politiske dokumenter, og kommunene har i økende grad innarbeidet et fokus på sosial ulikhet i sine planer og politiske prioriteringer [9].

### Konklusjon

Det er mange likheter mellom de nordiske land år det gjelder organisering av folkehelsepolitikken. I tråd med den nordiske velferdsmodellen, er folkehelse et offentlig ansvar. Norge og Sverige har det tydeligste fokuset på sosiale helseforskjeller og sosiale determinanter. Tenkningen rundt disse problemene har et eksplisitt teorigrunnlag, som bygger på en forståelse av sosiale gradienten, bl.a. inspirert av Marmot-kommisjonens rapport [2].

I alle land har det vært kommisjoner som har kartlagt de sosiale forskjellene og kommet med forslag til politikk og tiltak for å redusere dem. I Danmark og Norge var opprettelsen av kommisjonen initiert av Sundhedsstyrelsen/ Helsedirektoratet, og rapportene ble også levert til dem. I Sverige ble initiativet tatt av regjeringen og rapportene levert til ulike ministre. Forankringen av dette arbeidet er altså ulik i de tre land, noe som også kan ha betydning for den innflytelsen kommisjonenes arbeid får. Forankringen i regjeringen kan bidra til at det blir en større forpliktelse å følge opp kommisjonens anbefalinger.

Norge er det eneste av de tre landene som har en egen folkehelselov. Siden loven ble vedtatt i 2012, har det vært en utvikling der loven i økende grad blir oppfattet som en lov for kommu-

nene. Kommunene har ansvaret for sentrale områder som har betydning for å utjevne sosiale helseforskjeller, og betraktes dermed som sentrale i å implementere tiltak. Helsedirektoratet ser i økende grad sin rolle som å understøtte kommunene i arbeidet med å implementere loven [9]. En styrke ved denne strategien er kravet om at folkehelse og sosial ulikhet skal inkluderes, både i kommunens overordnede planer, i sektorplaner og utviklingen av tiltak. Svakheten er at det kan bli mindre fokus på den nasjonale politikken, og at de sentrale prinsippene om å utjevne sosiale helseforskjeller blir utvannet på det nasjonale nivået [10]. Det siste ser vi eksempler på, ved at regjeringen ikke legger vekt på dette, men prioriterer mer individorienterte tiltak.

Av de tre landene er det bare Sverige som har et konkret mål når det gjelder å redusere sosiale forskjeller som lar seg påvirke på en generasjon. Men også i Sverige vil det være en utfordring å sette politikken ut i livet, både på nasjonalt og lokalt nivå. Siden den svenske proposisjonen er mindre forpliktende enn en lov, kan den få mindre betydning dersom den ikke eksplisitt løftes fram og prioriteres.

I Sverige, som i Norge, er kommunene sentrale i implementeringen av politikken. Et viktig poeng i den sentral-lokale dimensjonen er at kommunene har begrenset kontroll over viktige politikkområder og ikke minst nasjonale prioriteringer. Viktige determinanter som fordelingspolitikk, skattepolitikk, arbeidsmarkedspolitikk og utdanningspolitikk ligger til det nasjonale nivået. Dette er områder



der politiske partier har ulike prioriteringer, noe som igjen har stor betydning for mulighetene til å utjevne sosiale helseforskjeller på nasjonalt og lokalt nivå.

## Referanser

1. Esping-Andersen, G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Polity Press, Cambridge, 1990.
2. WHO (2008) *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report*. WHO, Geneva
3. Diderichsen F., Scheele, C.E. & Little, I. G. (2015): *Tackling health inequalities locally: the Scandinavian experience*. Københavns universitet, Det sundhedsvidenskabelige fakultet. ISBN: 978-87-90233-45-7
4. Diderichsen, F.; Andersen, I. og Manuel, C. (2011)- *Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser: Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen*.
5. Diderichsen F., Evans T., Whitehead M. *The Social Basis of Disparities in Health*. In: Evans T. et al. eds. *Challenging Inequities in Health. From Ethics to Action*. 1. ed. Oxford: OUP; 2001. 12-23.
6. Dahl E., Bergsli H., Van der Wel K.A. (2014) *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt Rapport: Høgskolen i Oslo og Akershus, Oslo*.
7. Sletnes, I.; Henrichsen, C.; Lundin, O. og Mäkinen, E. (2013). *Kommunelovene i Norden. En kartlegging og sammenligning HiOA Rapport 2013 nr 13, ISSN 1892-9648, ISBN 978-82-93208-50-1*
8. Fosse, E. (2009): *Norwegian public health policy – revitalization of the social democratic welfare state? International Journal of Health Services. Vol.13, no.2, 2009*.
9. Helgesen, M.K.; Abebe. D.S.; og Schou, A. (2017) *Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet Nullpunktundersøkelse for Program for folkehelse i kommunene.. Samarbeidsrapport NIBR/NOVA*
10. Fosse, E. (2016). *Kommunenes rolle i å utjevne sosiale helseforskjeller – Norge som eksempel. Socialmedicinsk tidsskrift 5/2016: 492-500*

## Politiske dokumenter

### *Danmark*

Sundhedsstyrelsen (2012). *Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre?* Rapport.

Sundhedsstyrelsen (2014). *Samarbejde om forebyggelse. Anbefalinger og inspiration til almen praksis og kommuner*. Rapport.

Center for forebyggelse i praksis (2016). *Social ulighed i sundhed*. Rapport.

Sundhedsstyrelsen (2018) *Kommunens arbejde med forebyggelsespakkerne*. Rapport

Kommunernes Landsforening (2018) *Forebyggelse for fremtiden*. Rapport

### *Norge*

St.meld. nr. 20 (2006–2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Stortingsmeld. 19 (2014–2015) *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*

Helsedirektoratet (2013) *God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*.

### *Sverige*

Sveriges Kommuner och Landsting (2013) *Gör jämlikt – gör skillnad! Samling för social hållbarhet minskar skillnader i hälsa*

SOU 2016: 55 *Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete. Delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*

SOU 2017:4 *För en god och jämlik hälsa .En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket. Delbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*

SOU 2017:47 *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*

Regeringens proposition 207/18:249 *God och jämlik hälsa – en utvecklad foljhälsopolitik*