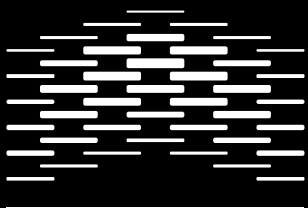


Sosiale ulikheter blant barn og unge: Hva kan norske kommuner gjøre?

Noen tilnærminger



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Wenche Bekken, Espen Dahl og Kjetil A. van der Wel
Fakultet for samfunnsvitenskap/Institutt for sosialfag



Sosiale ulikheter blant barn og unge:

Hva kan norske kommuner gjøre?

Noen tilnærminger

Wenche Bekken, Espen Dahl og Kjetil van Der Wel

Fakultet for samfunnsvitenskap/Institutt for sosialfag

OsloMet - storbyuniversitetet

CC-BY-SA OsloMet – storbyuniversitetet

OsloMet Rapport 2018 nr 1

ISSN 2535-485X (online)

ISBN 978-82-8364-079-3 (online)

OsloMet – storbyuniversitetet
Læringscenter og bibliotek, Skriftserien
St. Olavs plass 4,
0130 Oslo,
Telefon (47) 64 84 90 00

Postadresse:
Postboks 4, St. Olavs plass
0130 Oslo

Elektronisk utgivelse

Innhold

Nøkkelbudskap.....	3
Forord.....	4
Innledning.....	5
Folkehelsearbeid.....	6
Sosiale ulikheter i helse blant barn og unge.....	8
Den sosiale gradienten.....	8
Hvorfor har vi ulikheter i helse? Helsens sosiale determinanter.....	10
Universalisme og målretting.....	10
Kommunens ansvar.....	11
Lovende praksiser.....	12
Evaluering av tiltak – samarbeid med forskningsinstitusjoner.....	17
Bruk av verktøy i arbeid med sosiale ulikheter i helse.....	18
Referanser.....	19

Nøkkelbudskap

1. Ulikheter i helse følger en sosial gradient. Jo høyere sosioøkonomisk status jo bedre helsetilstand.
2. Den sosiale gradienten i helse gjelder for menn og kvinner og i alle aldersgrupper, også blant barn og unge.
3. De kårerne som barn og unge vokser opp under, påvirker deres helse og trivsel. Disse levekårene er kjent som helsens sosiale determinanter.
4. Sosiale ulikheter i helse blant barn og unge er særlig alvorlig fordi problemer forplanter seg inn i voksenlivet og svekker livssjansene for dem med dårlige levekår.
5. Hvis målet er å redusere effekten av den sosiale gradienten, er det først og fremst tjenester og tiltak som når alle, og som avpasses etter behov, som er effektive.
6. Gjennom folkehelseloven av har kommunene et stort ansvar for å skaffe kunnskap om og håndtere sosiale helseulikheter og helsens sosioøkonomiske determinanter.
7. Kommunene kan lære av hverandre ved å utnytte den kunnskapen og erfaringen som mange kommuner har høstet gjennom å iverksette tiltak for å redusere sosiale ulikheter i helse og ved å påvirke helsens sosiale determinanter.
8. For å gjøre kunnskap om effektive virkemidler mer relevant og solid er det viktig at tiltak, ordninger og forsøk blir forskningsmessig evaluert. Et ledd i dette er at kommuner evaluerer og dokumenterer tiltakene som iverksettes for å redusere ulikheter i helse og disse ulikhetenes sosiale determinanter.

Forord

Denne rapporten er den første i en serie på fire som tre forskere ved Høgskolen i Oslo og Akershus har skrevet på oppdrag av Helsedirektoratet. Den bygger på den nasjonale kunnskapsoversikten over sosial ulikhet i helse som ble utarbeidet for samme oppdragsgiver (Dahl mfl. 2014).

Nytt i denne serien av rapporter er at de skal være handlingsrelevante for kommunene. Bakgrunnen for dette er den framskutte rollen kommunene har fått gjennom den nye folkehelseloven som ble innført i 2012.

Intensjonen med rapportene er ikke å «instruere» kommunene og folkehelsekoordinatorene i hva de skal gjøre med sosial ulikhet i helse lokalt. Ambisjonen er snarere å formidle forskningsbasert kunnskap om hvordan problemene arter seg, og særlig hva som med stor sannsynlighet kan bidra til å redusere problemene. Vi beskriver en rekke lovende tiltak som kommunene faktisk har satt i verk, for å gi *ideer og inspirasjon* til hva kommunene kan gjøre på dette folkehelseområdet. Dersom kommunene finner noen ideer passende og lovende, er det opp til dem selv, ut fra lokale mål og forutsetninger, å sette disse ideene ut i livet.

I arbeidet med rapportene har vi invitert til idémyldring med utvalgte folkehelsekoordinatorer. Videre har vi fått rapportene kvalitetssikret av eksperter på de ulike feltene. I tillegg har vi fått verdifulle innspill av Øyvind Giæver, Herdis Dugstad og Ellen Marie Paulssen hos vår oppdragsgiver, Helsedirektoratet. Vi takker for kritiske og konstruktive kommentarer.

Vi håper at rapportene kommer til nytte i det viktige lokale folkehelsearbeidet som kommunene nå er i gang med.

Hilsen forfatterne

Wenche Bekken, Espen Dahl, Kjetil van der Wel

Innledning

Dette er den første av fire rapporter om sosial ulikhet i helse blant barn og unge og hva som kan gjøres i kommunene. Arbeidet bygger på vår kunnskapsoppsummering fra 2014 og er inspirert av University College Londons (UCL) kunnskapsoppsummerende rapporter og korte sammendrag (*policy briefs*). Marmot-teamet ved UCL har utarbeidet flere rapporter og sammendrag om for eksempel barnefattigdom, foreldreprogrammer og tidlig innsats i barnehagen. Rapportrekken fra UCL er bredere i omfang enn våre fire og omhandler flere temaer. For den interesserte leser vil vi derfor anbefale UCL-rapportene. De kan lastes ned fra: <https://www.gov.uk/government/publications/local-action-on-health-inequalities-evidence-papers>.

Bakgrunnen for denne rapportserien er at kommunene gjennom den nye folkehelseloven av 2012 har fått større ansvar for folkehelsearbeidet. Helsedirektoratet skal støtte kommunene i dette arbeidet. Derfor tok direktoratet initiativ til å få utarbeidet fire rapporter om sosial ulikhet i helse blant barn og unge og hva forskningen kan si om tiltak som forebygger og reparerer slike sosiale ulikheter i Norge.

Disse fire rapportene er ment å stimulere det lokale folkehelsearbeidet og gi ideer til hvordan arbeidet kan legges opp. Fokus er satt på barn og unge fordi forskningen viser at tidlig innsats lønner seg, for enkeltindivider og for samfunnet (Sund mfl. 2016, s. 14). Tidlig innsats ble introdusert og har fått høy prioritering i kommuner etter at begrepet ble introdusert med St.meld. nr. 16 (2006–2007) ... *og ingen sto igjen – Tidlig innsats for livslang læring*. I meldingen blir begrepet definert som innsats på et tidlig tidspunkt i barns liv, og tidlig inngripen når problemer oppstår eller avdekkes i førskolealderen, i løpet av grunnopplæringen eller i voksen alder (s. 10). Det er med andre ord hele barndommen som er inkludert i tidlig innsats. I flere prosjekter flyttes ressurser fra ungdom til småbarn, og det kan være viktig, men vi vil samtidig understreke at satsing også må omfatte de eldre barna og ungdommene, siden dette også er tidlig i et livsløp.

Etter folkehelseloven skal kommunene rette hele sitt virkemiddelapparat inn mot å minske sosiale helseforskjeller. Det betyr at helseulikhetsagendaen skal prege kommunenes arbeid innenfor skole og barnehage, fritid, helse og eldreomsorg, familievern og helsestasjoner, fattigdomsbekjempelse, arbeidsinkludering, veiplanlegging, miljøvern, boligplanlegging og reguleringsplaner, for å nevne noe. Omfanget av tiltak som det er mulig å tenke seg, er følgende svært stort.

For eksempel kunne man ut fra det vi vet om betydningen av inntekt for helse (Dahl mfl. 2014: 228), anbefale å innrette kommunens skattesystem slik at det i større grad bidrar til omfordeling av inntekt. Et slikt tiltak ville være strukturelt og universelt, og det ville påvirke en grunnleggende sosial determinant langt bak i årsakskjeden. Videre rår kommunene over to sentrale virkemidler for fattigdomsbekjempelse: sosialboliger og sosialhjelp. Det er svært

gode teoretiske og empiriske holdepunkter for å si at fattigdom og lavinntekt har en negativ innflytelse på barn og unges livskvalitet, problematisk atferd og helse. En teoretisk godt fundert anbefaling kunne dermed ha vært å øke sosialhjelpen til et nivå som løftet barnefamiliene i kommunen over grensen for lavinntekt. Dette kunne ha sikret materiell levestandard, evne til sosial deltakelse, bedre oppvekstkår og muligheter til langsiktig planlegging for mange barn i fattige familier, og på sikt gitt bedre helse gjennom livsløpet.

I arbeidet med denne rapporten har vi imidlertid hatt i oppgave å løfte fram erfaringer fra det folkehelsearbeidet som *faktisk* foregår i kommunene overfor barn og unge, ut fra forskningsbaserte evalueringer. Når det gjelder vesentlige sider av kommunenes virkemiddelapparat, slik som eksemplene over, er det i liten grad gjennomført tiltak og evalueringer. Svært mange av de kommunale innsatsene har snarere preg av prosjektbasert målrettet innsats, innrettet mer mot å avhjelpe og inkludere vanskeligstilte barn og unge enn mot å endre ulikhetsstrukturen i seg selv. Som en følge av dette vil også de erfaringsbaserte anbefalingene og eksemplene i rapportene vris i denne retningen. Det innebærer at det er et ikke ubetydelig sprik mellom kommunenes mulighetsrom – det de kunne ha gjort – og de anbefalingene vi kommer med i denne rapporten, som er basert på det som faktisk *er* gjort.

Kommunalt folkehelsearbeid kan forstås som kommunens «totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen» (Mæland 2010, s. 18). En slik vid forståelse innebærer at folkehelsearbeidet omfatter alt fra helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid (primærforebygging) via behandling (sekundærforebygging) til rehabilitering (tertiærforebygging). De eksemplene på tiltak som kommunene har iverksatt, og som vi belyser i denne rapportserien, befinner seg således i og mellom sekundærforebyggings- og terciærforebyggingsfeltet.

Vi vil imidlertid også forsøke å vektlegge – der det er empirisk grunnlag for det – eksempler på tiltak som er mer i tråd med de generelle anbefalingene om at de mest virksomme folkehelseiltakene er de som har mer primærforebyggende og universell karakter enn sekundær-/terciærforebyggende og målrettet karakter.

Denne første rapporten i serien er ment å gi en introduksjon til sosiale ulikheter i helse, slik at ulikhetsperspektivet blir en del av den generelle folkehelsepolitikken. De tre andre rapportene tar for seg sosiale ulikheter i helse sett i lys av barnefattigdom og helse, levekår og helse i barndommen, og unge i fare for å falle utenfor utdanning og arbeidsliv. Disse tre rapportene er alle todelt; den første delen handler om 'hva vi vet om problemet', den andre handler om 'hva som kan gjøres' med utgangspunkt i kommunale erfaringer.

Folkehelsearbeid

Ifølge folkehelsemeldingen innebærer god helse å ha overskudd til å mestre hverdagens krav (Meld. St. 34 (2012–2013)). God helse gir frihet til å leve et selvstendig liv. Helse kan ikke avgrenses til bare å være et individuelt anliggende. Helse er også et samfunnsanliggende og henger sammen med hvordan vi innretter samfunnet. Forutsetningene for å treffe valg som har helsemessige konsekvenser, må ses i lys av hvordan samfunnet legger til rette med muligheter.

I arbeidet med dette prosjektet har vi hatt i oppgave å løfte fram hvordan kommuner i Norge jobber med *sosiale ulikheter i helse for barn og unge*. I tillegg skal vi trekke veksler på internasjonal forskning som er relevant. Prosjektet defineres innenfor *folkehelse*. Folkehelseperspektivet retter søkelyset mot helsetilstanden i befolkningen og de forholdene som påvirker den, dvs. de sosiale determinantene. Folkehelse henspiller på den samlede helsen i befolkningen i et geografisk område (land, region, kommune etc.). Folkets helse måles og rapporteres i hovedsak med statistiske indikatorer på forekomst av uønskede helsetilstander i ulike subpopulasjoner.

Når målet er å utjevne sosiale helseforskjeller, står folkehelsearbeidet overfor særlige utfordringer. Moderne folkehelseiltak som antirøykekampanjer, initiativ for å endre kostholdsvaner eller tilrettelegging for mer fysisk aktivitet har ofte vist seg ikke å virke for gruppene som har dårligst helse og ofte dårligere levekår (Dahl mfl. 2014). Tilrettelegging for aktivt friluftsliv kan øke aktiviteten hos dem som i utgangspunktet var mest aktive (normalt folk med gode levekårsressurser). I den grad det er innslag av slike mekanismer (sosialt selektiv bruk av og/eller respons på tiltakene), så vil den samlede effekten av folkehelseiltaket være at den sosiale gradienten i helse ikke forsvinner, men i verste fall i stedet forsterkes. Dette betyr at dersom folkehelseiltak skal nå sine mål om å dempe den sosiale gradienten i helse, må man ved utformingen av tiltakene være følsom for, ha kunnskap om, og ta hensyn til de barrierer, terskler og mekanismer som ligger mellom tiltak og (endringer av) atferd i ulike sosiale grupper. Dette fordrer kunnskap om at mennesker, unge så vel som voksne, i ulike sosioøkonomiske grupper har ulike betingelser for å velge og handle. Ved å legge til rette for gode valgbetingelser, det vil ofte si å bedre levekårene, kan helsen bedres. Å gjøre aktive valg og å delta henger ofte sammen med mestring (som igjen er knyttet til kunnskap, kompetanse og utvikling). Mestringsressursene fordeler seg ulikt i befolkningen og er nær knyttet til sosioøkonomiske ressurser. Tiltak for barn og ungdom rettet mot sosiale ulikheter handler ofte om å legge til rette slik at mestringsopplevelsen ivaretas.

For mange politiske og praktiske formål er det tre hovedspørsmål som kan reises i arbeid med å redusere sosiale ulikheter i helse (Sund mfl. 2016, s. 5):

1. Hvor omfattende er problemet?
2. Hvorfor har vi sosiale ulikheter i helse?

3. Hvordan kan vi forebygge eller redusere problemet med sosiale ulikheter i helse?

I det følgende skal vi si litt om disse tre spørsmålene.

Sosiale ulikheter i helse blant barn og unge

I 2016 kom det en rapport om sosial ulikhet blant barn og unge i Norge. Konklusjonen i rapporten er:

[...] på omtrent alle de områdene som rapporten tar for seg, er det systematiske sosiale forskjeller i ungdoms levekår og livskvalitet. Rapporten viser at unge med relativt få ressurser hjemme generelt har et noe mer problematisk forhold til foreldre og venner, de trives dårligere på skolen, de har oftere fysiske og psykiske helseplager, de er mer utsatt for mobbing, de er mer pessimistiske med tanke på framtiden, de deltar sjeldnere i organiserte fritidsaktiviteter og bruker mer av fritiden sin foran ulike skjermer enn ungdom som vokser opp i familier med mange sosioøkonomiske ressurser. (Bakken mfl. 2016, s. 7)

Det rapporten dokumenterer svært godt, er at dette gjelder fordelingen av nær sagt alle goder og problemer – «omtrent alle de områdene som rapporten tar for seg», for å sitere forfatterne selv – som tenkes kan.

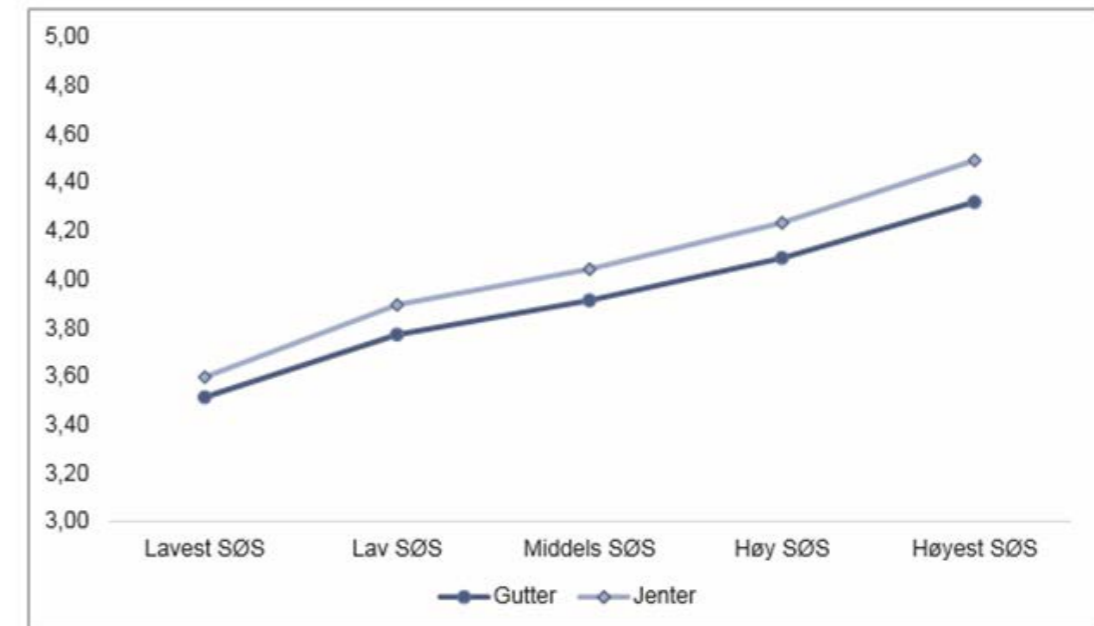
Den skjeve sosiale fordelingen av helse er alvorlig. Dårlig helse nedsetter livskvaliteten, reduserer aktiviteten både på skolen, i fritiden og i sosial omgang, og vil i verste fall redusere barn og unges livssjanser på lengre sikt. Høyt fravær og frafall fra videregående skole er en viktig følge. Sosial ulikhet i helse blant barn og unge underminerer idealet om like muligheter for alle.

Den sosiale gradienten

Den omtalte NOVA-rapporten dokumenterer et allment trekk ved sosial ulikhet, nemlig trappetrinnsmodellen, eller gradienten: Jo bedre levekår barn og unge vokser opp i, desto bedre har de det, ikke bare materielt, men sosialt, helsemessig og i skolegang, dvs. skoleprestasjoner og fullføring. Vi har å gjøre med en sosial gradient. I helseforskningen går dette under betegnelsen den sosiale gradienten i helse. Eksempler er levealder, sykdom, uførhet og trivsel, som kan tjene som norsk oversettelse av det engelske uttrykket *well-being*.

Figur 1 gir et eksempel på det utbredte gradientfenomenet, hentet fra Bakken mfl. (2016). Vi ser av figuren at gjennomsnittskarakterene stiger etter som elevenes sosioøkonomiske bakgrunn blir bedre. Sosioøkonomisk bakgrunn er en samlevvariabel som er basert på informasjon om familiens velstand.

Figur 1: Selvrapporterte gjennomsnittskarakterer i fagene engelsk, matematikk og norsk, og sosioøkonomisk bakgrunn



Note: N=24.054. Data fra Oslo, Levanger og Telemark fylkeskommune (2014–15). Korrelasjonskoeffisient: $r=0,36$. Sig $p < 0,001$.

Analysene i rapporten til Bakken og kolleger viser hvordan den sosiale gradienten går igjen for ulike typer helseutfall blant jenter og gutter. Det er gjennomgående slik at ungdommenes svar på spørsmål om trivsel, somatiske helse, og mental helse systematisk henger sammen med hvor velstående familiene deres er. Jo mer velstående familiene er, jo lavere er andelen av ungdommene som oppgir for eksempel hjertebank, hodepine og magesmerter. Sammenhengen er mer markant for jenter enn for gutter. Også flere indikatorer på mental helse følger samme mønster. Jo mer velstående ungdommenes familie er, jo lavere er andelen som rapporterer om psykiske plager som søvnproblemer, at de føler seg triste eller deprimerte, eller at de føler håpløshet med tanke på framtida. Også her kan vi legge merke til at gradienten jevnt over er noe tydeligere blant jenter enn blant gutter.

I korthet kan sosiale ulikheter i helse beskrives slik:

- De er systematiske, dvs. at de følger et bestemt trappetrinnsmodell. Helsen blir gradvis bedre jo høyere opp i samfunnshierarkiet man befinner seg.
- Sosiale helseulikheter har eksistert lenge, og de gjenfinnes i alle land der en har studert fenomenet.
- Fordi denne ulikheten er samfunnsskapt, er den mulig å forebygge og reparere. Det handler om hvordan samfunnet er organisert og hvordan ressurser, problemer, eksponeringer og muligheter er fordelt.

Hvorfor har vi ulikheter i helse? Helsens sosiale determinanter

‘Social Determinants of Health’, eller SDH-perspektivet, er utviklet både for å forstå forekomsten og utviklingen av sosial ulikhet i helse og for å tjene som et verktøy for å utjevne sosiale helseforskjeller. Verdenskommisjonen for sosiale helsedeterminanter, nedsatt av Verdens helseorganisasjon (WHO), la fram sin rapport som dokumenterte fakta og kom med anbefalinger om disse spørsmålene i 2008 (CSDH 2008). Dette arbeidet ga støtet til lignende nasjonale og regionale utredninger. England nedsatte en nasjonal kommisjon i 2008. I 2010 publiserte kommisjonen sin rapport «Fair Society, Healthy Lives». Danskene fikk sin SDH-rapport i 2011 (Diderichsen mfl. 2011). En norsk kunnskapsoppsummering så dagens lys i 2014 (Dahl mfl. 2014). Sverige har hatt flere lokale initiativer. For eksempel har kommisjoner vært i sving i Malmö og i Östgöta-regionen. Først i juni 2017 la den nasjonale svenske kommisjonen, ledet av Olle Lundberg, fram sine analyser og anbefalinger (SOU 2017:47).

Bakgrunnen for SDH-paradigmet og SDH-bevegelsen er flere tiårs flerfaglig forskning på sosial ulikhet i helse. Dette har bidratt til å identifisere helsens sosiale determinanter. SDH-perspektivet har flere likhetstrekk med den nordiske levekårsmodellen med sin vektlegging av ressurser, arenaer og levekårsutfall (Erikson og Uusitalo 1987). Mange levekårskomponenter er i praksis sammenfallende med helsens sosiale determinanter. Framtredende eksempler er utdanning, kunnskap og ferdigheter, arbeid og arbeidsmiljø, inntekt og formue, nærmiljø og boforhold, barns oppvekstvilkår, vold og opplevelse av utrygghet, og tilgang til velferds- og helsetjenester. Disse sosiale determinantene er sosialt ujevnt fordelt. Et sentralt poeng er at ressurser, muligheter og eksponeringer virker over menneskers livsløp fra (før) fødselen, gjennom tidlig oppvekst og utvikling, videre gjennom utdanning og arbeid, inn i voksenlivet og videre inn i alderdommen. Et livsløpsperspektiv innebærer at ugunstige eksponeringer og ressursmangel tidlig i livet har en tendens til å forplante seg utover i livet og prege den sosiale og helsemessige utviklingen over livsløpet.

Innenfor SDH-perspektivet finner vi også et sosialfilosofisk verdigrunnlag. Som det heter i første nøkkelpunkt i den engelske kunnskapsoversikten, den såkalte Marmot-rapporten: «Å redusere ulikheter i helse handler om rimelighet og sosial rettferdighet» (Marmot mfl. 2010, s. 16). Dette synet gjenspeiles med all mulig tydelighet i tittelen på rapporten: «Fair Society, Healthy Lives». Hensynet til rettferdighet er også sentralt i den norske helseforskjellsstrategien fra 2007.

Universalisme og målretting

Gradientfenomenet har betydning for hvordan vi kan forstå og forklare ulikhet i helse, og for hvordan det kan håndteres politisk og praktisk. I politikken skiller en gjerne mellom selektive

tiltak som målrettes kun mot de dårligst stilte, for eksempel de fattige, og universelle tiltak som omfatter alle. Når ulikheten danner en gradient, er det den universelle tilnærmingen som er den meste effektive. I norsk folkehelsepolitikk er målet å utjevne helsegradienten. Den tiårige strategien for å nå dette målet ble lagt i en stortingsmelding fra 2007. I en senere stortingsmelding (Meld. St. 19 (2014–2015)) har myndighetene gjentatt dette målet, men ser i tillegg utjevning av helseforskjeller som et middel til å bedre den norske folkehelsen, målt som høyere forventet levealder i hele befolkningen. Et eksempel basert på empiriske analyser av norske registerdata kan illustrere det: Folkehelseeffekten av å bedre de grunnskoleutdannedes «helse», dvs. senke dødeligheten til nivået blant de høyest utdannede, er en reduksjon i tapte leveår på 21 prosent. Folkehelseeffekten av å redusere dødeligheten for alle utdanningsgrupper til nivået til de høyest utdannede er på 44 prosent. Effekten av utjevning av gradienten er altså dobbelt så stor som effekten av å bedre helsa til de dårligst stilte (Dahl mfl. 2014).

Gradienten eksisterer imidlertid sammen med svært dårlig helse i utsatte og marginaliserte grupper. Et godt eksempel er sosialhjelpsmottakere. Denne gruppen har stor overdødelighet og svært dårlig helse. Forekomsten av angst og depresjon er spesielt høy (van der Wel mfl. 2006). Dette taler for at universelle tiltak bør suppleres med målrettede tiltak for utsatte grupper, noe den rådende strategien for å utjevne sosiale helseforskjeller gjør. Det er heller ikke alltid en motsetning mellom universelle tiltak og målrettet innsats. Et tilbud som omfatter alle, kan dimensjoneres for og tilpasses ulike brukergrupper, slik at de med svakest forutsetninger får mer og/eller andre tilbud enn bedrestilte, for eksempel at elevene med størst lærevansker får mer oppmerksomhet fra en kvalifisert lærer i en gruppe hvor alle får leksehjelp. Da snakker vi om målretting innen en universalistisk ordning, eller «proporsjonal universalisme» (Marmot 2010). En slik innretting synes spesielt nyttig når det gjelder tilbud av ulike typer tjenester, men er mindre egnet når det gjelder ytelser. Behovsprøving av ytelser øker risikoen for stigmatisering og skaper fattigdomsfeller. I norske kommuner er det ofte ulike varianter av målretting innen universelle ordninger som er satt i verk. For å utforme tiltak for alle er det nødvendig å ‘kjenne’ befolkningens behov på tvers av sosiale lag. Da er det lettere å iverksette tiltak som kan være nyttige for alle, men nødvendige for noen, for eksempel gratis utlån av sportsutstyr, ferieleirer, leksehjelp m.m.

Kommunens ansvar

Siden 2007 har vi hatt en nasjonal strategi for å redusere sosiale ulikheter i helse (St.meld. 20 (2006–2007)). Hovedgrepet er å redusere sosial ulikhet i helse ved å påvirke helsens sosiale determinanter. Denne tiårsstrategien utløper i 2017.

Folkehelseloven gir kommunene et større ansvar for å ta tak i sosial ulikhet i helse og helsens sosiale determinanter. I § 4 presiseres kommunens ansvar for folkehelsearbeid. Her heter det: «Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold

og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.» Og i § 5 står det blant annet: «Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. [...] Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.»

Plan- og bygningsloven (2008) pålegger kommunene å lage planer hvor de tar stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier for kommunesamfunnet som helhet og kommunen som organisasjon (§ 11). Kommunen har et spesielt ansvar for å ivareta barn og unges rett til å medvirke i planleggingsarbeidet. Brukermedvirkning er understreket i § 5-1 om brukerens rett til medvirkning der det trengs tilrettelegging.

Det er med andre ord mange oppgaver som kommunen har ansvar for. Det krever innsikt i hvordan man kan innhente data om befolkningen, bruke dataene, utvikle prosjekter og sette opp planer og drive målrettet arbeid. I tillegg er det nødvendig med forvaltningskompetanse og organisasjonskunnskap.

For en nærmere utdyping av hva som kan gjøres lokalt og regionalt i arbeid for å redusere sosiale ulikheter i helse, vil vi anbefale følgende lesestoff:

[Reduksjon av sosiale ulikheter i helse hva kan gjøres på lokalt og regionalt nivå? \(Sund mfl. 2016\)](#)

[Tackling Health Inequalities Locally – The Scandinavian experience](#)

Fra Sund mfl. 2016:

[Spørsmål til kommune og fylkeskommune angående arbeid med kultur og frivillighet \(s. 24–25\)](#)

[Spørsmål som administrativ ledelse burde stille seg, spørsmål om helhetlig planlegging \(s. 11–13\) kan leses her](#)

[Spørsmål til svangerskapskontrollen i kommunene, barnehagene, skolene, den kommunale helse- og omsorgstjenesten, fritidsområdet, videregående opplæring \(s. 14–19\)](#)

Lovende praksiser

Som nevnt favner kommunalt folkehelsearbeid svært vidt. I det praktiske kommunale folkehelsearbeidet er det imidlertid ofte tiltak som befinner seg i grenselandet mellom sekundærforebygging og tertiærforebygging som er iverksatt, og som vi løfter fram eksempler på.

Danske forskere ved Socialforskningsinstituttet (SFI) i København har etablert en modell for å gi en realistisk vurdering av tiltak ut fra tiltakets sannsynlige effekt på sikt ([Jensen mfl. 2016](#)). Forskerne bruker begrepet «lovende praksis». Lovende praksis forstås som praksis der det

ikke er sikker kunnskap om resultatene i dag, men der det likevel er sannsynlig at praksisen skaper framgang og velferd for borgerne og for samfunnet. Forfatterne skriver: «Hensigten med utviklingen af typologien og måleredskabet er dels at opbygge en fælles forståelse af god praksis på tværs af det specialiserede socialområde, herunder en forståelse af, hvad der definerer og kendetegner 'lovende praksis', dels at udvikle et konkret måleredskab, som kan anvendes til at indkredse, i hvilken grad en given praksis kan betegnes som mere eller mindre 'lovende'» (Jensen mfl. 2016 s. 9). Kjennetegnet ved en lovende praksis er at den er teoretisk forankret, at det finnes undersøkelser som underbygger (ikke «beviser») praksisens ønskede effekt, at det finnes beskrivelser av hvordan praksisen kan utføres, med tydelige mål for mottakeren, at den har overføringsverdi, og at den understøttes av faglig refleksjon. Tjenesteutøvere må videre kunne samarbeide med andre profesjoner og brukere, det må foreligge brukermedvirkning, og det må finnes rutiner for evaluering av målene og for stadig forbedring. Det bør understrekes at det ikke er slik at alle kriterier må være oppfylt samtidig for at man skal kunne utstede karakteren «lovende praksis». Når man vurderer et tiltak eller et prosjekt i en kommune, kan modellen tjene som en veiledning. (En mer utfyllende drøfting er å finne i [Jensen mfl. 2016](#).)

Folkehelsearbeid skal bygge på beste tilgjengelige kunnskap på området, såkalt kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Å måle effekten av ulike tiltak på folks helse er krevende og tar tid. På kort sikt kan man derimot si noe om folks erfarte opplevelser, livskvalitet og trivsel og om tjenesteutøveres erfaringer. I hovedsak er det evalueringer med slike tilnærminger som ligger til grunn for de tiltakene vi trekker fram i våre rapporter (Haugen mfl. 2015, Fløtten 2014, Larsen og Seim 2011, Hyggen 2013, Nuland 2001). En rød tråd i disse arbeidene er viktigheten av lokal tilpasning av tiltak.

På denne bakgrunn vil vi slå fast at det er behov for flere systematiske og stringente evalueringer av tiltak som gjennomføres i norske kommuner, ikke bare effektevalueringer, men også prosess-, bruker- og tjenesteevalueringer.

Av det mangfoldet av faktorer som er nevnt ovenfor, har vi valgt å trekke ut tre sentrale forhold som vil gå igjen i alle våre rapporter.

1. Helhetlig organisering og koordinering av tjenestene
2. Brukerens og/eller brukergruppens behov
3. Tilpasning av tiltak lokalt

Helhetlig organisering og koordinering av tjenestene:

Et vellykket tiltak er et tiltak hvor brukeren opplever tilfredshet med tiltakene, og hvor tjenesteutøvere opplever at de får til et godt arbeid, med forankring og tydelig ansvarsfordeling

og flyt av kunnskap mellom tjenester og enheter som kommer brukeren til gode. Tjenestene må være godt tilgjengelige for brukerne og godt organiserte, og tjenesteutøverne må ha ressurser til å møte og forstå brukernes behov på en god måte, slik at brukeren også opplever tilfredshet (Kaljord og Gustavsen 2014, Fløtten 2014).

Samarbeid mellom tjenester på tvers av sektorer og nivåer er ikke regulert i et særskilt lovverk, og poengteres av fagområder over lang tid har jobbet med prosessene knyttet til å få til helhetlig organisering og koordinering av tjenester. For eksempel skriver regjeringen i rundskriv I-3/2004, som handler om individuell plan for personer med funksjonsnedsettelse: «Samarbeid mellom tjenestene på tvers av ulike sektorer og nivåer er en forutsetning for et godt hjelpeapparat og et så selvfølgelig mål at det ikke er regulert særskilt i et eget regelverk. Derimot er det en rekke enkeltbestemmelser som regulerer sider av samarbeidet mellom tjenestene. For eksempel har både sosialtjenesteloven § 3-2 og barnevernloven § 3-2 bestemmelser om samarbeid på tvers av etater og sektorer i forvaltningen. Slikt samarbeid er også beskrevet i Rammeplan for barnehagen (kap. 8.4), som er en forskrift til barnehageloven.»

Forståelse for hvorfor tiltak må iverksettes, må ha god forankring på alle nivåer i tjenesteapparatet. Forståelse av problemets omfang må være tydelig i organisasjonen, hos ledelsen, blant praktikerne og blant politikere. Det må være tydelig hvem som har ansvar for hva på de ulike nivåene i tjenesteapparatet. God ledelsesforankring er helt sentralt.

Tjenesteutøvelsen og samarbeid mellom tjenester og/eller enheter må koordineres i tråd med barnets, ungdommens og familiens behov. Familien må sikres en inntekt (stønad), slik at de kan få handlingsmuligheter. Familiens behov gir seg ut fra det en familie gjør sammen og forhold som påvirker familielivet. Antall barn, hvor gamle de er, hva hvert av barna driver med på fritiden, og hvordan det går på skolen, påvirker et familieliv (Solem 2013a og 2013b). Ansvaret for å koordinere samarbeidet mellom enhet og bruker kan med fordel ligge hos en fagperson eller fagenhet. God organisering og tydelig oppgave- og ansvarsfordeling vektlegges i rapportene vi viser til:

- Kunnskap og forståelse hos tjenesteytere og ledelse om hva inntektsfattigdom er, og hvilket omfang det har for dem som rammes av det
- Samarbeidsavtaler mellom de involverte enhetene på de ulike nivåene
- God forankring av forståelse og prioritet i ledelsen på ulike nivåer
- Politisk forankring lokalt/kommunalt, slik at det bevilges økonomiske midler til tiltak rettet inn mot bekjempelse av fattigdom
- Samarbeid med frivillig sektor

I en og samme familie kan det være behov for flere typer tiltak: kvalifiseringstiltak, ferie- og fritidstiltak, boligtiltak, arbeidstreningstiltak m.m.

Helhet er et nøkkelbegrep og viktig på flere områder: vektlegging av helhetlige tiltak, helhetlige behov og helhetlig organisering.

Anbefalt litteratur:

[Sammen for barn og unge – bedre samordning av tjeneste for utsatte barn og unge](http://www.nova.no/asset/4805/1/4805_1.pdf). Winsvold (2011) NOVA-rapport 18/11. http://www.nova.no/asset/4805/1/4805_1.pdf

Velferdens organisering, Vabo og Vabø (2014)

NAV – med brukeren i sentrum (kap. 6 og 7), Hansen, Lundberg og Syltevik (2013)

Brukerens og/eller brukergruppens behov

Hvor vellykket et tiltak er, kommer an på om barna, ungdommene og/eller deres familie identifiserer seg med tiltakene som iverksettes. Det vil si at tiltaksutformingen skjer i samspill med brukere enten på systemnivået eller på individnivået. Folkehelseloven understreker at kravet om medvirkning er knyttet til bestemmelser om medvirkning i plan- og bygningsloven (Meld. St. 34 (2012–2013), s. 16). I tillegg understøttes medvirkning i internasjonalt lovverk om barn og unges rett til medvirkning i beslutninger og barnets beste (FNs barnekonvensjon §§ 12 og 3). Utvikling av individuell plan og koordinatorroller, ikke bare innen helse, men også innen områder av sosialtjenesten, er nasjonale verktøy som støtter opp under helhetlig organisering og ivaretagelse av brukerens totale behov.

Brukeres rett til å medvirke i beslutninger som omhandler eget liv, gjelder for barn og unge uansett alder. Barnets rett til medvirkning er en lovbestemt rettighet. En undersøkelse av Riksrevisjonen viser også at barns behov ikke i tilstrekkelig grad blir ivaretatt når familier søker om økonomisk stønad (Riksrevisjonen dok. 3:11 (2013–2014)). Flere prosjekter har barns medvirkning som et eget satsingsområde. Målet er å bidra til at barn og unge blir hørt, slik at de kan identifisere seg med hjelpetiltak de blir tilbudt. Medvirkning leder oppmerksomheten mot noe man gjør med andre i fellesskap. Virkningsaspektet ved ordet «medvirkning» viser til det å påvirke gjennom handling, at det har en effekt (Bae 2006). Når det gjelder barn som lever i fattigdom, kan man si at barna skal erfare at de blir tatt på alvor, og at de blir hørt i samspill med foreldrene og andre voksne.

De senere tiårene har barneperspektivet fått betraktelig større betydning i vurderinger av hva som er barnets beste. Perspektivet vektlegger å lytte til barn og unges mening (ikke bare gjennom råd, utvalg og organisasjoner) for å styrke barnets identitetsutvikling og motstandskraft. Barn som blir lyttet til, utvikler mer motstandskraft enn andre barn til å møte utfordringer i livet (Borge 2010).

Anbefalt litteratur:

Temahefte om barns medvirkning, Kunnskapsdepartementet, Berit Bae (2006)

Resiliens – Risiko og sunn utvikling, Borge (2010)

[Slik blir barnets stemme tydelig: barnesamtalen som metode](#), Gamst (2016)

A Handbook of Children and Young People's Participation, Percy-Smith og Nigel Thomas (2010)

Talking with children: Professional conversations in a participation perspective, Qualitative Social Work 14(2), s. 193–208, Ulvik (2015)

Kunnskapsgrunnlag barnefattigdom. Rapport 07/2016 Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2016)

Glemmer kommunene barn og unge i møte med økonomisk vanskeligstilte familier? Helsetilsynet, Rapport 2/2013

Riksrevisjonens undersøkning av barnefattigdom. Dokument 3:11 (2013–2014)

Tilpasning av tiltak lokalt

Når vi snakker om lokal tilpasning, vises det til flere nivåer av tilpasning: familie, gruppe, område, samfunn eller organisatorisk. Folks (brukeres) forståelse av eget liv, hva som er kulturelle sedvaner eller praksiser lokalt, inngår også i lokal tilpasning.

Fra et folkehelseperspektiv vil sosioøkonomiske og kulturelle forhold være retningsgivende for hvilke tiltak som er hensiktsmessige. I de ulike praksisene som foregår lokalt, vil håndtering og åpenhet om fattigdom, eller opptatthet av levekår, være ulikt i kommuner avhengig av for eksempel størrelse (Hagen mfl. 2016). Høy eller lav arbeidsledighet, miljøforurensning og til- eller fraflytting vil påvirke hvordan man jobber lokalt med fattigdom levekår og folkehelse. Likeså vil historie, kulturelle og religiøse tradisjoner og lokalpolitiske prioriteringer i en kommune spille inn. Tilpasning lokalt er også å tilpasse tiltak til den administrasjonen og organisasjonen som en kommune eller bydel har.

Lokal tilpasning handler også om å tilpasse tiltak eller prosjekter til den lokale organisasjonsstrukturen i tjenestene. Dette gjelder for eksempel når man skal sette sammen referanse-, prosjekt- eller styringsgrupper.

I flere prosjekter som gjennomføres i Norge, foregår den lokale tilpasningen ved at man møter brukeren i eget hjem. Samtalen blir brukt som hovedverktøy, og det viktige er å se hvert enkelt individ alene og i relasjon til de andre familiemedlemmene. Samtalen innbefatter erfaringer fra hverdagslivet: skole, fritid og venner. Samarbeid med frivillig sektor og bruk av private aktører er eksempler på sosial innovasjon som også kan være en viktig del av lokal tilpasning (Gustavsen og Kobro 2012, Fløtten og Grødem 2014).

Lokal tilpasning kan lett bli et honnørord, og det er nødvendig å vurdere hvilke forhold man ønsker eller trenger å ta i betraktning. Som nevnt vil gode måter å møte brukeren på gi tilgang til informasjon som kan styrke brukerens identifisering med tiltaket, og dermed øke sjansene for et vellykket resultat. Nært samarbeid med brukeren er en nøkkelstrategi for å finne lokale

tilpasninger til tiltak, men også å sette sammen arbeidsteam i kommunen som diskuterer forhold som er nevnt i denne delen.

Anbefalt litteratur:

WILCO-prosjektet: <http://www.wilcoproject.eu/>. Nettsiden beskriver europeiske erfaringer med relevant tjenesteinnovasjon

Fløtten og Grødem 2014: [Helhetlige tiltak mot barnefattigdom](#)

Gustavsen og Kobro 2012: [Sosialt entreprenørskap som ledd i innsatsen mot fattigdom](#)

Evalueringsav tiltak – samarbeid med forskningsinstitusjoner

Det er ofte et gap mellom gjennomføringen av tiltak og hvor systematisk og grundig evalueringene er gjennomført (Fløtten og Grødem 2014). Både systematisk dokumentasjon av forhold som kan kvantifiseres, og mer kvalitative prosessevalueringer er mangelvare. Kommuner kan operasjonalisere dokumentasjonsarbeid selv, men det kan være en fordel å samarbeide med forskningsinstitusjoner, slik at man sammen kan utvikle prosjekter. En god del spørsmål knyttet til levekår, velvære og livskvalitet vil være for omfattende for en kommune å utforske selv i tillegg til alle de andre oppgavene den har. Forsknings samarbeid kan også lette en del arbeidsoppgaver.

Den 1. januar 2012 trådte ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i kraft. Loven tydeliggjør kommunenes ansvar for å medvirke til og tilrettelegge for forskning innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I § 8-3 står det: «Kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.» Målet er å stimulere til praksisnær forskning og bidra til at tjenestene sprer og tar i bruk ny kunnskap i møte med framtidige utfordringer. Samarbeid med forskningsinstitusjoner kan ha ulik karakter.

Grunnlaget for å lage en god folkehelseplan er at det er lagt til rette med ulike mål på helse i befolkningen, i tillegg til veiledende hefter om hvordan arbeidet kan gjøres. Selv om det er informasjon tilgjengelig, kan det være utfordrende å bruke dette i praktisk folkehelseplanlegging som utjevner sosiale ulikheter i helse.

Anbefalt litteratur:

[En håndbok om hvordan kommunene kan medvirke til og tilrettelegge for forskning i helse- og omsorgssektoren \(Disch, Cappelen og Førland 2014\)](#)

Bruk av verktøy i arbeid med sosiale ulikheter i helse

Folkehelseinstituttet har i samarbeid med London College of Public Health undersøkt kommuners holdning til og bruk av Folkehelseinstituttets (FHI) redskaper (Lyshol 2015). Studien konkluderer med «at folkehelseprofilene og KommuneHelse statistikkbank er gode arbeidsredskaper for planarbeid i kommunen, men de har klare forbedringspotensialer» (Lyshol 2015, s. 55). I tilbakemeldingene fra kommunene kom det fram at det er behov for å gjøre folkehelseprofilene enklere å bruke. De 34 indikatorene som finnes i FHI's statistikkbank gir i liten grad oversikt over den sosiale fordelingen av helse. Således er det vanskelig å sammenlikne kommuner med hensyn på sosial fordeling og helse. Høgskolen i Lillehammer har i et masterprosjekt sett på hvilken type data kommuner trenger for å lage planstrategier for å utjevne sosiale ulikheter i helse (Berglia mfl. 2015). Studien er nyttig fordi den kan fungere som en pilot for hva som kan forskes videre på, eller hva kommuner kan jobbe mer med. Resultat fra studien, basert på en litteraturgjennomgang og fokusgruppeintervjuer, viser at de intervjuede har mye kunnskap om harde fakta, men trenger kvalitative data for å utfylle de enklere målbare faktaene som kan anvendes i planleggingsarbeidet (Berglia mfl. 2015). Det etterlyses mer informasjon om hvordan man kan vite hvilke tiltak som kan brukes, og hva som er hensiktsmessige organiseringer i en kommune for å jobbe med levekår og sosiale ulikheter m.m.

I det følgende gjengir vi enkelte innspill fra noen folkehelsekoordinatorer om hvordan kommunene kan jobbe med folkehelseprofilene i kommuneplanleggingen.

Folkehelseprofilene gir et godt innblikk i hver enkelt kommunes tilstand. Indikatorene som er valgt (34), er et mål på en tilstand. Et eksempel er antall som har fullført videregående skole. Indikatorene er satt som et mål fordi forskning og statistikk viser at det er veldokumenterte sammenhenger mellom utdanningsnivå, materielle levekår og helse. Redskapet er oversiktlig og gir mye informasjon, og det krever at man setter seg ned og ser på hva definisjonen av måleindikatoren er, og i tillegg leser faktaark eller publikasjoner innen emnet. På den måten er det mulig å vurdere hvordan dette kan gripes an i egen kommune. Folkehelseprofilene vil gi en indikasjon på hvordan folkehelsen i kommunen er når det gjelder barnefattigdom, levekår for barn og unge og hvor mange som står utenfor. Lokale levekårsundersøkelser kan være et hjelpemiddel for å få ytterligere informasjon om befolkningen og de utfordringene som det bør tas tak i.

Målet er at kommunen skal være god å bo i for alle. I en samfunnsplan vil derfor mål og strategier være rettet mot alle, og tiltakene vil i større grad kunne differensiere, slik at tiltakene som gjennomføres, støtter opp under et likt mål for alle: god helse. Det er derfor en fordel å sette opp et bredt indikatorsett. I en kommune kan man sette opp hva som skal måles slik at man etter en gitt periode kan se om det har skjedd endringer. Det er viktig å sette opp mål som vil fange opp bredden av utfordringer i lokalsamfunnet. Noen kommuner samarbeider

med forskningsinstitusjoner og ber om oppfølgingsintervjuer hvis kommunen trenger ekstra informasjon om et forhold. Mange kommuner har i dag tilgang til statistisk informasjon om barn og unge fra Ungdata (<http://www.ungdata.no>). I tillegg kan måloppnåelse ses i forhold til egne registre over bruk av tiltak, for eksempel antall brukere av utstyrsbank.

Referanser

- Bae, B. (2006). Temahefte om barns medvirkning, Kunnskapsdepartementet.
- Berglia, A.L., Brenen, E., Hansen, B.R., Kleve, G. og Rennesund, K. (2015). Forankring, formidling og kommunikasjon av sosial ulikhet. *Plan* (03-04), s. 57–58.
- Bakken, A. (2016). *Ungdata 2016: nasjonale resultater*. NOVA-rapport (online), vol. 8/2016.
- Borge, A.I.H. (2010). *Resiliens: risiko og sunn utvikling* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Genève, Verdens helseorganisasjon (WHO).
- Dahl, E., Bergsli, H. og Wel, K.A. v. d. (2014). *Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Diderichsen, F., Andersen, F. og C. Manuel (2011). *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser*. København: Sundhedsstyrelsen. København Universitet.
- Disch, P.G., Cappelen, K., og Førland, O. (2014). *Forskning for bedre kommunale helse- og omsorgstjenester: En håndbok om hvordan kommunene kan medvirke og tilrettelegge for forskning*. Senter for omsorgsforskning Sør.
- Erikson, R. og Uusitalo, H. (1987). The Scandinavian approach to welfare research. I Erikson, R., Hansen, E.J., Ringen, S. og Uusitalo, H. (red.). *The Scandinavian model – welfare states and welfare research*. New York: Sharpe.
- Fløtten, T. (2014). *Helhetlige tiltak mot barnefattigdom: en kunnskapsoppsummering* FAFO-rapport (online), vol. 2014:18.
- Gamst (2016). [Slik blir barnets stemme tydelig; barnesamtalen som metode](#). Fontene 04/16.
- Gustavsen, K. og Kobro, L.U. (2012) *Sosialt entreprenørskap som ledd i innsatsen mot fattigdom*. Bø: TF-rapport nr. 305 2012.
- Hagen, S., Torp, S., Helgesen, M., & Fosse, E. (2016). Promoting health by addressing living conditions in Norwegian municipalities. *Health Promotion International*, daw052. doi:10.1093/heapro/daw052
- Hansen H.T., Lundberg K. og Syltevik, L.J. (2013). NAV – med brukeren i sentrum (kap. 6 og 7). Oslo Universitetsforlaget.
- Haugen, G.M.D., Elvegård, K. og Berg, B. (2015). *Tiltak for et godt og inkluderende oppvekstmiljø*. Trondheim: NTNU samfunnsforskning, Mangfold og inkludering.

- Helsetilsynet (2013). *Glemmer kommunene barn og unge i møte med økonomisk vanskeligstilte familier?* Helsetilsynet, rapport 2/2013.
- Hyggen, C. (2013). Unge i og utenfor arbeidsmarkedet i Norden. *Søkelys på arbeidslivet*, 30 (4), s. 357–378.
- Jensen, D.C., Pedersen, M., Pejtersen J.H. og Amilon, A. (2016). Indkredsning af lovende praksis på det specialiserede socialområde. København SFI – Det nasjonale forskningssenter for velferd 16/6.
- Kaljord, C., og Gustavsen, K. (2014). En oppvekst i annerledesland; levekårsutsatte barn og unge. *Rusfag* (2), s. 41–43.
- Kunnskapsgrunnlag barnefattigdom (2016). Rapport 07/2016 Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.
- Larsen, H., og Seim, S. (2011). *Barnefattigdom i et rikt land: kunnskapsoppsummering om fattigdom og eksklusjon blant barn i Norge* (vol. 2011 nr. 10). Oslo: Høgskolen i Oslo, Sosialforsk, Avdeling for samfunnsfag.
- Lyshol, H. (2015). Bruken av Folkehelseprofilene og KommuneHelse i planarbeid: en kvalitativ studie. *Plan*, 2015(03-04), s.54-55
- Marmot, M. mfl. (2010). *Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. Elektronisk publisering*, www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review.
- Marmot, M. (leder) og UCL Institute of Health Equity (2013). WHO European Review of Social Determinants and the Health Divide. *Elektronisk publisering*, <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/who-european-review>.
- Meld. St. 18 (2010–2011) *Læring og fellesskap. Tidlig innsats og gode læringsmiljøer for barn, unge og voksne med særlige behov*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Meld. St. 19 (2014–2015) *Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 34 (2012–2013) *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Mæland J.G. (2010). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nuland, B.R. (2010). *Tiltak for fattige barn og unge: evaluering av fattigdomstiltakene innenfor tilskuddsordningen Barne- og ungdomstiltak i større bysamfunn*. FAFO-rapport (online), vol. 2010:19.
- Percy-Smith, B. og Thomas, N. (2010). *A Handbook of Children and Young People's Participation*. London and New York: Routledge.
- Plan- og bygningsloven (lov om planlegging og byggesaksbehandling) av 27. juni 2008 nr. 71 (2015). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Riksrevisjonens undersøkning av barnefattigdom. Dokument 3:11 (2013–2014).
- Solem, M.-B. (2013a). Meaning making and avoidance in parenting. *Qualitative Social Work*, 12(2), s. 170–185. doi:doi:10.1177/1473325011424643
- Solem, M.-B. (2013b). Understanding Parenting as Situated in the Larger Sociocultural Context in Clinical Social Work. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 30(1), s. 61–78. doi:10.1007/s10560-012-0278-9.
- SOU (2017:47) *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god og jämlik hälsa*. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- Sund E.R., Wist, G. og Krokstad, S. (2016). *Reduksjon av sosiale ulikheter i helse – hva kan gjøres på lokalt og regionalt nivå?* Trondheim: NTNU.
- St.meld. nr. 16 (2006–2007) ... *og ingen sto igjen. Tidlig innsats for livslang læring*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- St.meld. nr. 20 (2006–2007) *Nasjonalt strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Ulvik (2015). Talking with children: Professional conversations in a participation perspective, *Qualitative Social Work* 14(2), s. 193–208
- Vabo, S.I., og Vabø, M. (2014). *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- van der Wel, K.A., E. Dahl, I. Lødemel, B. Løyland, S. Ohrem Naper og M. Slagsvold (2006). *Funksjonsevne blant langtidsmottakere av sosialhjelp*, Oslo: HiO rapport 2006:29.
- Winsvold, A. (2011). *Evalueringen av prosjektet: Sammen for barn og unge – bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge* NOVA-rapport (online), vol. 18/2011.